

**ENCUESTA NICARAGÜENSE
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD**

CONFIDENCIAL

INIDE

ENDESA-2011

CUESTIONARIO DE MUJER

Conforme a la ley de Estadísticas, Decreto 102, Art.91, los datos suministrados son estrictamente confidenciales y serán usados únicamente para fines estadísticos.

IDENTIFICACIÓN

01. NÚMERO DE CUESTIONARIO.....
02. CONGLOMERADO ENDESA.....
03. NÚMERO DE VIVIENDA Y DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO (DE LA CARTOGRAFÍA).....
04. NÚMERO DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO (POR ORDEN DEL PUNTO DE PARTIDA).....
05. SEGMENTO CENSAL.....
06. DISTRITO.....
07. DEPARTAMENTO / REGIÓN AUTÓNOMA: _____
08. MUNICIPIO: _____
09. BARRIO / COMARCA: _____
10. COMUNIDAD: _____
11. LOCALIDAD: _____
12. DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA: _____
13. NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR: _____
14. NOMBRE, NÚMERO DE LÍNEA Y NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER: _____

	_ _ _ _	
	_ _	001 a 733
VIVIENDA	_ _	HOGAR
	_	del Mapa
		_
		01 a 30
		_
		_
		_
		_
		_
		_

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1		2		3		VISITA FINAL DE LA ENTREVISTA
	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes	
FECHA	_	_	_	_	_	_	1. DÍA _
	Hora	Minutos	Hora	Minutos	Hora	Minutos	2. MES..... _
HORA INICIAL	_	: _	_	: _	_	: _	3. AÑO..... 2 0 1 1
HORA FINAL	_	: _	_	: _	_	: _	4. CÓDIGO DE ENTREVISTADORA..... _
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA	_____		_____		_____		5. RESULTADO FINAL..... _
CÓDIGO DE RESULTADO	_		_		_		6. NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... _
PRÓXIMA VISITA	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes	
FECHA	_	_	_	_	_	_	
HORA	Hora	Minutos	Hora	Minutos	Hora	Minutos	
	_	: _	_	: _	_	: _	

CÓDIGOS DE RESULTADO:

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------|
| 01. ENTREVISTA COMPLETA | 04. ENTREVISTA POSTERGADA | 07. OTRA: _____ |
| 02. MEF AUSENTE | 05. ENTREVISTA RECHAZADA | (ESPECIFIQUE) |
| 03. RESPONDIDA PARCIALMENTE | 06. MEF INCAPACITADA | |

	SUPERVISORA	EDITORIA	CRÍTICA - CODIFICADOR (A)	DIGITADOR (A)
NOMBRE	_____	_____	_____	_____
FECHA	DÍA _ _ MES _ _	DÍA _ _ MES _ _	DÍA _ _ MES _ _	DÍA _ _ MES _ _

SECCIÓN I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
100	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MINUTOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
101	ANOTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LA MEF SELECCIONADA	NÚMERO DE ORDEN DE LA MEF..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	

ENTREVISTADORA PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA, RECUERDE DECIR LO SIGUIENTE:

SOY DEL INSTITUTO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE DESARROLLO (INIDE) Y ESTAMOS REALIZANDO UNA ENCUESTA SOBRE SALUD DE LA MUJER Y SUS HIJOS. ENTRE LAS MUJERES DE ESTE HOGAR LA HEMOS SELECCIONADO A USTED PARA ENTREVISTARLA. LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, SU NOMBRE NO APARECERÁ EN NINGÚN INFORME DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO. SU PARTICIPACIÓN ES VALIOSA Y SUS RESPUESTAS SON MUY IMPORTANTES PARA MEJORAR LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL PAÍS.

102	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
103	¿En qué fecha nació usted? (ANOTE 98 SI NO SABE DÍA O MES, INSISTA CON EL AÑO, SI NO SABE CIRCULE 98. 98. 9998)	DÍA..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA / NO SABE..... 98. 98. 9998	

104	<p>ENTREVISTADORA:</p> <p>SUME AÑO EN P103 Y EDAD EN P102 Y ANOTE EL TOTAL SUMA TOTAL... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2011. SI LA MUJER TODAVÍA NO CUMPLIÓ AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2010. SI EL TOTAL NO ES CORRECTO, INDAGUE Y CORRIJA.</p> <p>REVISE SI LA EDAD ES CONSISTENTE CON LA REGISTRADA EN EL CUADRO DEL LISTADO DE MEF DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI LA EDAD DE LA MUJER SELECCIONADA NO ES DE 15 A 49 AÑOS, BORRE SUS DATOS DEL CUADRO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. AGRADEZCA SU ATENCIÓN Y SI NO HAY MÁS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, TERMINE LA ENTREVISTA.</p> <p>SI EN EL HOGAR HAY OTRAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, CORRIJA LOS DATOS DEL CUADRO DE MEF EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR, SELECCIONE LA NUEVA MEF A ENTREVISTAR E INICIE CON ELLA LA ENTREVISTA, DESDE LA P101.</p>		
-----	--	--	--

105	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar. Antes de que cumpliera los 12 años, usted vivía en:	LA CAPITAL..... 1 CIUDAD O PUEBLO..... 2 EN EL CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
106	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí, en: _____ Lugar de la entrevista	AÑOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 108	
107	Antes de que usted viniera a vivir aquí ¿Dónde vivía?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD O PUEBLO..... 2 EN EL CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
108	¿Ha asistido usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 113	
109	¿Estudia actualmente?	SI..... 1 → 112 NO..... 2	
110	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	AÑOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98	

SECCIÓN I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
111	¿Cuál fue la causa principal por la que dejó de estudiar?	CONCLUYÓ SUS ESTUDIOS..... 01 TENÍA QUE TRABAJAR..... 02 SALIÓ EMBARAZADA..... 03 CUIDAR A LOS NIÑOS..... 04 SE ACOMPAÑÓ / SE CASÓ..... 05 PROBLEMAS ECONÓMICOS..... 06 PROBLEMAS FAMILIARES..... 07 NO LE GUSTABA / YA NO QUISO..... 08 POR BAJO RENDIMIENTO..... 09 MUY LEJOS..... 10 POR RAZONES DE SALUD / DE LA VISTA..... 11 YA NO HABÍA GRADO..... 12 CAMBIO DE DOMICILIO..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
112	¿Cuál es el grado o año de estudio más alto que usted aprobó (ha aprobado)? (SI NO SABE EL GRADO O AÑO, CODIFICAR 9)	NINGUNO..... 00 0 PRE-ESCOLAR..... 01 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL..... 02 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN DE ADULTOS..... 03 <input type="checkbox"/> PRIMARIA..... 04 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA..... 05 <input type="checkbox"/> TÉCNICO BÁSICO..... 06 <input type="checkbox"/> TÉCNICO MEDIO..... 07 <input type="checkbox"/> FORMACIÓN DOCENTE..... 08 <input type="checkbox"/> TÉCNICO SUPERIOR..... 09 <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO..... 10 <input type="checkbox"/> POSTGRADO O MÁS..... 11 <input type="checkbox"/>	114
113	¿Ha asistido o asiste a algún programa de educación? (SI LA RESPUESTA ES "SI", PREGUNTE Y ANOTE EL NOMBRE DEL PROGRAMA)	SI..... 1 PROGRAMA: _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	
114	Está usted asegurada por algún sistema de seguridad social: (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	SEGURO SOCIAL INSS..... A SEGURO (EJÉRCITO O POLICÍA)..... B SEGURO PRIVADO..... C BENEFICIARIA..... D NO ESTÁ ASEGURADA..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
115	¿A qué religión pertenece?	NINGUNA..... 1 CATÓLICA..... 2 PROTESTANTE / EVANGÉLICA..... 3 MORAVA..... 4 TESTIGO DE JEHOVÁ..... 5 JUDAÍSMO..... 6 MUSULMÁN..... 7 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
116	Usted, se considera perteneciente a un pueblo indígena o a una etnia, tal como:	RAMA..... 01 GARÍFUNA..... 02 MAYANGNA-SUMU..... 03 MISKITU..... 04 ULWA..... 05 CREOLE (KRIOL)..... 06 MESTIZO DE LA COSTA CARIBE..... 07 XIU-SUTIAVA..... 08 NAHOA-NICARAO..... 09 CHOROTEGA-NAHUA-MANGE..... 10 CACAOPERA-MATAGALPA..... 11 NINGUNA / NO PERTENECE A UNA ETNIA ESPECÍFICA..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

SECCIÓN II. REPRODUCCIÓN

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
200	¿Actualmente está usted embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98	→ 202
201	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206 → 215
202	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
203	En este embarazo ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA..... 1 QUERÍA ESPERAR MÁS TIEMPO..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3 NO SABE..... 98	→ 205 → 205
204	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
205	¿Es su primer embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 215
206	Ahora hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos varones y cuántas hijas mujeres viven actualmente con usted? SI NO TIENE HIJOS O HIJAS EN CASA, ANOTE "00"	A. HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
207	¿Cuántos hijos varones no viven con usted? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con usted? SI NO TIENE HIJAS O HIJOS FUERA DE CASA, ANOTE "00"	A. HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	¿Tuvo usted hijas o hijos que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 210
209	¿Cuántas de sus hijas o hijos que nacieron vivos han muerto? SI NO TIENE HIJAS O HIJOS MUERTOS, ANOTE "00"	A. HIJAS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJOS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
210	Hablando de todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo usted algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo? (Mortinato)	SI..... 1 NO..... 2	→ 215
211	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijas o hijos que nacieron muertos?	NÚMERO DE HIJAS O HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	¿Presentó la (el) niña(o) algún signo de vida como respirar o llorar?	SI..... 1 NO..... 2	
SI LA RESPUESTA ES "SI" EN P212, CORRIJA LAS PREGUNTAS 208, 209, 210 Y 211. EXPLIQUE A LA MUJER: <i>Para nuestro estudio, queremos incluir este (os) niño (s) como nacido (s) vivo (s).</i>			
213	¿En qué mes y año tuvo el parto del último hijo o hija que nació muerto?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98.9998	
SI EN P211 REPORTÓ SÓLO UN NACIDO MUERTO, PASE A P215			
214	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior hijo e hija que nació muerto?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98.9998	
215	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido usted alguno antes de completar su sexto mes (abortos)?	SI..... 1 NO..... 2	→ 217

SECCIÓN II. REPRODUCCIÓN

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
216	¿Cuántos embarazos ha perdido usted, antes de completar su sexto mes? (Aborto)	NÚMEROS DE ABORTOS..... <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
217	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS, 206C, 207C, 209C</p> <p>PREGUNTE: ¿Usted ha tenido en total <input type="text"/><input type="text"/> nacidos vivos?</p> <p>SI EL TOTAL NO COINCIDE CON EL NÚMERO DE HIJOS TENIDOS NACIDOS VIVOS, CORRIJA LAS , PREGUNTAS 206C, 207C y 209C.</p> <p>SI NO TIENE HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"</p>	206C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA.... <input type="text"/> <input type="text"/> 207C. TOTAL DE HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> 209C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
218	VEA P217 (SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS)	SUMA TOTAL ES IGUAL A 01..... 1 → SUMA TOTAL ES IGUAL O MAYOR QUE 02..... 2 MEF SIN HIJOS..... 3 →	221 300
219	¿Todas sus hijas y sus hijos son del mismo papá?	SI..... 1 → NO 2 NO RESPONDE..... 99	221
220	¿Con cuántos hombres ha tenido sus hijos?	HOMBRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RESPONDE..... 99	

HISTORIA DE NACIMIENTOS

Vamos hacer una lista de todas las hijas o hijos nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto.

ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)

LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS Y TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.

221	222	223	224	225	226	227	228	229
Dígame el nombre de sus hijos de menor a mayor	¿El nacimiento de [.....] fue uno o más de uno?	¿Es [.....] varón o mujer?	¿En qué fecha nació [.....]?	¿Está vivo (a) [.....]?	¿Vive [.....] en el hogar?	¿Qué edad tiene [.....] en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	¿En qué mes y año murió [.....]?	¿Qué edad tenía [.....] cuando murió? ¡IMPORTANTE ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR QUE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS.
01 _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
02 _____ PENÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
03 _____ ANTEPENÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
04 _____ CUARTO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
05 _____ QUINTO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
06 _____ SEXTO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
07 _____ SÉPTIMO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
08 _____ OCTAVO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
09 _____ NOVENO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]	SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228	SI..... 1 NO..... 2	[][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]

HISTORIA DE NACIMIENTOS

221	222	223	224	225	226	227	228	229
Dígame el nombre de sus hijos de menor a mayor	¿El nacimiento de [...] fue uno o más de uno?	¿Es [...] varón o mujer?	¿En qué fecha nació [...]?	¿Está vivo (a) [...]?	¿Vive [...] en el hogar?	¿Qué edad tiene [...] en años cumplidos?	¿En qué mes y año murió [...]?	¿Qué edad tenía [...] cuando murió?
				SI..... 1 → NO..... 2 ↓ Pase a P228		ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO		¡IMPORTANTE ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR QUE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS.
10 _____ DÉCIMO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]		SI..... 1 NO..... 2	[][][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
11 _____ UNDÉCIMO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]		SI..... 1 NO..... 2	[][][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
12 _____ DUODÉCIMO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]		SI..... 1 NO..... 2	[][][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
13 _____ DÉCIMO TERCERO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]		SI..... 1 NO..... 2	[][][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]
14 _____ DÉCIMO CUARTO ÚLTIMO	SIMPLE..... 1 MÚLTIPLE..... 2 _____	HOMBRE.. 1 MUJER... 2	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO..... [][][][]		SI..... 1 NO..... 2	[][][][] PASE A SIG. NIÑO / P300	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	DÍAS..... 1 [][] MESES..... 2 [][] AÑOS..... 3 [][]

SECCIÓN III A. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

EXPLIQUE A LA ENTREVISTADA:									
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los métodos de planificación familiar, es decir, de lo que usa la pareja para evitar que la mujer quede embarazada.									
300	¿Qué método conoce usted o ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de... (NOMBRE, Y SI NECESITA LEA LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 (DIRIGIDO) PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, CASO CONTRARIO EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.	301	¿Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)	302	¿Usa actualmente? (ÚLTIMOS 30 DÍAS)				
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		SI (ESPONTÁNEO)	DIRIGIDO		SI	NO	SI	NO	
			SI	NO					
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (esterilización femenina).	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía).	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
03	PASTILLA O PÍLDORA ANTICONCEPTIVA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
04	T DE COBRE, APARATO O ANILLO (DIU) El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, DIU).	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
06	NORPLANT O IMPLANTE Las mujeres pueden hacerse colocar por un doctor o enfermera, seis cápsulas en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir embarazo por 5 años.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
07	CONDÓN O PRESERVATIVO MASCULINO Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
08	CONDÓN O PRESERVATIVO FEMENINO Las mujeres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar quedar embarazada.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
09	MÉTODOS VAGINALES (Espumas / jaleas / diafragma / cremas / óvulos / tabletas) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
10	MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras dé lactar frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
11	ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BIL t Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
12	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o terminando fuera de la vagina de la mujer.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
13	ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA, PPMS (Pastilla para la Mañana Siguiete). La mujer puede tomar una píldora dentro de las 24 horas y la otra antes de las 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin utilizar método de protección, para evitar quedar embarazada.	1	1	2 ↘	1	2 ↘	1	2	
14	OTROS MÉTODOS ¿Ha oído usted de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1 ↘	1 ↘	2	1	2	1	2	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)							

ENTREVISTADORA:									
- SI EN P301-01 ó P301-02 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO "1"), PONER TAMBIÉN CÓDIGO "1" EN LA PREGUNTA P302-01 ó P302-02 (USO ACTUAL)									
303	ENTREVISTADORA: VER PREGUNTAS 301 Y 302, Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE								
- LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE.....						1	PASE A	→	P319
- LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS.....						2	PASE A	→	P310
- LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE.....						3	PASE A	→	P304

SOLAMENTE PARA MEF QUE HAN USADO MÉTODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Cuál fue el último método que usó usted o su pareja?	PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PPMS)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
305	¿Por qué razón dejó de usarlo?	PARA EMBARAZARSE..... 01 NO HABÍA MÁS EN EXISTENCIA..... 02 LE QUEDA LEJOS..... 03 NO TUVO DINERO PARA COMPRAR..... 04 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 05 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 06 LE FALLÓ / MIEDO A QUE PUEDE FALLAR..... 07 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 08 DIFICULTAD DE USO..... 09 DESCUIDO..... 10 SIN VIDA SEXUAL / SIN RELACIONES SEXUALES... 11 RECOMENDACIÓN MÉDICA..... 12 MENOPAUSIA..... 13 MALA ATENCIÓN..... 14 RAZONES RELIGIOSAS..... 15 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
306	¿Cuál fue el primer método que usó usted o su pareja?	PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO AMENORREA POR LACTANCIA..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PPMS)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
307	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a usarlo?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
308	Cuando usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos nacidos vivos tenía?	NÚMEROS DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
309	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO MÉTODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE Y ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON ANTICONCEPTIVOS

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VER P200: SI ESTÁ EMBARAZADA O NO ESTÁ EMBARAZADA	EMBARAZADA..... 1 NO EMBARAZADA..... 2 NO SABE..... 98	→ 315
311	¿Cree usted que puede quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98	→ 313 → 313
312	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS / NO PUEDE TENER MÁS HIJOS..... 1 MENOPAUSIA..... 2 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁ QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO..... 3 SIN VIDA SEXUAL..... 4 AMAMANTAMIENTO..... 5 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 400 → 315
313	¿Cuál es la razón principal por la que usted no está usando, algún método para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO..... 01 POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO..... 02 SIN VIDA SEXUAL..... 03 FATALISMO / DESCUIDO..... 04 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 05 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 06 NO TIENE DINERO PARA COMPRAR..... 07 FALTA DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS..... 08 LE QUEDA LEJOS..... 09 RAZONES RELIGIOSAS..... 10 EL COMPAÑERO SE OPONE..... 11 POR EDAD AVANZADA..... 12 NO LE GUSTA..... 13 DIFICULTAD DE USO..... 14 MALA ATENCIÓN..... 15 RAZONES DE SALUD..... 16 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... 98	→ 315
314	¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	→ 316
315	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	→ 360
316	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted (o su pareja)?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 VASECTOMÍA..... 02 PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO AMENORREA POR LACTANCIA..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PPMS)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	→ 360

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321	¿En qué mes y año la / lo operaron (a usted o a su pareja)?	MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] [] NO SABE / NO RECUERDA..... 98.9998	
322	¿Qué edad tenía usted cuando la / lo operaron (a usted o a su pareja)?	EDAD EN AÑOS..... [] []	
323	¿Dónde la / lo operaron?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA).... 13 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SÍ MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
324	SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA ¿Antes de su operación le dijeron que usted no podría tener (más) hijos? SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA ¿Antes de la operación le dijeron a su pareja / compañero que no podría tener (más) hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98 ENTREVISTADORA: SI FUERA VASECTOMÍA..... 3 → 326A	
325	¿En ese momento le dijeron a usted de los efectos secundarios o complicaciones que usted podría tener con la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
326A	¿Está usted satisfecha de haberse operado (o de que su pareja o compañero se haya operado) para no tener hijos?	SI..... 1 → 326C NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98 → 326C	
326B	¿Por qué no se siente satisfecha?	ELLA QUIERE OTRO NIÑO..... 1 ESPOSO QUIERE OTRO NIÑO..... 2 EFECTOS SECUNDARIOS..... 3 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
326C	¿Usted diría que la decisión de operarse para no tener más hijos, fue su decisión, de su esposo, o de los dos?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 MÉDICO GINECÓLOGO..... 4 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 335

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327	¿Alguna vez le informó un trabajador de salud o de planificación familiar, sobre los efectos secundarios del (NOMBRE DEL MÉTODO) que usa actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	
328	¿Dónde obtiene el (NOMBRE DEL MÉTODO) que usa actualmente?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUESTO DE SALUD / PUESTO MÉDICO..... 13 ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA).. 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SÍ MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 SUPERMERCADO..... 26 FARMACIA..... 27 MERCADO..... 28 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 29 PROMOTORA DE IXCHEN..... 30 PROMOTORA DE SÍ MUJER..... 31 PROMOTORA DE ONG..... 32 PROMOTORA COMUNAL..... 33 PARTERA..... 34 FAMILIARES / AMIGAS..... 35 IGLESIA..... 36 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
329	¿Dónde recibió orientación o información sobre los efectos secundarios del (NOMBRE DEL MÉTODO) ?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUESTO DE SALUD / PUESTO MÉDICO..... 13 HOSPITAL (EJÉRCITO Y POLICÍA)..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SÍ MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 SUPERMERCADO..... 26 FARMACIA..... 27 MERCADO..... 28 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 29 PROMOTORA DE IXCHEN..... 30 PROMOTORA DE SÍ MUJER..... 31 PROMOTORA DE ONG..... 32 PROMOTORA COMUNAL..... 33 PARTERA..... 34 FAMILIARES / AMIGAS..... 35 IGLESIA..... 36 PAREJA 37 NUNCA RECIBIÓ ORIENTACIÓN..... 38 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
330	Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener más hijos, para espaciar o posponer los embarazos y por otras razones como protección para VIH y sida y otras ITS. ¿Para qué lo usa usted?	PARA NO TENER MÁS HIJOS..... 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS..... 2 PARA PROTECCIÓN DEL VIH y sida Y OTRAS ITS..... 3 PARA PROTECCIÓN Y EVITAR EMBARAZOS..... 4 POR OTRAS RAZONES DE SALUD..... 5 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
331	¿Usted diría que el uso de (MÉTODO) fue su decisión de su pareja, de su esposo, compañero o de los dos juntos?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO..... 2 DECISIÓN CONJUNTA (AMBOS)..... 3 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
332	Si en este momento usted pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	EL MISMO..... 1 PREFERIRÍA OTRO..... 2 NO USARÍA NINGUNO..... 3 NO SABE..... 98	→ 335 → 335
333	¿Cuál método preferiría usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 VASECTOMÍA..... 02 PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO AMENORREA POR LACTANCIA..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PPMS)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
334	¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?	FALTA DE DINERO..... 01 ES MÁS PRÁCTICO PARA ELLA..... 02 ES MÁS BARATO..... 03 MIEDO A LA CONSULTA..... 04 SIN DIFICULTAD DE USO..... 05 RECOMENDACIÓN MÉDICA..... 06 RECOMENDACIÓN (AMIGA / PARIENTE)..... 07 RAZONES RELIGIOSAS..... 08 FALTA DE TIEMPO..... 09 PROTECCIÓN DEL SIDA..... 10 ES DEFINITIVO..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
335	¿Cuál fue el primer método que usted usó?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 VASECTOMÍA..... 02 PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO AMENORREA POR LACTANCIA..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PPMS)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	
336	Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos nacidos vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
337	¿Y qué edad tenía usted?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
338	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN III B. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
360	<p>ENTREVISTADORA:</p> <p>VER P302. LÍNEAS 01 ó 02</p>	<p>ESTERILIZADA O VASECTOMÍA..... 1</p> <p>NO ESTERILIZADA..... 2</p>	→ 363
361	<p>VER P200: Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>EMBARAZADA (P200 = 1) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p> </div> </div>	<p>QUIERE HIJO..... 1</p> <p>QUIERE HIJO SOLAMENTE EN EL FUTURO..... 2</p> <p>NO QUIERE MÁS HIJOS..... 3</p> <p>MENOPÁUSICA (ESTÉRIL)..... 4</p> <p>INDECISA..... 5</p>	→ 363
362	<p>VER P200:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando antes de tener otro hijo?</p> </div> </div>	<p>MESES..... <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>AÑOS..... <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>MENOPAUSIA (ESTÉRIL)..... 94</p> <p>PRONTO / AHORA..... 95</p> <p>OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
363	<p>VER P217:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>TIENE HIJO(S) NACIDOS VIVOS(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> </div> </div>	<p>NÚMERO..... <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NUNCA PENSÓ..... 94</p> <p>LO QUE DIOS QUIERA..... 95</p> <p>OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
364	<p>ENTREVISTADORA:</p> <p>VER P360 Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA.</p>	<p>ESTERILIZADA O VASECTOMÍA..... 1</p> <p>NO ESTERILIZADA..... 2</p>	→ 400
365	<p>ENTREVISTADORA:</p> <p>VER P361 Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA.</p>	<p>QUIERE HIJO..... 1</p> <p>QUIERE HIJO SOLAMENTE EN EL FUTURO..... 2</p> <p>NO QUIERE MÁS HIJOS..... 3</p> <p>MENOPAUSIA (ESTÉRIL)..... 4</p> <p>INDECISA..... 5</p>	→ 370 → 400 → 370
366	<p>¿Por qué no desea tener más hijos?</p>	<p>PROBLEMAS ECONÓMICOS..... 01</p> <p>POR RAZONES DE SALUD..... 02</p> <p>YA TIENE SUFICIENTES HIJOS..... 03</p> <p>SE SIENTE VIEJA..... 04</p> <p>SU TRABAJO NO LE PERMITE..... 05</p> <p>NO PUEDE ATENDER A LOS HIJOS..... 06</p> <p>INESTABILIDAD CONYUGAL..... 07</p> <p>PAREJA NO QUIERE..... 08</p> <p>NO TIENE PAREJA..... 09</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p> <p>NO RESPONDE..... 99</p>	

SECCIÓN III B. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
367	¿Estaría usted interesada en operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	→ 369 → 370
368	Señora, ya tiene todos los hijos que desea y tiene interés en operarse. ¿Por qué no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE DESPUÉS DEL PARTO..... 03 COSTO MUY ELEVADO..... 04 RECHAZO DEL MÉDICO..... 05 BARRERAS INSTITUCIONALES..... 06 NO TIENE TIEMPO..... 07 RAZONES RELIGIOSAS..... 08 NO LE GUSTA..... 09 CERCA DE LA MENOPAUSIA..... 10 PREFIERE MÉTODO REVERSIBLES..... 11 COMPAÑERO SE OPONE..... 12 SIN VIDA SEXUAL..... 13 TODAVIA ES MUY JOVEN..... 14 NUNCA PENSO EN ELLO..... 15 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO..... 16 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS..... 17 NO SABE DONDE SE HACE..... 18 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 99	→ 370
369	¿Por qué no estaría usted interesada en operarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE DESPUÉS DEL PARTO..... 03 COSTO MUY ELEVADO..... 04 RECHAZO DEL MÉDICO..... 05 BARRERAS INSTITUCIONALES..... 06 NO TIENE TIEMPO..... 07 RAZONES RELIGIOSAS..... 08 NO LE GUSTA..... 09 CERCA DE LA MENOPAUSIA..... 10 PREFIERE MÉTODO REVERSIBLES..... 11 COMPAÑERO SE OPONE..... 12 SIN VIDA SEXUAL..... 13 TODAVIA ES MUY JOVEN..... 14 NUNCA PENSO EN ELLO..... 15 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO..... 16 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS..... 17 NO SABE DONDE SE HACE..... 18 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 99	
370	¿Durante los últimos 12 meses, ha hablado con su pareja o compañero acerca de la planificación familiar? SI LA MEF ES SEPARADA O NO TIENE PAREJA CIRCULE LA OPCIÓN 3	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE PAREJA..... 3	
371	¿Conoce o ha oído hablar de la pastilla del día siguiente (anticonceptiva de emergencia)? (La mujer puede tomar una píldora dentro de las 24 horas y la otra antes de las 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin utilizar método de protección, para evitar quedar embarazada)	SI..... 1 NO..... 2	→ 400
372	¿Alguna vez ha usado?	SI..... 1 NO..... 2	→ 400
373	¿Cuántas veces tomó en los últimos 12 meses?	VEZ (VECES)..... <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> NO TOMÓ PASTILLA..... 00 NO RECUERDA..... 98	

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
400	VER P224 . ¿HA TENIDO UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 2006?	SI..... 1 NO..... 2	→ 500																								
401	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO NOMBRE: _____ EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>																										
402	¿Le dió el pecho a [.....]?	SI..... 1 NO..... 2	→ 404																								
403	¿Por qué no le dió el pecho a [.....]?	NIÑO MURIÓ..... 01 MADRE NO QUERÍA..... 02 NIÑO SE ENFERMÓ..... 03 NO TENÍA LECHE..... 04 SALÍA A TRABAJAR / ESTUDIAR..... 05 LA MADRE SE ENFERMÓ..... 06 PEZÓN INVERTIDO O LESIONES..... 07 NIÑO NO QUERÍA..... 08 NO SABÍA COMO..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 413																								
404	¿Cuánto tiempo después de nacer [.....] empezó usted a darle pecho?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																									
405	VER P225 Y CIRCULE:	SI ESTÁ VIVO..... 1 SI ESTÁ MUERTO..... 2	→ 416A																								
406	¿Está dándole el pecho actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	→ 409																								
407	¿Por qué dejó de darle el pecho? (LA RAZÓN MÁS IMPORTANTE)	NIÑO SE ENFERMÓ..... 01 NIÑO NO QUERÍA..... 02 POCA LECHE..... 03 SALIA A TRABAJAR / ESTUDIAR..... 04 ERA INCONVENIENTE..... 05 LA MADRE SE ENFERMÓ..... 06 SENOS DOLOROSOS..... 07 FIN DEL DESTETE / YA ERA GRANDE..... 08 QUEDÓ EMBARAZADA..... 09 EMPEZÓ A UTILIZAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS..... 10 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																									
408	¿Hasta qué edad le dió el pecho a [.....]?	DÍAS DE EDAD..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DE EDAD..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES DE EDAD..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 413																								
409	¿Cuántas veces le dió el pecho a [.....] 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> CADA VEZ QUE PEDÍA..... 95 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																									
410	¿Cuántas veces le dió el pecho a [.....] durante el día de ayer (6 a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> CADA VEZ QUE PEDÍA..... 95 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																									
411	Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy (en las 24 horas desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy). ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó sin darle pecho?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																									
412	Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy). Le dio a [.....] algo de lo siguiente:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. AGUA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>B. LECHE QUE NO ERA DE SU PECHO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>C. OTROS LÍQUIDOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>D. PAPILLAS O PURÉS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>E. COMIDAS SÓLIDAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	A. AGUA.....	1	2	98	B. LECHE QUE NO ERA DE SU PECHO.....	1	2	98	C. OTROS LÍQUIDOS.....	1	2	98	D. PAPILLAS O PURÉS.....	1	2	98	E. COMIDAS SÓLIDAS.....	1	2	98	
	SI	NO	NS/NR																								
A. AGUA.....	1	2	98																								
B. LECHE QUE NO ERA DE SU PECHO.....	1	2	98																								
C. OTROS LÍQUIDOS.....	1	2	98																								
D. PAPILLAS O PURÉS.....	1	2	98																								
E. COMIDAS SÓLIDAS.....	1	2	98																								

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
413	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que [.....] comió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer.</p> <p>PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO A Y DESPUÉS B.</p> <p>SI NO COMIÓ ESE ALIMENTO ESCRIBA "0" SI NO SABE, ESCRIBA "98"</p> <p>A. ¿Cualquier comida hecha de cereal (arroz, maíz, avena, trigo y cebada como pan, tallarines, fideos galletas, yoltamales o tamales)?</p> <p>B. ¿Ayote, plátano maduro, papa, chayote, zanahoria?</p> <p>C. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (yuca, quequisque, malanga, camote)?</p> <p>D. ¿Hoja verdes como: apio, frijolitos verdes espinacas, hoja de acelga, culantro, Hierbabuena o brócoli?</p> <p>E. ¿Mango maduro, papaya madura, mamey, melocotones, nancites?</p> <p>F. ¿Otras frutas y vegetales como banano, manzana, tomate, aguacate, limón, lima, naranja, mandarina, icaco, guaba, guayaba, uva, jocote, coliflor</p> <p>G. ¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevo, hígado, riñón, corazón, titiles, cerdo, jamón, mortadela?</p> <p>H. ¿Frijoles rojos, negros o blancos, lenteja, soya, garbanzo o petipúa, semilla de marañón, semilla de jicaro, ajonjolí?</p> <p>I. ¿Queso, cuajada, leche agria, yogurt?</p> <p>J. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca, mantequilla, margarina, mayonesa?</p>	<p>NOMBRE: _____</p> <p>A. ÚLTIMOS 7 DÍAS</p> <p>¿Cuántos días durante los últimos 7 días [.....] comió cada uno de los siguientes alimentos separados o combinados con otros alimentos?</p> <p>A <input type="text"/></p> <p>B <input type="text"/></p> <p>C <input type="text"/></p> <p>D <input type="text"/></p> <p>E <input type="text"/></p> <p>F <input type="text"/></p> <p>G <input type="text"/></p> <p>H <input type="text"/></p> <p>I <input type="text"/></p> <p>J <input type="text"/></p> <p>B. AYER / ANOCHE</p> <p>En total, ayer ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dio de comer a [.....] este alimento?</p> <p>A <input type="text"/></p> <p>B <input type="text"/></p> <p>C <input type="text"/></p> <p>D <input type="text"/></p> <p>E <input type="text"/></p> <p>F <input type="text"/></p> <p>G <input type="text"/></p> <p>H <input type="text"/></p> <p>I <input type="text"/></p> <p>J <input type="text"/></p>	
414	¿Recibió usted orientación sobre lactancia materna antes o después del parto de [.....]?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 416A
415	¿Dónde recibió orientación?	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD..... 12</p> <p>PUESTO DE SALUD..... 13</p> <p>ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA).... 14</p> <p>SECTOR COMUNITARIO</p> <p>CASA BASE..... 15</p> <p>AGENTE COMUNITARIO..... 16</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO..... 20</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 21</p> <p>CLÍNICA DE IXCHEN..... 22</p> <p>CLÍNICA DE SI MUJER..... 23</p> <p>CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 24</p> <p>EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 25</p> <p>CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 26</p> <p>SUPERMERCADO..... 27</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 28</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN..... 29</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER..... 30</p> <p>PROMOTORA DE ONG..... 31</p> <p>PROMOTORA COMUNAL..... 32</p> <p>PARTERA..... 33</p> <p>FAMILIARES / AMIGAS 34</p> <p>IGLESIA..... 35</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
416A	¿Le extendieron constancia de nacimiento del MINSA de éste último hijo nacido vivo?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
416B	¿Fue inscrito el nacimiento de [.....] en el Registro Civil?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 417 A
416C	¿Por qué no fue registrado el nacimiento de [.....]?	<p>NO SABÍA DONDE O COMO HACERLO..... 1</p> <p>NO ES IMPORTANTE / NO LO NECESITA..... 2</p> <p>LO HARÁ MÁS TARDE..... 3</p> <p>ES MUY CARO..... 4</p> <p>NO TIENEN CÉDULA DE IDENTIDAD..... 5</p> <p>NIÑO MURIÓ..... 6</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
417A	¿A los cuántos meses después del nacimiento de [.....] le volvió su menstruación?	<p>MESES..... <input type="text"/></p> <p>EN EL MISMO MES..... 00</p> <p>A LOS 40 DÍAS..... 94</p> <p>NO LE HA VUELTO AÚN..... 95</p> <p>NO RECUERDA..... 98</p>	
417B	¿A los cuántos meses después del nacimiento de [.....] volvió a tener relaciones sexuales?	<p>MESES..... <input type="text"/></p> <p>EN EL MISMO MES..... 00</p> <p>DESPUÉS DE 40 DÍAS..... 94</p> <p>NO HA VUELTO A TENER..... 95</p> <p>NO RECUERDA..... 98</p>	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
418	VER P224 ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 2006?.....				
VER P221 Y 225. ANOTE EN P419, P420 Y P421 EL NÚMERO DE LÍNEA DEL NIÑO, EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 2006 AUNQUE NO ESTÉN ACTUALMENTE VIVOS					
	PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO	ANTEPENÚLTIMO	CUARTO ÚLTIMO
419	NÚMERO DE LÍNEA DEL NIÑO				
420	NOMBRE (VER P221)	_____	_____	_____	_____
421	ESTÁ VIVO (VER P225)	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
422	Cuándo quedó embarazada de [.....]. ¿Quería usted tener ese hijo?	QUERÍA ENTONCES..... 1 P424 ← QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 NS / NR..... 98 P424 ←	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 NS / NR..... 98 PASE A P424	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 NS / NR..... 98 PASE A P424	QUERÍA ENTONCES 1 QUERÍA ESPERAR.. 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS 3 NS / NR..... 98 PASE A P424
423	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 NO SABE..... 998			
424	¿En el momento que quedó embarazada de [.....] estaba usted o su pareja planificando para evitar el embarazo?	SI..... 1 P426 ← NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 P426 ← NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 P426 ← NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 P426 ← NO..... 2 NS / NR.... 98
425	Cuando quedó embarazada de [.....], ¿Estaba usted tratando de quedar embarazada o no?	SI..... 1 NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 NO..... 2 NS / NR..... 98	SI..... 1 NO..... 2 NS / NR.... 98
426	¿Asistió a control prenatal durante ese embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 P429A ←	SI..... 1 NO..... 2 P429A ←	SI..... 1 NO..... 2 P429A ←	SI..... 1 NO..... 2 P429A ←
427	¿Dónde se hizo su primer control prenatal? SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUERTO DE SALUD..... 13 ESTABLEC. (EJÉRCITO O POLICÍA) 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍN. PRIVADA / HOSP. PRIVADO.. 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL.. 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIV..... 25 PARTERA..... 26 OTRO: 96 NO SABE..... 98	 Código	 Código	 Código	 Código

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A																											
428A	<p>¿Qué profesional le atendió en el primer control?</p> <p>GINECÓLOGO..... 1 MÉDICO GENERAL..... 2 OTROS MÉDICOS..... 3 ENFERMERA (O)..... 4 BRIGADISTA DE SALUD..... 5 PROMOTOR DE SALUD..... 6 COMADRONA / PARTERA..... 7 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98</p>	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código																											
428B	<p>¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?</p>	MESES..... <input type="text"/> (SI <= 3 PASE A P428D) NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 PASE A P428D	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 PASE A P428D	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 PASE A P428D																											
428C	<p>¿Por qué no asistió a su control durante los primeros tres meses de embarazo?</p>	POR TRABAJO..... 01 LE QUEDA LEJOS... 02 NO QUERÍA ESTAR EMBARAZADA..... 03 NO LE GUSTA LA ATENCIÓN..... 04 NO TENÍA DINERO.. 05 NO SABÍA QUE ESTABA EMBARAZADA..... 06 LE DABA MIEDO..... 07 NO PUDO LLEGAR.. 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98																														
428D	<p>¿En total, cuántos controles tuvo?</p>	Nº DE CONTROLES... <input type="text"/> MÁS DE 10..... 95 NO RECUERDA..... 98	Nº DE CONTROLES... <input type="text"/> MÁS DE 10..... 95 NO RECUERDA..... 98 (PASE A P429A)	Nº DE CONTROLES... <input type="text"/> MÁS DE 10..... 95 NO RECUERDA..... 98 (PASE A P429A)	Nº DE CONTROLES... <input type="text"/> MÁS DE 10..... 95 NO RECUERDA..... 98 (PASE A P429A)																											
428E	<p>¿Cuánto tuvo que pagar en total por todos los controles prenatales, sin incluir gastos como: vitaminas, medicinas, exámenes o pruebas?</p>	<input type="text"/> CÓRDOBA <input type="text"/> DÓLAR NO PAGÓ..... 00000 EL SEGURO PAGÓ..... 99995 NS / NR..... 99998																														
428F	<p>¿Cuánto tuvo que pagar por: vitaminas, medicinas, otros exámenes (ultrasonido) o pruebas para este embarazo, incluyendo gastos en transporte?</p>	<input type="text"/> CÓRDOBA <input type="text"/> DÓLAR NO PAGÓ..... 00000 EL SEGURO PAGÓ..... 99995 NS / NR..... 99998																														
428G	<p>En algunos de sus controles prenatales:</p> <p>a. ¿Le tomaron la presión arterial?..... b. ¿Le hicieron un examen de orina?..... c. ¿Le hicieron un examen de sangre?..... d. ¿Le midieron la barriga?..... e. ¿Le oyeron el corazón al bebé?..... f. ¿Le hicieron ultrasonido?..... g. ¿Le hicieron examen ginecológico?.... h. ¿Prueba rápida del VIH?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H.</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	A.	1	2	B.	1	2	C.	1	2	D.	1	2	E.	1	2	F.	1	2	G.	1	2	H.	1	2			
	SI	NO																														
A.	1	2																														
B.	1	2																														
C.	1	2																														
D.	1	2																														
E.	1	2																														
F.	1	2																														
G.	1	2																														
H.	1	2																														
428H	<p>En algunos de sus controles le dieron consejería sobre:</p> <p>a. ¿Alimentación durante el embarazo? b. ¿Complicaciones o signos de peligro durante el embarazo? c. ¿Dónde acudir si tuviera alguna complicación? d. ¿Signos de peligro del recién nacido? e. ¿Consejería para el amamantamiento? f. ¿No usar drogas, tabaco, alcohol?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F.</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	A.	1	2	B.	1	2	C.	1	2	D.	1	2	E.	1	2	F.	1	2									
	SI	NO																														
A.	1	2																														
B.	1	2																														
C.	1	2																														
D.	1	2																														
E.	1	2																														
F.	1	2																														

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A
429A	Cuando usted estaba embarazada de [.....] ¿Le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 (PASE A P429C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 (PASE A P433A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 (PASE A P433A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 (PASE A P433A)	
429B	Durante el embarazo ¿Cuántas dosis le aplicaron de esa vacuna?	VECES / DÓSIS <input type="text"/> NO SABE..... 98				
429C	Durante el embarazo, ¿Tomó hierro en pastilla, o recibió inyecciones de hierro o jarabe, o ácido fólico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 (PASE A P429E) ←				
429D	Durante todo el embarazo de [.....], ¿Por cuánto tiempo tomó o recibió hierro?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS.. 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> NO SABE..... 98				
429E	Durante el embarazo, ¿Tuvo dificultad para ver durante el día, la noche, o ambos, día y noche?	DÍA..... 1 NOCHE..... 2 AMBOS..... 3 NINGUNO..... 4				
430	Durante el embarazo de [.....] no incluyendo el parto ¿Tuvo alguna complicación de cualquier tipo, que a usted le pareció amenazante a su propia vida o a la vida de su bebé?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P432) ←				
431	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problema(s) o complicación(es)?	ESTABLECIMIENTO O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA)..... 1 FARMACIA /BOTICA.... 2 SE QUEDÓ EN CASA / REM. CASEROS..... 3 PERSONAL TRADICIONAL..... 4 OTRO..... 96 NO SABE..... 98				
432	Con el nacimiento de [.....] tenía previsto: a. ¿Dónde le atenderían el parto?..... b. ¿Quién le acompañaría al parto?..... c. ¿Cómo saldría de la casa / comunidad?.....	SI NO A. 1 2 B. 1 2 C. 1 2				
433A	¿Dónde dio a luz a [.....]?	HOSPITAL PÚBLICO.... 11 CENTRO DE SALUD.... 12 PUESTO DE SALUD.... 13 ESTABLECIMIENTO (EJÉRCITO O POLICÍA) 14 CASA MATERNA..... 15 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 21 HOSPITAL PRIVADO... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A P435A) ←	HOSPITAL PÚBLICO.... 11 CENTRO DE SALUD.... 12 PUESTO DE SALUD.... 13 ESTABLECIMIENTO (EJÉRCITO O POLICÍA). 14 CASA MATERNA..... 15 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 21 HOSPITAL PRIVADO.... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A P435A) ←	HOSPITAL PÚBLICO.... 11 CENTRO DE SALUD.... 12 PUESTO DE SALUD.... 13 ESTABLECIMIENTO (EJÉRCITO O POLICÍA) 14 CASA MATERNA..... 15 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 21 HOSPITAL PRIVADO.... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A P435A) ←	HOSPITAL PÚBLICO. 11 CENTRO DE SALUD. 12 PUESTO DE SALUD. 13 ESTABLECIMIENTO (EJÉRCITO O POLICI 14 CASA MATERNA..... 15 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 21 HOSPITAL PRIVADO 22 CLÍNICA PRIVADA.... 23 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A P435A) ←	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
433B	¿Quién le atendió el parto? GINECÓLOGO / OBSTETRA..... 1 MÉDICO GENERAL..... 2 OTROS MÉDICOS..... 3 ENFERMERA (O)..... 4 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 5 PROMOTOR / BRIG. SALUD..... 6 COMADRONA / PARTERA..... 7 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código
433C	¿El parto de [.....], fue normal (vaginal) o por cesárea?	NORMAL..... 1 (PASE A P433G) ← CESÁREA..... 2	NORMAL..... 1 CESÁREA..... 2 (PASE A P437A)	NORMAL..... 1 CESÁREA..... 2 (PASE A P438A)	NORMAL..... 1 CESÁREA..... 2 (PASE A P439A)
433D	¿Por qué le hicieron cesárea?	INDICACIÓN MÉDICA. 1 RAZONES DE SALUD. 2 YA TENIA ANTES..... 3 YO QUERÍA / YO LA SOLICITE..... 4 PROBLEMA CON PARTO..... 5 (PASE A P433F) ← OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98			
433E	Entonces, ¿La cesárea fue programada?	SI 1 (PASE A P433G) ← NO..... 2			
433F	¿Entonces, la cesárea fue de emergencia?	SI..... 1 NO 2			
433G	¿Cuánto fue el costo total del parto, incluyendo medicamento, persona que atendió el parto, transporte, etc.?	<input type="text"/> CÓRDOBA <input type="text"/> DÓLAR NO PAGÓ... 00000 NO SABE... 99998 (PASE A P434A) ←			
433H	¿Usted estuvo conforme con este pago o gasto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98			
434A	A veces durante el parto una mujer puede sufrir problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé, o de los dos. Durante el parto de [.....] ¿Tuvo alguna complicación de cualquier tipo que a usted le pareció amenazante a su propia vida o a la vida de su bebé?	SI..... 1 NO..... 2			
434B	Justo antes o durante el trabajo de parto de [.....]. ¿Fue trasladada de una unidad de salud a otra unidad de salud más especializada?	SI..... 1 NO..... 2			
434C	ENTREVISTADORA: EN P433A, ÚLTIMO PARTO EN HOSPITAL PÚBLICO (CÓDIGO 11).	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P434E) ←			
434D	¿Quedó en una casa de espera (casa materna) antes del parto en el hospital?	SI..... 1 NO..... 2			
434E	En caso de un próximo parto suyo, de una familiar o amiga, ¿qué debería mejorarse en la atención en esa Unidad de Salud? ¿Algo más? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	QUE NO LO HAGAN ESPERAR TANTO..... A QUE NO LE UNAN / EPISIOTOMIA..... B QUE LO TRATEN MEJOR..... C QUE DEN CONSEJERÍA SOBRE EL PARTO. D QUE HAYAN MEDICAMENTOS..... E QUE HAYA MATERIAL DE REPOSICIÓN..... F QUE HAYA ALGUIEN QUE LO ATIENDA..... G ACOMPAÑE EN EL PARTO..... H QUE DEN CONSEJERÍA SOBRE EL ASEO... I QUE PERMITAN TOMAR TÉ O COCIMIENTOS..... J QUE HAYA MÁS PRIVACIDAD..... K QUE LES PERMITAN PARIR EN LA POSICIÓN QUE QUIERA..... L QUE NO TOQUEN MUCHOS SUS PARTES.. M QUE LES PERMITAN COMER LO QUE ACOSTUMBRAN DESPUÉS DEL PARTO N OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADA..... Y	P436A		

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
ÚLTIMO PARTO EN CASA			
435A	<p>¿Cuál es la razón por la que dio a luz a [.....] en la casa?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>PORQUE QUERÍA / NO HAY NECESIDAD DE IR A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... A</p> <p>NO PUDO LLEGAR A TIEMPO A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD / FUE DE REPENTE / LOS DOLORES VENÍAN MUY RÁPIDO..... B</p> <p>POR FALTA DE DINERO..... C</p> <p>POR FALTA DE TRANSPORTE / MUY LEJOS..... D</p> <p>ESTABLECIMIENTO CERRADO (DE NOCHE / FIN DE SEMANA, ETC.)..... E</p> <p>NO LE ATENDIERON EN LA UNIDAD DE SALUD..... F</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	} → 435D
435B	<p>Para usted ¿Cuál es lo bueno de dar a luz en casa?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>HAY MÁS CONFIANZA EN EL AMBIENTE..... A</p> <p>BUEN TRATO DE FAMILIARES / PARTERA..... B</p> <p>QUERÍA QUE MIS FAMILIARES ESTUVIERAN PRESENTES..... C</p> <p>SE PUEDE PRACTICAR COSTUMBRES, TRADICIONES (COMIDAS)..... D</p> <p>EN EL HOSPITAL, LE MALTRATAN..... E</p> <p>EN EL HOSPITAL, HACEN PRÁCTICAS QUE NO ME GUSTAN (ENEMA, RASURA, TACTO, DESNUDARSE, ETC.)..... F</p> <p>HAY MÁS PRIVACIDAD..... G</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
435C	<p>¿Por qué razón usted no quiso ir al Hospital o Centro de Salud?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>NO TUVE PROBLEMAS CON PARTOS ANTERIORES / NO HAY NECESIDAD..... A</p> <p>AHÍ LO HACEN ESPERAR MUCHO..... B</p> <p>NO TRATAN BIEN / LE MALTRATAN..... C</p> <p>HACEN PRÁCTICAS INCÓMODAS / QUE NO ME GUSTAN (ENEMA, RASURA, TACTO, DESNUDARSE)..... D</p> <p>NO DEJAN QUE ALGUIEN ME ACOMPAÑE DURANTE EL PARTO..... E</p> <p>ME PONEN A PARIR EN UNA POSICIÓN INCÓMODA..... F</p> <p>NO HAY MEDICAMENTOS / INSUMOS..... G</p> <p>NO HAY PERSONAL DE SALUD QUE LE ATIENDA (PARO, FALTA PERSONAL)..... H</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
435D	<p>¿Quién le atendió el parto de [.....] en su casa?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>GINECÓLOGO-OBSTETRA..... A</p> <p>MÉDICO GENERAL..... B</p> <p>OTROS MÉDICOS..... C</p> <p>ENFERMERA (O)..... D</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... E</p> <p>COMADRONA / PARTERA..... F</p> <p>PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIA (BRIGADISTA)..... G</p> <p>PERSONAL TRADICIONAL (CURANDERO, BRUJO, SUKIA)..... H</p> <p>FAMILIAR (ES)..... I</p> <p>SOLA / NADIE..... J</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... Z</p>	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
435E	Durante o después del parto de [.....] ¿Tuvo alguna complicación de cualquier tipo que a usted le pareció amenazante a su propia vida o a la vida de su bebé?	SI..... 1 NO..... 2	→ 435J
435F	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el (los) problemas o complicaciones?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA)..... 1 FARMACIA / BOTICA..... 2 COMADRONA / PARTERA..... 3 PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIO (BRIGADISTA)..... 4 SE QUEDÓ EN CASA / REMEDIOS CASEROS..... 5 PERSONAL TRADICIONAL (CURANDERO, BRUJO, SUKIA)..... 6 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
435G	¿Fue trasladada a alguna Unidad de Salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 435J
435H	¿De quién recibió ayuda para trasladarse a la Unidad de Salud?	DEL QUE ATENDIÓ EL PARTO 1 PAREJA / FAMILIAR..... 2 COMUNIDAD..... 3 BRIGADA DE SALUD..... 4 VECINO(A) / AMIGO(A)..... 5 PARTERA / COMADRONA..... 6 NADIE / FUE SOLA..... 7 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
435I	¿Qué medio de transporte fue utilizado para trasladarla a la Unidad de Salud?	VEHÍCULO DE LA COMUNIDAD..... 01 VEHÍCULO PROPIO..... 02 VEHÍCULO DE INSTITUCIONES..... 03 TRANSPORTE COLECTIVO..... 04 AMBULANCIA..... 05 CARGADA EN HAMACA..... 06 TRANSPORTE DE LA BRIGADA..... 07 LANCHA / CANOA / PANGA..... 08 BOTE..... 09 BESTIA..... 10 A PIE..... 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
435J	¿Si usted volviera a embarazarse, en donde daría a luz?	CASA..... 1 ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... 2 DEPENDE / INDECISA..... 3 NO SABE..... 98	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A					
436A	NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO 2006 _____ N° DE LÍNEA [] []							
436B	¿El nacimiento de [.....] fue a los 9 meses o antes de tiempo (premature, sietemesino)?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 NO SABE..... 98	→ 436D → 436D					
436C	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació [.....]?	SEMANAS..... [] [] NO RECUERDA..... 98						
436D	¿Pesaron a [.....] en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 436F					
436E	¿Cuánto pesó [.....] al nacer?	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 [] [] [] [] GRAMOS SEGÚN RECUERDA... 2 [] [] [] [] LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 [] [] . [] [] LIBRAS ONZAS NO SABE..... 9998	→ 436G					
436F	¿Tenía menos de 2.5 kilos (5 libras y 8 onzas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98						
436G	ENTREVISTADORA: VER P421 ¿[.....] (ÚLTIMO HIJO) ESTA VIVO?	SI..... 1 NO..... 2	→ 436J					
436H	¿Tiene la tarjeta de atención integral de [.....]?	SI..... 1 NO..... 2 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 SI, PERO EN ESTE MOMENTO NO LA TIENE..... 4	→ 436I-A → 436I-B					
436I	ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DÓISIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA / DÓISIS) a [.....]? SI NO HAY TARJETA DE VACUNACIÓN, COMPLETE LA OPCIÓN B.							
	A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS		B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?					
	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR
	BCG..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO 1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO 2..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO 3..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO ADICIONAL..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO ADICIONAL..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO ADICIONAL..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ANTIPOLIO ADICIONAL..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	PENTAVALENTE 1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	PENTAVALENTE 2..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	PENTAVALENTE 3..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ROTAVIRUS 1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ROTAVIRUS 2..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	ROTAVIRUS 3..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	NEUMOCOCO 1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	NEUMOCOCO 2..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	NEUMOCOCO 3..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	MMR 1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	DPT..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	MR..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	dT1..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	dT2..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
	INFLUENZA..... 1	2	[] []	[] []	[] [] [] []	1	2	98
436J	REGRESE A LA P419, PARA EL SIGUIENTE NIÑO. SI NO HAY OTRO NIÑO NACIDO VIVO PASE A P440							

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																																																																																																																
437A	NOMBRE DEL PENÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO 2006 _____ N° DE LINEA [][]																																																																																																																																																																																																																																		
437B	¿El nacimiento de [.....] fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, sietemesino)?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 NO SABE..... 98	→ 437D → 437D																																																																																																																																																																																																																																
437C	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació [.....]?	SEMANAS..... [][] NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																	
437D	¿Le pesaron a [.....] en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 437F																																																																																																																																																																																																																																
437E	¿Cuánto pesó [.....] al nacer?	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 [][][][] GRAMOS SEGÚN RECUERDA... 2 [][][][] LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 [][] . [][] LIBRAS ONZAS NO SABE..... 9998	→ 437G																																																																																																																																																																																																																																
437F	¿Tenía menos de 2.5 kilos (5 libras y 8 onzas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																	
437G	ENTREVISTADORA: VER P421 ¿[.....] (PENÚLTIMO HIJO) ESTA VIVO?	SI..... 1 NO..... 2	→ 437J																																																																																																																																																																																																																																
437H	¿Tiene la tarjeta de atención integral de [.....]?	SI..... 1 NO..... 2 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 SI, PERO EN ESTE MOMENTO NO LA TIENE..... 4	→ 437I-A → 437I-B																																																																																																																																																																																																																																
437I	ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DÓISIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA / DÓISIS) a [.....]? SI NO HAY TARJETA DE VACUNACIÓN, COMPLETE LA OPCIÓN B. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS</th> <th colspan="3">B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTA VIRUS 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTA VIRUS 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTA VIRUS 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MMR 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>DPT.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT1.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT2.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>INFLUENZA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>[][]</td><td>[][]</td><td>[][][][]</td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>				A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS					B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR	BCG.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	PENTAVALENTE 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	PENTAVALENTE 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	PENTAVALENTE 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ROTA VIRUS 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ROTA VIRUS 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	ROTA VIRUS 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	NEUMOCOCO 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	NEUMOCOCO 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	NEUMOCOCO 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	MMR 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	DPT.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	MR.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	dT1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	dT2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98	INFLUENZA.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98
	A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS					B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?																																																																																																																																																																																																																													
	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																											
BCG.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
PENTAVALENTE 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
PENTAVALENTE 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
PENTAVALENTE 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ROTA VIRUS 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ROTA VIRUS 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
ROTA VIRUS 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
NEUMOCOCO 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
NEUMOCOCO 2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
NEUMOCOCO 3.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
MMR 1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
DPT.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
MR.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
dT1.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
dT2.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
INFLUENZA.....	1	2	[][]	[][]	[][][][]	1	2	98																																																																																																																																																																																																																											
437J	REGRESE A LA P419, PARA EL SIGUIENTE NIÑO. SI NO HAY OTRO NIÑO NACIDO VIVO PASE A P440																																																																																																																																																																																																																																		

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																																																																																																																	
438A	NOMBRE DEL ANTEPENÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO 2006 _____ Nº DE LINEA <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																			
438B	¿El nacimiento de [.....] fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, sietemesino)?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 NO SABE..... 98	→ 438D → 438D																																																																																																																																																																																																																																	
438C	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació [.....]?	SEMANAS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																		
438D	¿Le pesaron a [.....] en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 4387F																																																																																																																																																																																																																																	
438E	¿Cuánto pesó [.....] al nacer?	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA... 2 <input type="text"/> LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS NO SABE..... 9998	→ 438G																																																																																																																																																																																																																																	
438F	¿Tenía menos de 2.5 kilos (5 libras y 8 onzas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																		
438G	ENTREVISTADORA: VER P421 ¿[.....] (ANTEPENÚLTIMO HIJO) ESTA VIVO?	SI..... 1 NO..... 2	→ 438J																																																																																																																																																																																																																																	
438H	¿Tiene la tarjeta de atención integral de [.....]?	SI..... 1 NO..... 2 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 SI, PERO EN ESTE MOMENTO NO LA TIENE..... 4	→ 438I-A → 438I-B																																																																																																																																																																																																																																	
438I	ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DÓISIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA / DÓISIS) a [.....]? SI NO HAY TARJETA DE VACUNACIÓN, COMPLETE LA OPCIÓN B. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="6">A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS</th> <th colspan="3">B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MMR 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>DPT.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MR.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>INFLUENZA.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>				A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS						B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR	BCG.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	MMR 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	DPT.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	MR.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	dT2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	INFLUENZA.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98
	A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS						B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?																																																																																																																																																																																																																													
	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																												
BCG.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
MMR 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
DPT.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
MR.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
dT2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
INFLUENZA.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
438J	REGRESE A LA P419, PARA EL SIGUIENTE NIÑO. SI NO HAY OTRO NIÑO NACIDO VIVO PASE A P440																																																																																																																																																																																																																																			

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																																																																																																																	
439A	NOMBRE DEL CUARTO ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO 2006 _____ Nº DE LINEA <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																			
439B	¿El nacimiento de [.....] fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro, sietemesino)?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 NO SABE..... 98	→ 439D → 439D																																																																																																																																																																																																																																	
439C	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació [.....]?	SEMANAS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																		
439D	¿Le pesaron a [.....] en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 439F																																																																																																																																																																																																																																	
439E	¿Cuánto pesó [.....] al nacer?	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 <input type="text"/> . <input type="text"/> LIBRAS ONZAS NO SABE..... 9998	→ 439G																																																																																																																																																																																																																																	
439F	¿Tenía menos de 2.5 kilos (5 libras y 8 onzas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																																																		
439G	ENTREVISTADORA: VER P421 ¿[.....] (HIJO CUARTO ÚLTIMO) ESTA VIVO?	SI..... 1 NO..... 2	→ 440																																																																																																																																																																																																																																	
439H	¿Tiene la tarjeta de atención integral de [.....]?	SI..... 1 NO..... 2 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 SI, PERO EN ESTE MOMENTO NO LA TIENE..... 4	→ 439I-A → 439I-B																																																																																																																																																																																																																																	
439I	ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DÓISIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA / DÓISIS) a [.....]? SI NO HAY TARJETA DE VACUNACIÓN, COMPLETE LA OPCIÓN B. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS</th> <th colspan="3">B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ANTIPOLIO ADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>NEUMOCOCO 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MMR 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>DPT.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>MR.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>dT1.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> <tr><td>INFLUENZA.....</td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>1</td><td>2</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>			A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS						B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?				SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR	BCG.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	PENTAVALENTE 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	ROTAVIRUS 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	NEUMOCOCO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	MMR 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	DPT.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	MR.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98	INFLUENZA.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98
A. SEGÚN TARJETA DE VACUNACIÓN TIENE DÓISIS						B. SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?																																																																																																																																																																																																																														
	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																												
BCG.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ANTIPOLIO ADICIONAL.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
PENTAVALENTE 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
ROTAVIRUS 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 2.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
NEUMOCOCO 3.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
MMR 1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
DPT.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
MR.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
dT1.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
INFLUENZA.....	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	98																																																																																																																																																																																																																												
SI NO HAY OTRO NIÑO NACIDO VIVO PASE A P440																																																																																																																																																																																																																																				

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
440	ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 2006 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGÚN DATOS DE LAS PREGUNTAS 420 Y 421																																																																										
441	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ORDEN</th> <th rowspan="2">NOMBRE</th> <th colspan="2">ESTÁ VIVO</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÚLTIMO</td> <td>1 _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PENÚLTIMO</td> <td>2 _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANTEPENÚLTIMO</td> <td>3 _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CUARTO ÚLTIMO</td> <td>4 _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ORDEN	NOMBRE	ESTÁ VIVO		SI	NO	ÚLTIMO	1 _____	1	2	PENÚLTIMO	2 _____	1	2	ANTEPENÚLTIMO	3 _____	1	2	CUARTO ÚLTIMO	4 _____	1	2																																																				
ORDEN	NOMBRE			ESTÁ VIVO																																																																							
		SI	NO																																																																								
ÚLTIMO	1 _____	1	2																																																																								
PENÚLTIMO	2 _____	1	2																																																																								
ANTEPENÚLTIMO	3 _____	1	2																																																																								
CUARTO ÚLTIMO	4 _____	1	2																																																																								
	<p align="center">CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO A INVESTIGAR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO</th> <th colspan="5">NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>			PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS					1	2	3	4	5	0	1	2	2	4	3	1	1	1	3	1	4	2	1	2	1	2	5	3	1	1	2	3	1	4	1	2	3	4	2	5	1	1	1	1	3	6	1	2	2	2	4	7	1	1	3	3	5	8	1	2	1	4	1	9	1	1	2	1	2	
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS																																																																										
	1	2	3	4	5																																																																						
0	1	2	2	4	3																																																																						
1	1	1	3	1	4																																																																						
2	1	2	1	2	5																																																																						
3	1	1	2	3	1																																																																						
4	1	2	3	4	2																																																																						
5	1	1	1	1	3																																																																						
6	1	2	2	2	4																																																																						
7	1	1	3	3	5																																																																						
8	1	2	1	4	1																																																																						
9	1	1	2	1	2																																																																						
442	<p>A. NÚMERO DEL NIÑO SELECCIONADO..... <input type="text"/></p> <p>B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____</p>																																																																										
443A	Después del parto de [.....], ¿Tuvo usted algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2	→ 444A																																																																								
443B	¿Cuánto tiempo después del parto de [.....], tuvo usted su primer control?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 998																																																																									
443C	¿Dónde tuvo el primer control?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUESTO DE SALUD 13 ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA)..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 BRIGADISTA..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 PARTERA..... 26 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98																																																																									
444A	¿Después de que nació [.....], le llevó para control médico?	SI..... 1 NO..... 2	→ 444F																																																																								

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
444B	¿Cuánto tiempo después de nacido [.....], le llevó al control por primera vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 998	
444C	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
444D	¿A dónde le llevó al control?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUESTO DE SALUD 13 ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA).... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 BRIGADISTA..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 PARTERA..... 26 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
444F	ENTREVISTADORA: VER P421 ¿NIÑO SELECCIONADO ESTA VIVO?	SI..... 1 NO..... 2 → 500	
445A	¿Hace cuántos meses recibió [.....] alguna dosis de VITAMINA "A"?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA RECIBIÓ..... 00 NO SABE..... 98	
445B	¿Recibió [.....] alguna dosis de hierro, en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98 } → 445F	
445C	¿Cuántos frascos de hierro le han dado al niño(a) en los últimos 12 meses?	FRASCOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
445D	¿Por cuánto tiempo le dio el hierro? (SI NO SABE CIRCULE 998)	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 998	
445E	¿Esta su niño(a) tomando gotas de hierro ahora? (ÚLTIMOS 15 DÍAS)	SI..... 1 → 445G NO..... 2 NO SABE..... 98 → 445G	
445F	¿Por qué no está tomando hierro ahora?	TERMINÓ TRATAMIENTO..... 1 NO TIENE ACCESO (DISPONIBILIDAD)..... 2 NO HAY DINERO PARA COMPRAR..... 3 NO NECESITA, NIÑO SANO..... 4 TUVO REACCIÓN ADVERSA / COLATERAL..... 5 NO HA PODIDO LLEVAR A LA CONSULTA..... 6 NO HAY CONSULTA / HUELGA..... 7 NO LE INDICARON..... 8 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
445G	¿Hace cuánto tiempo le dio la última vez algún tratamiento para los parásitos?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANA..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> NUNCA LE HAN DADO..... 995 NO SABE / NO RECUERDA..... 998	
446	¿[.....] ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	
447	¿[.....] estuvo con tos en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	→ 449F
448	Cuando [.....] estuvo enfermo con tos, ¿Respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y rápidas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	
449F	VERIFIQUE PREGUNTAS 446 Y 447 ¿FIEBRE O TOS?	SI ES "SI" EN P446 Ó P447 SIGUE..... 1 SI ES "NO" O "NO SABE" PASE A P455A..... 2	→ 455A
450	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2	→ 452
451	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? ¿Algún otro sitio? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A CENTRO DE SALUD..... B PUESTO DE SALUD C ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA)... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E BRIGADISTA..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA / HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... H EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... J FARMACIA..... K OTRA PROMOTORA..... L ENFERMERA / AUXILIAR..... M CURANDERO / BRUJO / SUKIA..... N FAMILIAR..... O VECINOS / AMIGOS..... P OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
452	VERIFIQUE P446: ¿TUVO FIEBRE?	SI ES "SI" EN P446 SIGUE..... 1 SI ES "NO" O "NO SABE" PASE A P455A..... 2	→ 455A
453	¿[.....] tomó algún medicamento para la fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	→ 455A

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
454	¿Qué medicamentos tomó [.....]? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	ACETOMINOFEN..... A ASPIRINA..... B IBUPROFENO..... C ALGÚN ANTIBIÓTICO..... D ALGUNAS GOTAS..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RESPONDE..... Z													
455A	¿[.....] tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	→ 455L												
455B	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98													
455C	¿En el peor día de la diarrea cuántas evacuaciones (pupú) tuvo [.....]?	NÚMERO DE EVACUACIONES..... <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98													
455D	¿Le dio usted a [.....] la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o solo un poco menos?	MISMA CANTIDAD DE LÍQUIDO..... 1 MUCHO MENOS..... 2 POCO MENOS..... 3 MÁS O MENOS LO MISMO..... 4 MÁS LÍQUIDO..... 5 NADA DE BEBER..... 6 NO SABE 98													
455E	¿Le dio usted a [.....] la misma cantidad de alimentos que antes de la diarrea, más alimentos o menos alimentos? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o solo un poco menos?	MISMA CANTIDAD DE ALIMENTOS..... 1 MUCHO MENOS..... 2 POCO MENOS..... 3 MÁS O MENOS LO MISMO..... 4 MÁS ALIMENTOS..... 5 NADA DE COMER..... 6 NO SABE 98													
455F	Le dio a [.....] a. ¿Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. ¿Un suero preparado en casa?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NS/NR</td> </tr> <tr> <td>A. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>B. SUERO CASERO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </table>		SI	NO	NS/NR	A. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..	1	2	98	B. SUERO CASERO.....	1	2	98	
	SI	NO	NS/NR												
A. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..	1	2	98												
B. SUERO CASERO.....	1	2	98												
455G	¿Le dio algo más para la diarrea a [.....] distinto a los sueros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 98	→ 455I												
455H	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	PASTILLA O JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICOS..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D INYECCIÓN MUSCULAR O EN LAS VENAS..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)													
455I	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	→ 455K												

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
455J	<p>¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD C</p> <p>ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA)..... D</p> <p>SECTOR COMUNITARIO</p> <p>CASA BASE..... E</p> <p>BRIGADISTA..... F</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA / HOSPITAL PRIVADO..... G</p> <p>CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... H</p> <p>EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... I</p> <p>DISPENSARIO DE IGLESIA</p> <p>U OTRA ENTIDAD..... J</p> <p>FARMACIA..... K</p> <p>OTRA PROMOTORA..... L</p> <p>ENFERMERA / AUXILIAR..... M</p> <p>CURANDERO / BRUJO / SUKIA..... N</p> <p>FAMILIAR..... O</p> <p>VECINOS / AMIGOS..... P</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
455K	<p>VERIFIQUE P455F</p> <p>EL NIÑO RECIBIÓ SOBRES DE SALES</p>	<p>SI EL NIÑO RECIBIÓ SOBRES..... 1 → 456</p> <p>EL NIÑO NO RECIBIÓ SOBRES..... 2</p>	
455L	<p>¿Ha oído usted de algún producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
456	<p>En general, cuando un niño está enfermo con diarrea, ¿Qué síntomas o señales le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?</p> <p>¿Algo más?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>SED..... A</p> <p>OJOS HUNDIDOS..... B</p> <p>BOCA Y LENGUA SECA..... C</p> <p>DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS..... D</p> <p>CUALQUIER DEPOSICIÓN ACUOSA..... E</p> <p>VÓMITO REPETIDO..... F</p> <p>CUALQUIER VÓMITO..... G</p> <p>SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... H</p> <p>PIREXIA..... I</p> <p>NO COME / NO BEBE BIEN..... J</p> <p>SI NO HAY MEJORÍA..... K</p> <p>NIÑO DEMACRADO / DÉBIL..... L</p> <p>LLORA MUCHO..... M</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
457	<p>En general, cuando un niño está enfermo con tos, ¿Qué síntomas o señales le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?</p> <p>¿Algo más?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	<p>RESPIRACIÓN AGITADA..... A</p> <p>DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B</p> <p>SE PONE MORADO (CIANOSIS)..... C</p> <p>RESPIRA RÁPIDO UNIENDO</p> <p>LAS COSTILLAS..... D</p> <p>RESPIRACIÓN RUIDOSA..... E</p> <p>PIREXIA..... F</p> <p>INCAPAZ DE BEBER / MAMAR G</p> <p>NO COME / NO BEBE BIEN..... H</p> <p>SI NO HAY MEJORÍA..... I</p> <p>TOS PERSISTENTE..... J</p> <p>CONVULSIONES O ATAQUES..... K</p> <p>ANORMAL / SOMNOLIENTE..... L</p> <p>CUELLO ADOLORIDO O RÍGIDO..... M</p> <p>LLORA MUCHO..... N</p> <p>NO DUERME / FALTA DE SUEÑO..... O</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
458	VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO SELECCIONADO EN P227 Y SELECCIONA EL PASE APROPIADO:		
	EDAD		
	MENOR DE 7 MESES.....	1 →	465
	7-11 MESES.....	2 →	460A
	12-23 MESES (1 AÑO).....	3 →	461A
	24-35 MESES (2 AÑOS).....	4 →	462A
	36-47 MESES (3 AÑOS).....	5 →	463A
	48-59 MESES (4 AÑOS).....	6 →	464A
	60 MESES Y MÁS.....	7 →	465
TRAMO 1: 7-11 MESES			
460A	¿Si usted le pasa un pedazo de pan o galleta [.....] se lo lleva a la boca e intenta comérselo?	SI..... 1 NO..... 2	
460B	¿[.....] expresa afecto con gestos?	SI..... 1 NO..... 2	
460C	¿[.....] emite algunos sonidos "da-da" "gu-gu"?	SI..... 1 NO..... 2	
460D	¿[.....] se sienta sin apoyarse?	SI..... 1 NO..... 2	
460E	¿[.....] muestra lo que quiere con gestos y sonidos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 465
TRAMO 2: 1 AÑO (12-23 MESES)			
461A	¿[.....] juega con otros niños(as)?	SI..... 1 NO..... 2	
461B	¿[.....] identifica una o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, orejas?	SI..... 1 NO..... 2	
461C	¿[.....] camina solo(a), sin ayuda?	SI..... 1 NO..... 2	
461D	¿[.....] cumple órdenes sencillas, de una sola acción, ej.: pásame ese vaso o plato?	SI..... 1 NO..... 2	
461E	¿[.....] muestra lo que quiere a través de acciones y palabras como "dame" "toma"?	SI..... 1 NO..... 2	→ 465
TRAMO 3: 2 AÑOS (24-35 MESES)			
	ENTREVISTADORA:	OBSERVACIÓN DIRECTA	
462A	¿[.....] dibuja frecuentemente garabatos (ej.: rayas) cuando se le pasa un lápiz, como estas rayas?	SI..... 1 NO..... 2 NIÑO(A) NO ESTÁ..... 3	
462B	¿[.....] ayuda en la casa haciendo actividades sencillas?	SI..... 1 NO..... 2	
462C	¿[.....] imita actividades de la vida real, ej.: andar a caballo, juega a la venta?	SI..... 1 NO..... 2	
462D	¿[.....] mantiene atención por un rato en algún familiar o en objeto de su agrado?	SI..... 1 NO..... 2	
462E	¿[.....] construye frases de tres o más palabras, ej.: "Vamos a la calle", "Dame la leche"?	SI..... 1 NO..... 2	→ 465
TRAMO 4: 3 AÑOS (36-47 MESES)			
463A	¿[.....] puede quitarse y ponerse alguna ropa (camiseta, short) sin ayuda?	SI..... 1 NO..... 2	
463B	¿[.....] juega con otros(as) a representar a diferentes personajes: mamá, papá, doctor, chofer, maestra, otros?	SI..... 1 NO..... 2	
463C	¿[.....] participa por largo rato en juegos de competencia con otros niños(as)? (ej.: carreras, saltos, etc.)	SI..... 1 NO..... 2	
463D	¿[.....] obedece instrucciones que contienen más de dos acciones? ej.: lleve el vaso y el plato a la mesa y me trae la cuchara	SI..... 1 NO..... 2	
463E	¿[.....] narra brevemente algún suceso o hecho significativo, ej.: fui con mi mamá al parque y jugué con la pelota.....?	SI..... 1 NO..... 2	→ 465

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	TRAMO 5: 4 AÑOS (48-59 MESES)		
464A	¿[.....] se mete frecuentemente en peleas con otros niños(as), pegándoles, mordiéndoles o pateándoles?	SI..... 1 NO..... 2	
464B	¿[.....] explica por qué quiere algo? Ej.: por qué quiere agua?	SI..... 1 NO..... 2	
464C	¿[.....] se distrae frecuentemente y con facilidad mientras hace una actividad y le cuesta volverse a concentrar en ésta?	SI..... 1 NO..... 2	
464D	¿[.....] atiende órdenes frecuentemente?	SI..... 1 NO..... 2	
464E	ENTREVISTADORA: ¿[.....] dibuja un círculo como éste? Muestre hoja con los ejemplos de círculos calificados.	OBSERVACIÓN DIRECTA SI..... 1 NO..... 2 NIÑO (A) NO ESTÁ..... 3	
465	¿A su niño (a) le han diagnosticado con alguna enfermedad o condición crónica? NO LEER LAS OPCIONES (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS (ASMA, INFECCIÓN DE OÍDO)..... A DESNUTRICIÓN..... B ANEMIA..... C INSUFICIENCIA RENAL..... D DIABETES (AZUCAR EN LA SANGRE)..... E CARIES DENTALES..... F EPILEPSIA (CONVULSIONES)..... G PROBLEMAS DE VISIÓN (ASTIGMATISMO, MIOPIA, ESTRABISMO)..... H NINGUNO..... I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
466	¿A su niño (a) le han diagnosticado con alguna malformación congénita? NO LEER LAS OPCIONES (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	LABIO LEPORINO / PALADAR HENDIDO..... A ESPINA BIFIDA (TUMORACIÓN EN LA COLUMNA)... B HIDROCEFALIA (AGUA EN LA CABEZA)..... C MICROCEFALIA (CABEZA CHIQUITA)..... D PIE EQUINO (PIE MALFORMADO)..... E CARDIOPATÍA CONGÉNITA..... F NINGUNO..... G OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
467	¿A su niño (a) le han diagnosticado con alguna discapacidad como? NO LEER LAS OPCIONES (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	MOTORA (PARÁLISIS CEREBRAL)..... A AUDITIVA (SORDO, HIPOACUSICO)..... B VISUAL (CIEGOS)..... C SÍNDROME DE DOWN..... D COGNITIVA O INTELECTUAL..... E MÚLTIPLE..... F NINGUNO..... G OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
468F	POR LO MENOS MENCIONÓ UN CÓDIGO EN: PREGUNTAS 465, 466 ó 467 (EXCEPTO NINGUNO)	SI..... 1 NO..... 2	→ 500
469	¿De cuál organización o personal médico recibe atención para esta(s) condición(es)? NO LEER LAS OPCIONES (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	EN SU CASA, CON PROMOTORES DE EDUCACIÓN ESPECIAL..... A EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN..... B CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL..... C CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA..... D UNA PERSONA CONTRATADA ESPECIALIZADA..... E UNA PROMOTORA VOLUNTARIA..... F CASAS COMUNALES DEL NIÑO..... G EN CASA REHABILIT. DE BASE COMUNITARIA..... H EN UNA CASA BASE..... I EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... J HOSPITAL (EJÉRCITO Y POLICÍA)..... K HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... L EMPRESAS MÉDICAS PREVISIONALES (INSS)..... M NO LO ATIENDE NADIE..... N OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN V. ADULTAS JÓVENES

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
500	ENTREVISTADORA: VER P102, SI LA ENTREVISTADA TIENE ACTUALMENTE 15 - 24 AÑOS O 25 - 49 AÑOS	15 - 24 AÑOS..... 1 25 - 49 AÑOS..... 2	→ 600																																								
501	¿En la escuela, alguna vez recibiste lección, curso o charla sobre educación sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 505																																								
502	¿Qué edad tenías cuando recibiste la primera charla o curso? (SI NO RECUERDA, SONDEAR EDAD, ej.: ¿Hace cuánto tiempo fue el curso?)	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									
503	¿En qué grado o año estabas cuando recibiste la primera charla, curso o lección en la escuela?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO / AÑO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td>1</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td>2</td> <td>1 2 3 4 5</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO.....</td> <td>3</td> <td>1 2 3</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>FORMACIÓN DOCENTE.....</td> <td>4</td> <td>1 2 3</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>5</td> <td>1 2 3 4 5+</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>NO SABE / NO RECUERDA....</td> <td>98</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO / AÑO	NS/NR	NINGUNO.....	0	0		PRIMARIA.....	1	1 2 3 4 5 6	98	SECUNDARIA.....	2	1 2 3 4 5	98	TÉCNICO.....	3	1 2 3	98	FORMACIÓN DOCENTE.....	4	1 2 3	98	SUPERIOR.....	5	1 2 3 4 5+	98	NO SABE / NO RECUERDA....	98	8										
	NIVEL	GRADO / AÑO	NS/NR																																								
NINGUNO.....	0	0																																									
PRIMARIA.....	1	1 2 3 4 5 6	98																																								
SECUNDARIA.....	2	1 2 3 4 5	98																																								
TÉCNICO.....	3	1 2 3	98																																								
FORMACIÓN DOCENTE.....	4	1 2 3	98																																								
SUPERIOR.....	5	1 2 3 4 5+	98																																								
NO SABE / NO RECUERDA....	98	8																																									
504	En esa lección o en otro curso o charla se comentó algo sobre: a. Desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo) b. Aparato reproductor femenino c. Aparato reproductor masculino d. Menstruación o regla e. Embarazo y el parto f. Relaciones sexuales g. Infecciones de transmisión sexual h. Métodos anticonceptivos i. El sida	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO RECUERDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (cambios externos del cuerpo).....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>B. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>C. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>D. MENSTRUACIÓN O REGLA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>E. EMBARAZO Y EL PARTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>F. RELACIONES SEXUALES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>G. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>H. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>I. EL SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO RECUERDA	A. DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (cambios externos del cuerpo).....	1	2	98	B. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	1	2	98	C. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.....	1	2	98	D. MENSTRUACIÓN O REGLA	1	2	98	E. EMBARAZO Y EL PARTO	1	2	98	F. RELACIONES SEXUALES	1	2	98	G. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	1	2	98	H. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	1	2	98	I. EL SIDA.....	1	2	98	
	SI	NO	NO RECUERDA																																								
A. DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (cambios externos del cuerpo).....	1	2	98																																								
B. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	1	2	98																																								
C. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.....	1	2	98																																								
D. MENSTRUACIÓN O REGLA	1	2	98																																								
E. EMBARAZO Y EL PARTO	1	2	98																																								
F. RELACIONES SEXUALES	1	2	98																																								
G. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	1	2	98																																								
H. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	1	2	98																																								
I. EL SIDA.....	1	2	98																																								
505	¿Fuera de la escuela has participado en un curso o charla sobre educación sexual?	SI..... 1 NO..... 2	→ 509																																								
506	¿Qué institución lo dio? (SI HAY MÁS DE UNO ANOTE LA PRIMERA FUENTE)	ONG _____ 01 (ESPECIFIQUE) IGLESIA..... 02 MINSA..... 03 INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... 04 INSTITUCIÓN / PROFESIONAL DE LA SALUD..... 05 PROFAMILIA..... 06 MUNICIPALIDAD..... 07 RADIO / TV..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									
507	¿Qué edad tenías cuando participaste la primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
508	En ese encuentro, curso o charla se comentó algo sobre: a. Desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo) b. Aparato reproductor femenino c. Aparato reproductor masculino d. Menstruación o regla e. Embarazo y el parto f. Relaciones sexuales g. Infecciones de transmisión sexual h. Métodos anticonceptivos i. El sida	<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;">NO RECUERDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. ¿DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (CAMBIOS EXTERNOS DEL CUERPO)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>B. ¿APARATO REPRODUCTOR FEMENINO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>C. ¿APARATO REPRODUCTOR MASCULINO?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>D. ¿MENSTRUACIÓN O REGLA?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>E. ¿EMBARAZO Y EL PARTO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>F. ¿RELACIONES SEXUALES?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>G. ¿INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>H. ¿MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>I. ¿EI VIH y sida?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO RECUERDA	A. ¿DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (CAMBIOS EXTERNOS DEL CUERPO)?.....	1	2	98	B. ¿APARATO REPRODUCTOR FEMENINO?	1	2	98	C. ¿APARATO REPRODUCTOR MASCULINO?.....	1	2	98	D. ¿MENSTRUACIÓN O REGLA?.....	1	2	98	E. ¿EMBARAZO Y EL PARTO?	1	2	98	F. ¿RELACIONES SEXUALES?	1	2	98	G. ¿INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?.....	1	2	98	H. ¿MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?	1	2	98	I. ¿EI VIH y sida?.....	1	2	98	
	SI	NO	NO RECUERDA																																								
A. ¿DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (CAMBIOS EXTERNOS DEL CUERPO)?.....	1	2	98																																								
B. ¿APARATO REPRODUCTOR FEMENINO?	1	2	98																																								
C. ¿APARATO REPRODUCTOR MASCULINO?.....	1	2	98																																								
D. ¿MENSTRUACIÓN O REGLA?.....	1	2	98																																								
E. ¿EMBARAZO Y EL PARTO?	1	2	98																																								
F. ¿RELACIONES SEXUALES?	1	2	98																																								
G. ¿INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?.....	1	2	98																																								
H. ¿MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?	1	2	98																																								
I. ¿EI VIH y sida?.....	1	2	98																																								
509	En tu opinión. ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98																																									
510	¿En qué mes y año tuviste tu primera relación sexual? (ANOTE 98 SI NO RECUERDA EL MES, INSISTA CON EL AÑO)	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO..... 22.2222 NO RECUERDA FECHA..... 98.9998 NO RESPONDE..... 99.9999	→ 615																																								
511	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									
512	¿Qué edad tenía la persona con quién tuviste esa relación?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									
513	¿Cuál era tu relación con esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO..... 1 NOVIO..... 2 AMIGO..... 3 PARIENTE..... 4 RECIEN CONOCIDO..... 5 EXTRAÑO..... 6 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... 99	→ 515																																								
514	¿Cuánto tiempo hacía que conocías a esa persona con la que tuviste tu primera relación sexual?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> LE CONOCIÓ ESE (A) DÍA / NOCHE..... 555 TODA LA VIDA 666 NO RECUERDA..... 998																																									
515	¿Y tu primera relación sexual ocurrió porque tu pareja y vos decidieron juntos, usted le convenció, le convenció su pareja, le obligó su pareja, o usted fue forzada (violada)?	LO DECIDIERON JUNTOS..... 1 USTED LO CONVENCÍÓ..... 2 LA CONVENCÍÓ SU PAREJA..... 3 LA OBLIGÓ SU PAREJA..... 4 FUE FORZADA / VIOLADA..... 5 SIMPLEMENTE PASÓ..... 6 NO RESPONDE..... 99	→ 521																																								
516	Si pudiera regresar a la época en que todavía no habías tenido relaciones sexuales. ¿Ud. cree que hubiera tenido su primera relación sexual en aquel momento, hubieras esperado más tiempo o hubieras iniciado antes?	EN AQUEL MOMENTO..... 1 ESPERAR MÁS TIEMPO..... 2 INICIAR ANTES..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																																									
517	¿Usaste o usó la persona con la que tuviste tu primera relación sexual algún método para evitar tener hijos o protegerse contra la ITS o VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98 NO RESPONDE..... 99	→ 519 → 521																																								

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
522	¿Utilizaste o utilizó tu pareja algún método para evitar tener hijos o protegerse contra las ITS o VIH/SIDA, la última vez que tuvieron relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98	→ 524F
523	¿Qué método usaron?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 VASECTOMÍA..... 02 PASTILLAS..... 03 T DE COBRE O DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN MASCULINO..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 MÉTODO BILLINGS O MOCO CERVICAL..... 10 RITMO, CALENDARIO O CONTROL DE LA TEMPERATURA..... 11 RETIRO..... 12 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
524F	¿EMBARAZADA ALGUNA VEZ? VER P200 = 1 ó P201 = 1	SI..... 1 NO..... 2	→ 602
525	¿Qué edad tenías cuando quedaste embarazada <u>la primera vez</u> ?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
526	Cuando te embarazaste. ¿Pensabas que podías quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→ 528
527	¿Por qué no?	ERA LA PRIMERA VEZ..... 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES..... 2 USABAN ANTICONCEPTIVOS..... 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL..... 4 TENÍA RELACIONES ANTES Y NO QUEDÓ EMBARAZADA..... 5 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD..... 6 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA..... 7 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 529
528	¿Entonces querías quedar embarazada en ese momento?	SI 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
529	Con tu primer embarazo, ¿Tuviste un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdiste antes de que tuviera los 6 meses, o fue un hijo que nació muerto después de que tuviera los 6 meses?	NACIDO VIVO..... 1 PÉRDIDA (ABORTO)..... 2 NACIDO MUERTO..... 3 AÚN EMBARAZADA..... 4	
530	¿Cuál era tu relación con la persona que te embarazó en el momento de quedarte embarazada por primera vez?	ESPOSO / MARIDO / COMPAÑERO..... 1 NOVIO..... 2 AMIGO..... 3 PARIENTE..... 4 RECIÉN CONOCIDO..... 5 EXTRAÑO..... 6 VIOLACIÓN..... 7 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 602
531	¿Qué edad tenía la persona que te embarazó por primera vez?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
532	¿Tu pareja / compañero vivía en el mismo hogar contigo cuando quedaste embarazada por primera vez?	SI..... 1 NO..... 2	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
533	¿Cuál fue la actitud de tu familia al saber de tu embarazo?	QUIERE / QUISO CASAMIENTO..... 01 OBLIGARON / OBLIGAN A CASARSE..... 02 ACEPTARON EMBARAZO SIN MATRIMONIO..... 03 VAN A CRIAR AL NIÑO..... 04 LE ECHARON DE LA CASA..... 05 QUIERE / QUERÍA QUE ABORTE..... 06 NO LO SABEN TODAVÍA..... 07 NO INTERVIENEN..... 08 SE PUSIERON CONTENTOS..... 09 SE ENOJARON 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
534	¿Cuál fue la actitud de la persona que te embarazó cuando se dio cuenta de tu embarazo?	CONTENTO.....01 ENOJADO..... 02 PREOCUPADO..... 03 ÉL NO LO SABE.....04 LA DEJÓ SOLA / NO LO HA VUELTO A VER.....05 NO SABE / FUE VIOLADA.....06 FUE INDIFERENTE.....07 LE PIDIÓ QUE ABORTE.....08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	→ 538
535	¿Ahora viven juntos en el mismo hogar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 538
536	¿Mantienes relaciones amigables con él?	SI..... 1 NO..... 2	
537	¿Te da / dio algún apoyo económico, apoyo afectivo o los dos?	SÓLO ECONÓMICO..... 1 SÓLO AFECTIVO..... 2 LOS DOS ANTERIORES..... 3 NINGUNO..... 4 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
538	¿Al momento de quedar embarazada por primera vez, tenías un trabajo por el cual obtenías ingreso o dinero?	SI..... 1 NO..... 2	→ 541F
539	¿Seguiste trabajando después de (dar a luz), (quedar embarazada)? (Aborto/Mortinato)	SI..... 1 NO..... 2	→ 541F
540	¿Por qué no?	NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO..... 01 SOLO QUIERE CUIDAR LA CASA..... 02 EL BEBÉ ERA ENFERMIZO..... 03 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 04 OTRO PROBLEMA FAMILIAR..... 05 EMPLEO TEMPORAL..... 06 FUE DESPEDIDA..... 07 BAJA REMUNERACIÓN..... 08 CAMBIO DE RESIDENCIA..... 09 CONDICIONES DE TRABAJO..... 10 PROBLEMAS DE SALUD..... 11 INTERFIERE ESTUDIOS..... 12 CANSANCIO..... 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
541F	VER P200 EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 1 → PASE A P544 NO EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 2 → CONTINÚE		
542	¿Y, un tiempo después del embarazo, trabajabas para ganar dinero? (Aborto/Mortinato)	SI..... 1 NO..... 2 DEMASIADO TEMPRANO (POSTPARTO)..... 3	→ 544
543	¿Cuánto tiempo después de este primer embarazo, empezaste a trabajar para ganar dinero? (Aborto/Mortinato)	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 98	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
544	¿Al momento de quedar embarazada por primera vez, asistías a algún centro de enseñanza?	SI..... 1 NO..... 2	→ 602
545	¿Seguiste asistiendo a clases al quedar embarazada o después de dar a luz? (Aborto/Mortinato)	SI..... 1 NO..... 2	→ 547F
546	¿Por qué no?	NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO..... 01 SOLO QUIERE CUIDAR LA CASA..... 02 EL BEBÉ ERA ENFERMIZO..... 03 OPOSICIÓN DEL MARIDO..... 04 OTRO PROBLEMA FAMILIAR..... 05 PROBLEMAS DE SALUD..... 06 INTERFIERE ESTUDIOS..... 07 CANSANCIO..... 08 CAMBIO DE RESIDENCIA..... 09 SE GRADUÓ..... 10 VERGÜENZA DE LO QUE DIGA LA GENTE..... 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
547F	VER EN P541F: EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 1 → PASE A P602 NO EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 2 → CONTINÚE		
548	¿Y, un tiempo después del embarazo asististe a la escuela, colegio o universidad? (Aborto/Mortinato)	SI 1 NO 2 TODAVÍA MUY TEMPRANO (POSPARTO)..... 3	→ 602
549	¿Cuánto tiempo pasó después de este primer parto hasta que empezaste a asistir a la escuela, colegio o universidad? (Aborto/Mortinato)	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	→ 602

SECCIÓN VI. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
600	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO 77 NO RESPONDE / NO RECUERDA..... 98	→ 615 → 602
601	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (ANOTE 98 SI NO SABE MES, INSISTA CON EL AÑO)	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA FECHA..... 98.9998 NO RESPONDE..... 99.9999	
602	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DEL ÚLTIMO PARTO - EMBARAZO..... 95 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	→ 604
603	¿Con cuántas personas tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	No. DE PERSONAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA PERO POR LO MENOS TRES..... 95 NO RESPONDE..... 99	
604	¿Desde el inicio de su vida sexual, con cuántas personas tuvo relaciones sexuales? (SI LA ENTREVISTADA NO RECUERDA EL NÚMERO EXACTO PREGUNTE SI ES MÁS O MENOS DE 10)	No. DE PERSONAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÁS DE DIEZ..... 94 MENOS DE DIEZ..... 95 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
605	¿Alguna vez ha pagado dinero por tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 607
606	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexuales por la que pagó dinero?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
607	¿Alguna vez en su vida ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 609F
608	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual a cambio de dinero?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
609F	ENTREVISTADORA VEA EN P602 HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE	HACE MENOS DE UN AÑO..... 1 HACE UN AÑO O MÁS..... 2	→ 615
610	¿Usó condón en su última relación sexual?	SI..... 1 NO..... 2	→ 615
611	¿Porqué no lo usó? (CIRCULE SOLAMENTE LA RAZÓN PRINCIPAL)	NO SABE DÓNDE OBTENERLO..... 01 ES CARO / COSTOSO..... 02 TIENE UNA SOLA PAREJA..... 03 USA (USABA) OTRO MÉTODO..... 04 DISMINUYE EL PLACER / INCÓMODO..... 05 NO ES SEGURO..... 06 ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO..... 07 SU PAREJA ES FIEL..... 08 A SU PAREJA NO LE GUSTA..... 09 NO TENÍA EN ESE MOMENTO..... 10 NO PENSÓ QUE IBA A EMBARAZARSE..... 11 QUERÍA EMBARAZARSE..... 12 NO ES NECESARIO..... 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
612	¿En los últimos 12 meses le han proporcionado preservativo o condón?	SI..... 1 NO..... 2	
613	¿Usted estaría dispuesta a usar condón, si la persona con quien va a tener relaciones sexuales se lo pidiese?	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE PAREJA 3 NO CONOCE CONDONES..... 4 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 615
614	Y si usted fuera quien pidiera a la persona con quien va a tener relaciones sexuales que usaran el condón. ¿Cómo cree que reaccionaría él?	ACEPTARÍA / NO LE IMPORTARÍA..... 1 SE MOLESTARÍA / NO LE GUSTARÍA..... 2 ME TRATARÍA MAL..... 3 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
615	¿Ha oído hablar del examen de Papanicolau (el PAP)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98	→ 621

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	¿Se ha hecho alguna vez el examen del PAP?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 98	→ 620
617	¿En qué mes y año fue la última vez?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 9998	
618	¿Dónde se lo hizo?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 PUESTO DE SALUD 13 ESTABLECIMIENTOS (EJÉRCITO O POLICÍA).... 14 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA / HOSPITAL PRIVADO..... 23 EMPRESA MEDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
619	¿Le entregaron el resultado del examen?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 98	→ 621
620	¿Cuál es la razón principal por la que no se lo ha hecho?	FALTA DE INFORMACIÓN..... 01 NO LO CONSIDERA NECESARIO..... 02 POR LA DISTANCIA..... 03 POR VERGÜENZA..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 NO TIENE CON QUIEN DEJAR A LOS HIJOS..... 06 SU PAREJA SE OPONE..... 07 MUY JOVEN 08 SIN VIDA SEXUAL..... 09 FALTA DE TIEMPO..... 10 MIEDO DEL EXAMEN..... 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
621	¿Ha oído hablar del cáncer de mama (del seno o de los pechos)?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 625
622	En alguna consulta de salud ¿Alguna vez le han examinado los pechos?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 625
623	¿Le han enseñado como examinarse los pechos usted sola?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	→ 625
624	¿Hace cuánto tiempo se hizo la última vez el examen usted misma?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA SE LO HA HECHO..... 000 NO SABE / NO RECUERDA..... 998	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																
625	¿Cuándo empezó su última regla (menstruación)?	DÍAS ATRÁS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ATRÁS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ATRÁS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ATRÁS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MENOPAUSIA / YA NO MENSTRUÁ..... 993 NUNCA MENSTRUÓ..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O EL EMBARAZO ACTUAL..... 995																																																																																																	
626	¿Cuándo cree que es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual: ¿Una semana antes que la menstruación comience? ¿Durante la menstruación? ¿Una semana después que la menstruación comience? ¿Dos semanas después que la menstruación comience? ¿Tres semanas después que la menstruación comience? ¿No hay diferencia, cualquier tiempo es igual? ¿Otro?	UNA SEMANA ANTES QUE LA MENSTRUACIÓN COMIENZE..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 UNA SEMANA DESPUÉS QUE LA MENSTRUACIÓN COMIENZE..... 3 DOS SEMANAS DESPUÉS QUE LA MENSTRUACIÓN COMIENZE..... 4 TRES SEMANAS DESPUÉS QUE LA MENSTRUACIÓN COMIENZE..... 5 NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL..... 6 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98																																																																																																	
627	AHORA VAMOS A CONVERSAR SOBRE ASPECTOS CONCERNIENTES A LA SALUD																																																																																																		
	Las próximas preguntas están relacionadas con algunos problemas que pueden haber estado molestándole en las últimas cuatro semanas.																																																																																																		
	a. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? b. ¿Tiene poco apetito? c. ¿Duerme mal? d. ¿Se asusta con facilidad? e. ¿Sufre de temblor de manos? f. ¿Se siente nerviosa, tensa o aburrida? g. ¿Sufre de mala digestión? h. ¿No puede pensar con claridad? i. ¿Se siente triste? j. ¿Llora usted con mucha frecuencia? Durante las últimas cuatro semanas: k. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? l. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? m. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? n. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? o. ¿Ha perdido el interés en las cosas? p. ¿Siente que usted es una persona inútil? q. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? r. ¿Se siente cansada todo el tiempo? s. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? t. ¿Se cansa con facilidad? Durante las últimas cuatro semanas: u. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirla en alguna forma? v. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? w. ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos? x. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? y. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras en la lengua o pérdida del conocimiento? z. ¿Usted toma licor? xv. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba tomando demasiado licor? xw. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar licor, pero no ha podido? xx. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como tomar licor en el trabajo o en el colegio o faltar a ello? xy. ¿Ha estado en riñas o la han detenido estando embriagada? xz. ¿Le ha parecido alguna vez que usted toma demasiado licor?	<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. DOLORES DE CABEZA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>B. APETITO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>C. DUERME MAL.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>D. SE ASUSTA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>E. TEMBLOR DE MANOS.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>F. NERVIOSA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>G. DIGESTIÓN.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>H. PENSAMIENTO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>I. TRISTE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>J. LLORA MUCHO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>K. DIFICULTAD.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>L. DIFICULTAD PARA DECIDIR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>M. DIFICULTAD PARA TRABAJAR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>N. PAPEL ÚTIL.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>O. FALTA DE INTERÉS.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>P. PERSONA INÚTIL.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Q. TERMINAR CON SU VIDA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>R. CANSANCIO.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>S. SENSACIONES DESAGRADABLES.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>T. SE CANSÁ FÁCILMENTE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>U. TRATADO DE HERIRLE.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>V. ES UNA PERSONA MÁS IMPORTANTE....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>W. INTERFERENCIA EN PENSAMIENTOS.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>X. ESCUCHA VOCES</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Y. CONVULSIONES.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Z. TOMA LICOR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>XV. BEBIENDO DEMASIADO LICOR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>XW. DEJAR DE TOMAR.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>XX. DIFICULTAD A CAUSA DE LA BEBIDA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>XY. RIÑAS O DETENCIÓN.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>XZ. TOMA DEMASIADO</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	A. DOLORES DE CABEZA.....	1	2	B. APETITO.....	1	2	C. DUERME MAL.....	1	2	D. SE ASUSTA.....	1	2	E. TEMBLOR DE MANOS.....	1	2	F. NERVIOSA.....	1	2	G. DIGESTIÓN.....	1	2	H. PENSAMIENTO.....	1	2	I. TRISTE.....	1	2	J. LLORA MUCHO.....	1	2	K. DIFICULTAD.....	1	2	L. DIFICULTAD PARA DECIDIR.....	1	2	M. DIFICULTAD PARA TRABAJAR.....	1	2	N. PAPEL ÚTIL.....	1	2	O. FALTA DE INTERÉS.....	1	2	P. PERSONA INÚTIL.....	1	2	Q. TERMINAR CON SU VIDA.....	1	2	R. CANSANCIO.....	1	2	S. SENSACIONES DESAGRADABLES.....	1	2	T. SE CANSÁ FÁCILMENTE.....	1	2	U. TRATADO DE HERIRLE.....	1	2	V. ES UNA PERSONA MÁS IMPORTANTE....	1	2	W. INTERFERENCIA EN PENSAMIENTOS.....	1	2	X. ESCUCHA VOCES	1	2	Y. CONVULSIONES.....	1	2	Z. TOMA LICOR.....	1	2	XV. BEBIENDO DEMASIADO LICOR.....	1	2	XW. DEJAR DE TOMAR.....	1	2	XX. DIFICULTAD A CAUSA DE LA BEBIDA.....	1	2	XY. RIÑAS O DETENCIÓN.....	1	2	XZ. TOMA DEMASIADO	1	2	
	SI	NO																																																																																																	
A. DOLORES DE CABEZA.....	1	2																																																																																																	
B. APETITO.....	1	2																																																																																																	
C. DUERME MAL.....	1	2																																																																																																	
D. SE ASUSTA.....	1	2																																																																																																	
E. TEMBLOR DE MANOS.....	1	2																																																																																																	
F. NERVIOSA.....	1	2																																																																																																	
G. DIGESTIÓN.....	1	2																																																																																																	
H. PENSAMIENTO.....	1	2																																																																																																	
I. TRISTE.....	1	2																																																																																																	
J. LLORA MUCHO.....	1	2																																																																																																	
K. DIFICULTAD.....	1	2																																																																																																	
L. DIFICULTAD PARA DECIDIR.....	1	2																																																																																																	
M. DIFICULTAD PARA TRABAJAR.....	1	2																																																																																																	
N. PAPEL ÚTIL.....	1	2																																																																																																	
O. FALTA DE INTERÉS.....	1	2																																																																																																	
P. PERSONA INÚTIL.....	1	2																																																																																																	
Q. TERMINAR CON SU VIDA.....	1	2																																																																																																	
R. CANSANCIO.....	1	2																																																																																																	
S. SENSACIONES DESAGRADABLES.....	1	2																																																																																																	
T. SE CANSÁ FÁCILMENTE.....	1	2																																																																																																	
U. TRATADO DE HERIRLE.....	1	2																																																																																																	
V. ES UNA PERSONA MÁS IMPORTANTE....	1	2																																																																																																	
W. INTERFERENCIA EN PENSAMIENTOS.....	1	2																																																																																																	
X. ESCUCHA VOCES	1	2																																																																																																	
Y. CONVULSIONES.....	1	2																																																																																																	
Z. TOMA LICOR.....	1	2																																																																																																	
XV. BEBIENDO DEMASIADO LICOR.....	1	2																																																																																																	
XW. DEJAR DE TOMAR.....	1	2																																																																																																	
XX. DIFICULTAD A CAUSA DE LA BEBIDA.....	1	2																																																																																																	
XY. RIÑAS O DETENCIÓN.....	1	2																																																																																																	
XZ. TOMA DEMASIADO	1	2																																																																																																	
628	¿Tiene usted alguien de confianza con quien puede hablar de las dificultades de su vida?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 99	P628																																																																																																

SECCIÓN VII. NUPCIALIDAD

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
700	Actualmente ¿Está usted casada o unida/ acompañada?	UNIDA / ACOMPAÑADA..... 1 CASADA..... 2 NO ESTÁ CASADA / UNIDA..... 3	→ 703
701	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez, aunque haya sido por poco tiempo?	SI..... 1 NO (SOLTERA)..... 2	→ 719
702	Actualmente ¿Está Usted divorciada, separada, o es viuda?	DIVORCIADA..... 1 SEPARADA..... 2 VIUDA..... 3	
703	En total, ¿Cuántas veces ha estado usted casada o unida?	UNA VEZ..... 1 DOS VECES..... 2 TRES VECES..... 3 CUATRO VECES..... 4 CINCO VECES O MÁS..... 5	

ENTREVISTADORA:

REVISE LA P703 Y TOME EN CUENTA LAS VECES QUE HA ESTADO CASADA O ACOMPAÑADA LA ENTREVISTADA. LUEGO, EN BASE A ESTA INFORMACIÓN, SOLICÍTELE EL / LOS NOMBRE(S), SIN APELLIDO(S), DEL / LOS ESPOSO(S) O COMPAÑERO(S) QUE HA TENIDO Y ANÓTELO(S) EN EL / LOS ESPACIO(S) CORRESPONDIENTE(S), COMENZANDO CON EL PRIMERO QUE TUVO, SI ES MÁS DE UNO.

	PREGUNTAS	PRIMERA UNIÓN	SEGUNDA UNIÓN	TERCERA UNIÓN	CUARTA UNIÓN	QUINTA UNIÓN	
	NOMBRE DEL CÓNYUGE	_____	_____	_____	_____	_____	
704	¿Qué edad tenía usted cuando se casó/ unió con [.....]?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	
705	¿En qué mes y año se casó/ unió usted con [.....]?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	
706F	ENTREVISTADORA VEA EN P703 CUÁNTAS VECES HA ESTADO CASADA O UNIDA	SÓLO UNA..... 1 MÁS DE UNA..... 2 (PASE A P708) ←	DOS VECES..... 1 MÁS DE DOS..... 2 (PASE A P708) ←	TRES VECES..... 1 MÁS DE TRES..... 2 (PASE A P708) ←	CUATRO VECES... 1 MÁS DE CUATRO. 2 (PASE A P708) ←	CINCO VECES..... 1 MÁS DE CINCO.... 2 (PASE A P708) ←	
707F	ENTREVISTADORA VEA EN P700 SI ESTÁ ACTUALMENTE CASADA O UNIDA.	CASADA/ UNIDA..... 1 (PASE A P712F) ← NO CASADA/ NO UNIDA..... 2	CASADA/ UNIDA..... 1 (PASE A P712F) ← NO CASADA/ NO UNIDA..... 2	CASADA/ UNIDA..... 1 (PASE A P712F) ← NO CASADA/ NO UNIDA..... 2	CASADA/ UNIDA..... 1 (PASE A P712F) ← NO CASADA/ NO UNIDA..... 2	CASADA/ UNIDA..... 1 (PASE A P712F) ← NO CASADA/ NO UNIDA..... 2	
708	Cuándo se terminó la relación, ¿Fue porque se separaron, divorciaron o se quedó viuda?	SE SEPARÓ..... 1 SE DIVORCIÓ..... 2 ENVIUDÓ..... 3					
709	¿Qué edad tenía usted cuando terminó con [.....]?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 98	
710	¿En qué mes y año terminó su matrimonio o unión con [.....]?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99.9998	
711F	ENTREVISTADORA VEA EN P703 CUÁNTAS VECES HA ESTADO CASADA O UNIDA	SÓLO UNA..... 1 (PASE A P712F) ← MÁS DE UNA..... 2 (PASE A SIG. COL.) ←	DOS VECES..... 1 (PASE A P712F) ← MÁS DE DOS..... 2 (PASE A SIG. COL.) ←	TRES VECES..... 1 (PASE A P712F) ← MÁS DE TRES..... 2 (PASE A SIG. COL.) ←	CUATRO VECES... 1 (PASE A P712F) ← MÁS DE CUATRO.. 2 (PASE A SIG. COL.) ←	CINCO VECES..... 1 MÁS DE CINCO.... 2 (PASE A P712F) ←	
712F	ENTREVISTADORA: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA..... 1 DIVORCIADA / SEPARADA O VIUDA..... 2						CONTINÚE PASE A P719

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
713	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo / compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
714	¿Su esposo / compañero alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	→ 716
715	¿Cuál es el nivel educativo y grado (o año) más alto de estudios que su esposo / compañero aprobó?	NINGUNO..... 00 0 PRE-ESCOLAR..... 01 <input type="text"/> EDUCACIÓN ESPECIAL..... 02 <input type="text"/> EDUCACIÓN DE ADULTOS..... 03 <input type="text"/> PRIMARIA..... 04 <input type="text"/> SECUNDARIA..... 05 <input type="text"/> TÉCNICO BÁSICO..... 06 <input type="text"/> TÉCNICO MEDIO..... 07 <input type="text"/> FORMACIÓN DOCENTE..... 08 <input type="text"/> TÉCNICO SUPERIOR..... 09 <input type="text"/> UNIVERSITARIO..... 10 <input type="text"/> POSTGRADO Y MÁS..... 11 <input type="text"/>	
716	¿Trabaja su esposo o compañero actualmente recibiendo pago en dinero o en otra forma?	SI..... 1 NO..... 2	→ 718
717	En ese trabajo se desempeña como:	EMPLEADO / OBRERO 1 JORNALERO / PEÓN..... 2 PATRÓN O EMPRESARIO..... 3 CUENTA PROPIA..... 4 MIEMBRO DE COOPERATIVA..... 5 TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO..... 6 TRABAJADOR NO FAMILIAR SIN PAGO..... 7 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
718	¿Cree Usted que su pareja/esposo o compañero, quiere el mismo número de hijos que Usted, él quiere más o quiere menos hijos de los que Usted quiere tener?	EL MISMO NÚMERO DE HIJOS QUE USTED..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO QUIERE HIJOS..... 4 NO SABE..... 98	
719	¿Trabajó usted durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 721
720	Como usted sabe, algunas mujeres trabajan por un pago en dinero o especie. Otras venden en un puesto fijo o ambulante, hacen y venden pan, tortilla, artesanía, o realizan servicios a terceros como: lavar y planchar ropa ajena, cuidar carros, o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. ¿En los últimos 12 meses realizó usted, alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 730F
721	¿Qué tipo de trabajo hace / hacía usted principalmente?	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. _____	
722F	ENTREVISTADORA COTEJE P721 TRABAJO AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> TRABAJO NO AGROPECUARIO <input type="checkbox"/>		→ 724
723	¿Usted trabaja principalmente en su propia tierra, en la tierra de algún familiar, en tierra arrendada, en la tierra de alguien más o en una cooperativa?	TIERRA PROPIA 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 EN TIERRA DE OTRO..... 4 COOPERATIVA..... 5	
724	En ese trabajo se desempeña como:	EMPLEADO / OBRERO 1 JORNALERO / PEÓN..... 2 PATRÓN O EMPRESARIO..... 3 CUENTA PROPIA..... 4 MIEMBRO DE COOPERATIVA..... 5 TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO..... 6 TRABAJADOR NO FAMILIAR SIN PAGO..... 7 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
725	¿Qué tipo de actividad realiza / realizaba la empresa o lugar donde usted trabaja / trabajó?	SECTOR PRIMARIO (Agricultura / Silvicultura / Pesca)... 1 SECTOR SECUNDARIO (Industria / fábrica / maquila / construcción)..... 2 SECTOR TERCIARIO (Comercio / Transporte / Servicios / Comunales / Sociales y Personales)..... 3	
726	Usted realiza ese trabajo:	TODO EL AÑO..... 1 POR TEMPORADA DEL AÑO..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	→ 728

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
727	Durante los últimos 12 meses ¿Cuántos meses realizó usted ese trabajo?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
728	¿Cuánto gana usted por su trabajo? (Córdobas) ¿Cada cuánto?	POR DÍA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR SEMANA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR QUINCENA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR MES..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRO:..... 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ESPECIFIQUE) TRABAJADOR SIN PAGO.....00000	
729	¿Usted usualmente trabaja / trabajó en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2 AMBOS..... 3	
730F	ENTREVISTADORA: VEA P700, P702, P719 y P720 ACTUALMENTE CASADA / UNIDA Y TRABAJA..... 1 → CONTINÚE ACTUALMENTE CASADA / UNIDA Y NO TRABAJA..... 2 → PASE A P733 DIVORCIADA / SEPARADA O VIUDA..... 3 → PASE A P735F SOLTERA..... 4 → PASE A P800F		
731	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que usted gana?	ENTREVISTADA 1 ESPOSO / COMPAÑERO 2 AMBOS 3 PADRE 4 MADRE..... 5 ALGUIEN MÁS 6 ENTREVISTADA JUNTO CON ALGUIEN MÁS..... 7 SIN REMUNERACIÓN..... 8 → 733	
732	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan con lo que usted gana? Casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo.	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRANDO TODO..... 6	
733	¿Alguna vez ha dejado / rechazado un trabajo porque su esposo / pareja no quería que usted trabajara?	SI..... 1 NO..... 2	
734	¿Su esposo/pareja se ha negado alguna vez a darle dinero para los gastos del hogar, aún cuando él tiene dinero para otra cosa? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿Con qué frecuencia: una o dos veces, algunas veces o muchas veces?	UNA O DOS VECES..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 MUCHAS VECES / CASI SIEMPRE..... 3 NUNCA SE HA NEGADO..... 4 NO TIENE DINERO O GANANCIAS..... 5	
735F	ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 719 Y 720 ¿HA TRABAJADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	SI..... 1 NO..... 2 → 800F	
736F	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P400 TIENE ALGUN (A) HIJO (A) NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DEL 2006	ANTES DE ENERO DE 2006 O NINGÚN HIJO VIVO..... 1 → 800F A PARTIR DE ENERO DEL 2006..... 2	
737	¿Quién cuida / cuidaba normalmente a (NOMBRE DEL NIÑO (A) MENOR EN EL HOGAR) , mientras usted trabaja / trabajaba?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO / COMPAÑERO..... 02 UNA NIÑA MAYOR..... 03 UN NIÑO MAYOR..... 04 LA MADRE / SUEGRA..... 05 OTROS PARIENTES..... 06 VECINOS..... 07 AMIGOS..... 08 EMPLEADA DOMESTICA..... 09 NIÑO ESTÁ EN LA ESCUELA..... 10 C.D.I / GUARDERÍA / PREESCOLAR..... 11 NO VIVE NIÑO(S) EN EL HOGAR..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	

VIII. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
800F	ENTREVISTADORA: VEA P227 SI TIENE ALGÚN HIJO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD	UNO O MÁS..... 1 NINGUNO..... 2	→ 803F																								
801	Ahora tengo algunas preguntas sobre su familia. ¿Cree usted que para educar a los hijos es necesario el castigo físico, como por ejemplo darles bofetadas, palmadas o golpes?	SI..... 1 NO..... 2																									
802	¿En este hogar como se corrigen a los niños cuando se portan mal? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	REGAÑOS / REPRIMENDAS VERBALES..... A PROHIBIR ALGO QUE LE GUSTA..... B BOFETADAS / PALMADAS..... C GOLPEÁNDOLOS CON LA MANO O EL PUÑO..... D GOLPEÁNDOLOS CON FAJA, REGLA, MECATE, PALO U OTRO OBJETO..... E DEJÁNDOLE ENCERRADO O AISLADO..... F PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... G DEJÁNDOLE FUERA DE CASA..... H NO SE CORRIGEN A LOS NIÑOS..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																									
803F	ENTREVISTADORA: OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, NO CONTINÚE HASTA QUE LA ENTREVISTADA ESTÉ COMPLETAMENTE SOLA	PRIVACIDAD OBTENIDA, ENTREVISTADA SOLA..... 1 PRIVACIDAD IMPOSIBLE, DESPUÉS DE INTENTAR OBTENER PRIVACIDAD, NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA..... 2	→ 900																								
En esta comunidad y en otras, la gente tiene diferentes ideas sobre la familia y sobre lo que es un comportamiento aceptable tanto para el hombre como para la mujer. Por favor, dígame si por lo general usted está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones.																											
804	¿Una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él?	SI (DE ACUERDO)..... 1 NO (EN DESACUERDO)..... 2 NO SABE..... 98																									
805	¿Los problemas familiares deben ser conversados solamente con personas de la familia?	SI (DE ACUERDO)..... 1 NO (EN DESACUERDO)..... 2 NO SABE..... 98																									
806	¿El hombre tiene que mostrar a su esposa / pareja quién es el jefe?	SI (DE ACUERDO)..... 1 NO (EN DESACUERDO)..... 2 NO SABE..... 98																									
807	¿Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera?	SI (DE ACUERDO)..... 1 NO (EN DESACUERDO)..... 2 NO SABE..... 98																									
808	¿Si el hombre maltrata a su esposa, otras personas que no son de la familia deben intervenir?	SI (DE ACUERDO)..... 1 NO (EN DESACUERDO)..... 2 NO SABE..... 98																									
809	En su opinión, un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa si: a. Ella no cumple sus quehaceres domésticos a la satisfacción del esposo b. Ella lo desobedece c. Ella se niega a tener relaciones sexuales con él d. Ella le pregunta si él es infiel e. El descubre que ella le es infiel	<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;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. QUEHACERES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>B. DESOBEDECE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>C. NIEGA SEXO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>D. LE ES INFIEL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>E. INFIDELIDAD DE ELLA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	A. QUEHACERES	1	2	98	B. DESOBEDECE.....	1	2	98	C. NIEGA SEXO.....	1	2	98	D. LE ES INFIEL.....	1	2	98	E. INFIDELIDAD DE ELLA.....	1	2	98	
	SI	NO	NO SABE																								
A. QUEHACERES	1	2	98																								
B. DESOBEDECE.....	1	2	98																								
C. NIEGA SEXO.....	1	2	98																								
D. LE ES INFIEL.....	1	2	98																								
E. INFIDELIDAD DE ELLA.....	1	2	98																								
810	Ahora, tengo algunas preguntas sobre su niñez. Pensando en su niñez antes que usted cumpliera 15 años, ¿Alguna vez vió o escuchó a su padre o padrastro maltratar físicamente a su madre o madrastra?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98																									
811	<u>Antes</u> que usted cumpliera los 15 años, ¿Usted fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI..... 1 NO..... 2																									
812	Y <u>después</u> que usted cumplió 15 años hasta ahora, ¿Fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI..... 1 NO..... 2	→ 814F																								

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																										
813	<p>¿Quién le golpeó o maltrató físicamente desde que usted cumplió los 15 años de edad?</p> <p>¿Y alguien más?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p>	PADRE..... A MADRE..... B HERMANO..... C HERMANA..... D PADRASTRO / MADRASTRA..... E MARIDO / COMPAÑERO O EXMARIDO /EXCOMP. F NOVIO..... G OTRO FAMILIAR..... H DESCONOCIDO..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																											
814F	<p>ENTREVISTADORA: VERIFICAR P730F SI ESTÁ ACTUAL O ANTERIORMENTE CASADA / UNIDA</p>	ALGUNA VEZ CASADA / UNIDA..... 1 SOLTERA (NUNCA CASADA / UNIDA)..... 2	→ 841																																										
	<p>Cuando dos personas se casan o viven juntas, por lo general comparten buenos y malos momentos. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre cómo su esposo / pareja (ex-esposo, ex-pareja) la trata (trataba). Me gustaría asegurarle que sus respuestas serán mantenidas con total discreción, y que no tendrá que responder ninguna pregunta que no desee.</p>																																												
815	<p>Le voy a preguntar sobre algunas situaciones que les ocurren a muchas mujeres. Pensando en su esposo / pareja (ex-esposo, ex-pareja), diría usted que en general es (era) cierto que:</p> <p>a. ¿Él trata de impedir que vea a sus amistades?</p> <p>b. ¿Él trata de restringir el contacto con su familia?</p> <p>c. ¿Él insiste en saber dónde está usted en todo momento?</p> <p>d. ¿Se molesta si usted habla con otro hombre?</p> <p>e. ¿Sospecha a menudo que usted le es infiel?</p> <p>f. ¿Exige que usted le pida permiso antes de buscar atención para su salud?</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. VER AMISTADES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. CONTACTAR FAMILIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. SABER DONDE ESTA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. HABLA CON OTRO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. SOSPECHA INFIEL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. PERMISO BUSCAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A. VER AMISTADES.....	1	2	B. CONTACTAR FAMILIA.....	1	2	C. SABER DONDE ESTA.....	1	2	D. HABLA CON OTRO.....	1	2	E. SOSPECHA INFIEL.....	1	2	F. PERMISO BUSCAR.....	1	2																						
	SI	NO																																											
A. VER AMISTADES.....	1	2																																											
B. CONTACTAR FAMILIA.....	1	2																																											
C. SABER DONDE ESTA.....	1	2																																											
D. HABLA CON OTRO.....	1	2																																											
E. SOSPECHA INFIEL.....	1	2																																											
F. PERMISO BUSCAR.....	1	2																																											
816	<p>Durante los últimos 12 meses (el último año) de su unión, ¿con qué frecuencia ve Usted (vió Usted) a su esposo/pareja (ex-esposo, ex-pareja) tomado o borracho? ¿Diría usted que todos o casi todos los días, una o dos veces por semana, 1 - 3 veces al mes, ocasionalmente, o nunca?</p>	TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA O DOS VECES POR SEMANA..... 2 1-3 VECES AL MES..... 3 OCASIONALMENTE, MENOS DE 1 VEZ AL MES..... 4 NO LO HA VISTO..... 5 NO SABE..... 98																																											
817	<p>Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le ocurren a muchas mujeres y que le pueden haber pasado a usted con su pareja actual o con cualquier otra pareja que usted haya tenido.</p> <p>Quisiera que me diga si alguna vez en su vida su esposo / pareja actual o alguna de sus parejas anteriores han actuado con usted de la siguientes forma:</p> <p>a. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....</p> <p>b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....</p> <p>c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....</p> <p>d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....</p>	<p>817A</p> <p>(SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A P817B) →</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. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....	1	2 ↘	b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....	1	2 ↘	c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....	1	2 ↘	d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....	1	2 ↘	<p>817B</p> <p>¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses?</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. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....	1	2	b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....	1	2	c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....	1	2	d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....	1	2												
	SI	NO																																											
a. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....	1	2 ↘																																											
b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....	1	2 ↘																																											
c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....	1	2 ↘																																											
d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....	1	2 ↘																																											
	SI	NO																																											
a. ¿La han insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?.....	1	2																																											
b. ¿La han menospreciado o humillado frente a otras personas?.....	1	2																																											
c. ¿Han hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?.....	1	2																																											
d. ¿La han amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....	1	2																																											
818	<p>Él o alguna de sus parejas anteriores le han:</p> <p>a. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....</p> <p>b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....</p> <p>c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....</p> <p>d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....</p> <p>e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....</p> <p>f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....</p>	<p>818A</p> <p>(SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A P818B) →</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. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 ↘</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....	1	2 ↘	b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....	1	2 ↘	c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....	1	2 ↘	d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....	1	2 ↘	e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....	1	2 ↘	f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....	1	2 ↘	<p>818B</p> <p>¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses?</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. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....	1	2	b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....	1	2	c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....	1	2	d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....	1	2	e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....	1	2	f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....	1	2
	SI	NO																																											
a. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....	1	2 ↘																																											
b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....	1	2 ↘																																											
c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....	1	2 ↘																																											
d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....	1	2 ↘																																											
e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....	1	2 ↘																																											
f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....	1	2 ↘																																											
	SI	NO																																											
a. ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?.....	1	2																																											
b. ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.....	1	2																																											
c. ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?.....	1	2																																											
d. ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....	1	2																																											
e. ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?.....	1	2																																											
f. ¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.....	1	2																																											

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
819	Con él o una de sus parejas anteriores alguna vez en su vida: a. ¿Usted ha aceptado a tener relaciones sexuales sin deseársela por miedo a su pareja?..... b. ¿La han forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?.....	819A (SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A P819B) SI NO 1 2 ↘ 1 2 ↘	819B ¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses? SI NO 1 2 1 2	
820F	ENTREVISTADORA: VERIFICAR P818A Y P819A SI TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL (CUALQUIER P818A ó P819A = 1)	SI, TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL..... 1 NO, NUNCA TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL..... 2 →		841
821	¿Durante las veces que usted fue agredida física- o sexualmente, alguna vez respondió Ud. físicamente (aún para defenderse)?	SI..... 1 NO..... 2		
822	¿Alguna vez usted golpeó o maltrató físicamente a su esposo / pareja cuando él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?	SI..... 1 NO..... 2		
823F	ENTREVISTADORA: VER P400. ¿HA TENIDO UN NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 2006?	SI..... 1 NO..... 2 →		827F
824	¿En los últimos 5 años, alguna vez fue golpeada o agredida físicamente durante un embarazo , por alguna pareja o ex-pareja?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		→ 827F
825	¿Le había golpeado la misma persona antes de estar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
826	¿Fue usted golpeada o pateada en el abdomen mientras usted estaba embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
827F	ENTREVISTADORA: VERIFICAR P818B Y P819B SI TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO (CUALQUIER P818B ó P819B = 1)	SI, TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO..... 1 NO, NINGUNA VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO..... 2 →		841
828	Ahora, quisiera saber más sobre las consecuencias de la agresión que usted sufrió durante el último año de su(s) pareja(s). Como consecuencia de esta agresión, usted ha quedado con:	SI NO A. ¿Moretones o rasguños?..... 1 2 B. ¿Dolores de cabeza o en el cuerpo?..... 1 2 C. ¿Ansiedad o angustia tal que no podía cumplir con sus deberes?..... 1 2 D. ¿Miedo a que la persona le vuelva a agredir?..... 1 2 E. ¿Usted faltó días de trabajo o no pudo realizar sus actividades que generan ingresos?..... 1 2		
829	<u>Durante el último año</u> , ¿Usted fue lesionada como resultado de la violencia / abuso de su(s) esposo(s) o pareja(s)?	SI..... 1 NO..... 2		→ 833
830	¿Qué tipo de lesión sufrió? (RESPUESTA MÚLTIPLE)	CORTES, PINCHAZOS, MORDEDURAS..... A RASGUÑOS, ROZADURAS, MORETONES..... B TORCEDURAS, DISLOCACIONES..... C QUEMADURAS..... D HERIDAS PENETRANTES, CORTES PROFUNDOS, CUCHILLADAS..... E TIMPANO ROTO, HERIDAS EN LOS OJOS..... F FRACTURAS, HUESOS ROTOS..... G DIENTES ROTOS..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
831	¿Usted recibió asistencia médica por su lesión(es)?	SI..... 1 NO..... 2		→ 833
832	¿Le dijo al trabajador de salud la causa real de su lesión?	SI..... 1 NO..... 2		

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
839	¿Qué razones la llevaron a buscar ayuda? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	ANIMADA POR AMIGOS / FAMILIA..... A NO PODIA SOPORTAR MÁS..... B HERIDA GRAVEMENTE / MIEDO DE QUE LA MATARA..... C EL LA AMENAZÓ O TRATÓ DE MATARLA..... D EL AMENAZABA O PEGABA A LOS NIÑOS O NIÑAS..... E VEÍA A LOS NIÑOS Y NIÑAS SUFRIR..... F LA CORRIÓ DE CASA..... G TENÍA MIEDO DE QUERER MATARLO..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	841
840	¿Por qué no buscó ayuda? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	NO CONFÍA EN NADIE..... A NO SABÍA DONDE IR..... B TEMOR A AMENAZAS / CONSECUENCIAS / MÁS VIOLENCIA..... C VIOLENCIA NORMAL / NO ERA GRAVE..... D VERGÜENZA..... E TEMOR A QUE NO LE CREYERAN O A SER REPROBADA..... F CREÍA QUE NO LE AYUDARÍAN / SABE DE OTRA MUJER QUE NO FUE AYUDADA..... G TEMOR A QUE SE TERMINARA LA RELACIÓN H TEMOR A PERDER A LOS HIJOS..... I TEMOR A MANCHAR EL NOMBRE DE LA FAMILIA J AYUDA MUY TARDADA..... K OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
	Muchas mujeres han experimentado otros tipos de violencia por parte de parientes, conocidos, y/o desconocidos. Me gustaría hacerle breves preguntas sobre algunas de estas situaciones. Todo lo que usted diga se mantendrá en secreto.		
841	Alguna vez en su vida, ¿Alguien la obligó o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no lo quiso? ENTREVISTADORA: VERIFIQUE A LA P819A (B) PARA (INCLUIR ACTOS DEL ESPOSO O PAREJA)	SI..... 1 NO 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	848
842	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez? (MENOR DE 13 AÑOS SIGUE CON P843)	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> } SI 13 Ó MÁS NO SABE / NO RECUERDA 98	844 844
843	¿Y esto le pasó también alguna vez a partir de los 13 años de edad?	SI..... 1 NO..... 2	
844	¿Quién(es) la ha(n) obligado a tener relaciones sexuales cuando usted no quiso? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	ESPOSO / COMPAÑERO..... A EX-ESPOSO / EX-COMPAÑERO..... B PADRE..... C PADRASTRO..... D HERMANO..... E TÍO..... F PRIMO..... G MAESTRO..... H NOVIO / EX-NOVIO..... I PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN..... J VECINO / AMIGO / CONOCIDO..... K LIDERES RELIGIOSOS..... L DESCONOCIDO..... M OTRO, Quién?..... X (ESPECIFIQUE)	
845	¿Cuando eso le pasó, pidió ayuda a alguien?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA 98 NO RESPONDE..... 99	847

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
846	¿A quién pidió ayuda? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	POLICÍA..... A COMISARÍA DE LA MUJER B FAMILIAR..... C AMIGO / AMIGA..... D VECINO / VECINA E IGLESIA F CASA O CENTRO DE MUJERES G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	848
847	¿Cual fue la razón / las razones por la que no pidió ayuda? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA..... A TENÍA VERGÜENZA..... B NO SABE DONDE ACUDIR..... C CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... D PENSÓ QUE NO LE IBAN A CREER..... E CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
848	¿Y alguien la obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o hacer cualquier otro acto sexual que usted no quiso?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 98 NO RESPONDE..... 99	900
849	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez? (MENOR DE 13 AÑOS SIGUE CON P850)	AÑOS } SI 13 Ó MÁS NO RECUERDA 98 NO RESPONDE..... 99	851
850	¿Y esto le pasó también alguna vez a partir de los 13 años de edad?	SI..... 1 NO..... 2	
851	¿Quién(es) la ha(n) obligado? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS) ¿Y alguien más?	ESPOSO / COMPAÑERO..... A EX-ESPOSO / EX-COMPAÑERO..... B PADRE..... C PADRASTRO..... D HERMANO..... E TÍO..... F PRIMO..... G MAESTRO..... H NOVIO / EX-NOVIO..... I PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN..... J VECINO / AMIGO / CONOCIDO..... K LÍDERES RELIGIOSOS..... L DESCONOCIDO..... M OTRO, Quién? _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN IX. ITS, VIH y sida

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A							
	<p>Le voy a hacer preguntas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es decir, de las enfermedades que pueden ser transmitidas al momento de tener contacto sexual con otra persona.</p>									
900	<p>¿Qué enfermedades conoce o ha escuchado que pueden ser transmitidas por medio de las relaciones sexuales?</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">SI (ESPON- TÁNEO)</td> <td colspan="2">901 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (ENFERMEDAD)?</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIRIGIDO</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI (ESPON- TÁNEO)	901 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (ENFERMEDAD)?		DIRIGIDO		SI	NO	
SI (ESPON- TÁNEO)	901 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (ENFERMEDAD)?									
	DIRIGIDO									
	SI	NO								
	<p>a. SÍFILIS (CHANCRO)..... Se presenta por una llaga en la vagina, pene, ano o boca, puede causar daños al cerebro, corazón y llevar a la muerte.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>b. GONORREA (PURGACIÓN)..... Produce flujo color blanco, amarillo o verde que pueden ser vaginal, uretra, anal u oral, causa dolor y ardor al orinar.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>c. HERPES GENITAL..... Se caracteriza por la erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas sobre los genitales.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>d. CONDILOMAS (Caballitos o cresta de gallo, verrugas)..... Crecimiento de carnosidades, parecidas a cresta de gallo, de color rojizo, cenizos o morados.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>e. LEUCORREA (Flujos)..... Se presenta como un líquido que sale de la vagina que puede ser de color blanco o amarillo. A veces acompañado de picazón y también de olor.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>f. CLAMIDIA..... Flujo vaginal o dolor en la parte inferior del abdomen.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>g. TRICOMONIASIS..... Flujo vaginal verde amarillento, espumoso y de mal olor, comezón y dolor en las relaciones sexuales.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>h. CANDIDIASIS (Flor blanca)..... Es causada por un hongo que afecta boca, garganta y vagina, en vaginitis desecha un flujo blanquecino y espeso.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>i. LADILLAS O PIOJOS PÚBLICOS..... Son pequeños parásitos en forma de cangrejo que cavan en la piel para alimentarse de sangre. Viven en el vello corporal áspero, predominante en el vello púbico, pero también pueden encontrarse en el vello axilar, vello facial, incluso en las pestañas.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>j. VIH y sida..... Se presenta con decaimiento, diarrea prolongada y fiebre, pérdida rápida de peso entre 20 y 40 libras en menos de un mes.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>k. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)..... Es conocido como "Verrugas Genitales", causa una infección de transmisión sexual, por lo que es clasificado dentro del grupo de enfermedades venéreas, estas infectan el aparato genital masculino y femenino.</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1	1	2	↓				
1	1	2	↓							
	<p>l. OTRO, ESPECIFIQUE.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	1	1	2					
1	1	2								
902	<p>De los síntomas y signos que le voy a mencionar, cuáles de ellos le pueden hacer pensar a usted que <u>UN HOMBRE</u> tiene una infección de transmisión sexual:</p> <p align="center">(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p> <p>DOLOR ABDOMINAL..... A SANGRE EN LA ORINA..... J SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... B PÉRDIDA DE PESO..... K SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C IMPOTENCIA..... L ARDOR O DOLOR AL ORINAR..... D INFERTILIDAD / NO PODER ENGENDRAR..... M ENROJECIMIENTO EN GENITALES..... E NINGÚN SÍNTOMA..... N INFLAMACIÓN / HINCHAZÓN EN GENITALES..... F ÚLCERAS / LLAGAS EN GENITALES..... G OTRO: X VERRUGAS GENITALES..... H (ESPECIFIQUE) PICAZÓN EN LOS GENITALES..... I NO SABE..... Z</p>									
903	<p>De los síntomas y signos que le voy a mencionar, cuáles de ellos le pueden hacer pensar a usted que <u>UNA MUJER</u> tiene una infección de transmisión sexual:</p> <p align="center">(CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)</p> <p>DOLOR ABDOMINAL..... A SANGRE EN LA ORINA..... J SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B PÉRDIDA DE PESO..... K SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C DIFICULTAD EMBARAZARSE / TENER HIJOS..... L ARDOR O DOLOR AL ORINAR..... D FALTA DE DESEO SEXUAL..... M ENROJECIMIENTO EN GENITALES..... E NINGÚN SÍNTOMA..... N INFLAMACIÓN / HINCHAZÓN EN GENITALES..... F ÚLCERAS / LLAGAS EN GENITALES..... G OTRO: X VERRUGAS GENITALES..... H (ESPECIFIQUE) PICAZÓN EN LOS GENITALES..... I NO SABE..... Z</p>									

SECCIÓN IX. ITS, VIH y sida

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
904	¿Le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES..... 3 NO RESPONDE..... 99																																																																									
905	En los últimos 12 meses, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas: ¿Ardor o dolor al orinar? ¿Secreción amarillenta o pus con mal olor? ¿Llagas o granos sobre los genitales? ¿Verrugas pequeñas sobre los genitales que sangran al tener relaciones? ¿Dolores en el bajo vientre? ¿Ningún síntoma?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>ARDOR O DOLOR AL ORINAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN AMARILLENTA O PUS CON MAL OLOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LLAGAS O GRANOS SOBRE LOS GENITALES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS PEQUEÑAS EN LOS GENITALES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOLOR BAJO VIENTRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NINGÚN SÍNTOMA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">96</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		SI	NO						ARDOR O DOLOR AL ORINAR.....	1	2						SECRECIÓN AMARILLENTA O PUS CON MAL OLOR.....	1	2						LLAGAS O GRANOS SOBRE LOS GENITALES.....	1	2						VERRUGAS PEQUEÑAS EN LOS GENITALES.....	1	2						DOLOR BAJO VIENTRE.....	1	2						NINGÚN SÍNTOMA.....	1	2						OTRO: _____			96												(ESPECIFIQUE)	
	SI	NO																																																																									
ARDOR O DOLOR AL ORINAR.....	1	2																																																																									
SECRECIÓN AMARILLENTA O PUS CON MAL OLOR.....	1	2																																																																									
LLAGAS O GRANOS SOBRE LOS GENITALES.....	1	2																																																																									
VERRUGAS PEQUEÑAS EN LOS GENITALES.....	1	2																																																																									
DOLOR BAJO VIENTRE.....	1	2																																																																									
NINGÚN SÍNTOMA.....	1	2																																																																									
OTRO: _____			96																																																																								
							(ESPECIFIQUE)																																																																				
906F	ENTREVISTADORA: VER PREGUNTAS 900j y 901j: SI CONOCE O HA ESCUCHADO HABLAR DEL VIH y sida	SI CONOCE ESPONTÁNEO..... 1 SI CONOCE DIRIGIDO..... 2 NO CONOCE..... 3	→ 1000F																																																																								
907	¿Piensa que una persona puede tener el virus del VIH y sida y no presentar síntomas o señales de la enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98																																																																									
908	¿Cree usted que existe cura para el VIH y sida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 98																																																																									
909	El virus VIH que causa el sida, puede ser transmitido de una madre al niño, antes, durante el parto o después del nacimiento? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	NO PUEDE SER TRANSMITIDO..... A ANTES DEL NACIMIENTO..... B DURANTE EL PARTO..... C DESPUÉS DEL NACIMIENTO..... D NO SABE..... Z																																																																									
910	¿Cómo una persona puede contraer el VIH y sida? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	TENIENDO PAREJAS MÚLTIPLES..... A DE LA MADRE AL BEBÉ..... B BESANDO EN LA BOCA C SEXO CON TRABAJADORAS SEXUALES (PROSTITUTAS)..... D NO USO DE CONDONES..... E POR UN APRETÓN DE MANO..... F TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G DONANDO SANGRE..... H SEXO CON HOMOSEXUALES..... I USANDO AGUJAS / JERINGAS NO ESTERILIZADAS..... J POR PIQUETE DE MOSQUITO..... K COMPARTIENDO ALIMENTOS Y OBJETOS DE ALGUIEN ENFERMO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																																									

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																													
911	<p>¿Qué formas de prevención conoce usted para que un hombre o una mujer pueda reducir el riesgo de contraer el VIH y sida?</p> <p>ENTREVISTADORA:</p> <p>EN LA PRIMERA COLUMNA CIRCULE EL CÓDIGO 1 PARA CADA FORMA DE PREVENCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE.</p> <p>SI RESPONDE A, B y C DE MANERA ESPONTÁNEA, PASE A P913.</p> <p>SI NO RESPONDIÓ P911A HASTA P911C, CONTINÚE CON P912.</p> <p>A. no tener relaciones sexuales / abstinencia?.....</p> <p>B. tener un solo compañero / fidelidad?.....</p> <p>C. usar condones en todas las relaciones sexuales?.....</p> <p>D. NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS.....</p> <p>E. NO UTILIZAR JERINGAS USADAS POR INFECTADOS.....</p> <p>F. NO RECIBIR TRANSFUSIONES INSEGURAS.....</p> <p>G. NO TENER SEXO ORAL.....</p> <p>H. NO TENER RELACIONES POR EL ANO.....</p> <p>I. USAR CONDONES.....</p> <p>J. NO TENER RELACIONES CON HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES.....</p> <p>K. NO TENER RELACIONES CON HOMBRES MUJERIEGOS.....</p> <p>X. OTRA: _____ (Especifique)</p>	<p>912 ¿Cree usted que se puede evitar el VIH y sida al... (LEA A, B y C)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI (ESPONTÁNEO)</th> <th>SI (DIRIGIDO)</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SI (ESPONTÁNEO)	SI (DIRIGIDO)	NO	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			
SI (ESPONTÁNEO)	SI (DIRIGIDO)	NO																																														
1	1	2																																														
1	1	2																																														
1	1	2																																														
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
1																																																
913	<p>¿Cree usted que tiene algún riesgo grande, moderado, bajo o no tiene ningún riesgo de infectarse del VIH y sida?</p>	<p>NINGÚN RIESGO..... 1</p> <p>BAJO RIESGO..... 2</p> <p>ALGÚN RIESGO MODERADO..... 3</p> <p>MUCHO RIESGO / GRANDE..... 4</p> <p>TIENE VIH y sida..... 5</p> <p>NO SABE..... 98</p>	<p>→ 915</p> <p>→ 917F</p>																																													
914	<p>¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene bajo riesgo o ningún riesgo?</p>	<p>NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS..... 01</p> <p>USA EL CONDÓN..... 02</p> <p>USA OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO..... 03</p> <p>TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL..... 04</p> <p>CONOCE BIEN A SU PAREJA..... 05</p> <p>NO TIENE PAREJA SEXUAL..... 06</p> <p>NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... 07</p> <p>CONFÍA EN SU PAREJA..... 08</p> <p>NO USA DROGA..... 09</p> <p>NO LE HAN HECHO TRANSFUSIONES..... 10</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NS / NR..... 98</p>	<p>→ 916</p>																																													
915	<p>¿Cuál es la razón principal por la que tiene algún riesgo / moderado o mucho riesgo / grande?</p>	<p>SU PAREJA TIENE O PUEDE TENER</p> <p>MÁS PAREJAS (No confía en su pareja)..... 01</p> <p>SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA..... 02</p> <p>NO SABE COMO PROTEGERSE..... 03</p> <p>SU PAREJA RECHAZA EL CONDÓN..... 04</p> <p>YA HA TENIDO ITS..... 05</p> <p>ELLA TIENE MÁS DE UNA PAREJA..... 06</p> <p>NO CONFÍA EN LA CALIDAD DEL PRESERVATIVO..... 07</p> <p>NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES..... 08</p> <p>NO SABE CON QUIEN SE JUNTA..... 09</p> <p>SU PAREJA ES VICIOSA (ALCOHOL / DROGA).... 10</p> <p>HA RECIBIDO TRANSFUSIONES..... 11</p> <p>PUEDE NECESITAR TRANSFUSIÓN DÉSPUES DE ACCIDENTE O CUANDO QUEDE ENFERMA..... 12</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NS / NR..... 98</p>																																														

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
916	¿Desde que usted oyó hablar del VIH y sida que ha hecho para evitar la enfermedad? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	NO HA TENIDO RELACIONES..... A YA NO TIENE RELACIONES..... B COMENZÓ A USAR CONDOMES..... C TIENE SEXO CON UNA SOLA PERSONA..... D REDUJO EL NÚMERO DE COMPAÑEROS..... E EVITA RELACIONES CON TRABAJADORAS SEXUALES (PROSTITUTAS)..... F DEJÓ DE TENER RELACIONES SEXUALES CON HOMOSEXUALES..... G DEJÓ DE PONERSE INYECCIONES..... H NO CAMBIÓ SU COMPORTAMIENTO SEXUAL..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
917F	VER P426 : TUVO CONTROL PRENATAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS VERIFIQUE EN P426 = 1 Si..... 1 VERIFIQUE EN P426 = 2 O ESTÁ VACÍO (EN BLANCO) NO..... 2		→ 925
918	Cuando tuvo su control prenatal, ¿Le orientaron sobre la prevención del VIH y sida?	SI..... 1 NO..... 2 NO TUVO CONTROL PRENATAL..... 3	→ 925
919	¿Le ofrecieron la oportunidad de hacerse la prueba del VIH y sida?	SI..... 1 NO..... 2	→ 925
920	En esa oportunidad, ¿Se hizo usted la prueba voluntariamente, se la hizo porque se sintió obligada, o no se la hizo?	SI, VOLUNTARIAMENTE..... 1 SI, OBLIGADA..... 2 NO SE LA HIZO..... 3	→ 924
921	Antes de hacerle la prueba o examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados? (Consejería pre prueba)	SI..... 1 NO..... 2	
922	¿Recibió los resultados de la prueba o el examen?	SI..... 1 NO..... 2	→ 929
923	Antes de darle los resultados, ¿Conversaron sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH y sida? (Consejería pos prueba)	SI..... 1 NO..... 2	→ 929
924	¿Por qué razón no se la hizo?	NO TENÍA DINERO / MUY CARA..... 01 POR TEMOR AL RESULTADO..... 02 NO TENÍA TIEMPO..... 03 TENÍA QUE CONSULTAR A LA PAREJA..... 04 TENÍA QUE CONSULTAR AL PADRE / MADRE..... 05 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 06 NO ERA NECESARIO..... 07 RAZONES RELIGIOSAS..... 08 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD..... 09 DICEN QUE NO DAN RESULTADO..... 10 SIN VIDA SEXUAL..... 11 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	→ 926
925	¿Ha oído hablar de la prueba del VIH y sida?	SI..... 1 NO..... 2	→ 938
926	¿Sabe dónde se hace esa prueba?	SI..... 1 NO..... 2	→ 938
927	¿Dónde? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS)	HOSPITALES..... 01 CENTROS DE SALUD..... 02 ESTABLECIMIENTO DEL EJÉRCITO O POLICÍA..... 03 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 04 CASAS MATERNAS..... 05 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... 06 LABORATORIO PARTICULAR..... 07 CRUZ ROJA NICARAGÜENSE..... 08 CLÍNICA DE ONG: _____ 09 (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	
928	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH y sida?	SI..... 1 NO..... 2	→ 937
929	¿Hace cuánto tiempo se hizo la prueba la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	

# PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
930	¿Dónde se la hizo?	HOSPITALES..... 01 CENTROS DE SALUD..... 02 ESTABLECIMIENTO DEL EJÉRCITO O POLICÍA..... 03 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 04 CASAS MATERNAS..... 05 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... 06 LABORATORIO PARTICULAR..... 07 CRUZ ROJA NICARAGÜENSE..... 08 CLÍNICA DE ONG: _____ 09 (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	
931F	SI P917F ES IGUAL A 1 (TUVO CONTROL PRENATAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS)..... 1 SI P917F ESTA VACÍO (EN BLANCO) O IGUAL A 2 (NO TUVO CONTROL PRENATAL)..... 2		→ 938
932	¿Ese examen se lo hizo por su propia voluntad o por que tenía que presentar el resultado en algún lugar?	POR SU PROPIA VOLUNTAD..... 1 TENÍA QUE PRESENTAR EL RESULTADO..... 2 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 934 → 934
933	¿Dónde presentó o tenía que presentar el resultado?	TRABAJO..... 1 VIAJE..... 2 SERVICIO MILITAR O POLICIAL..... 3 CONTROL CLÍNICO..... 4 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
934	Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados? (Consejería pre prueba)	SÍ..... 1 NO..... 2	
935	¿Recibió los resultados de la prueba o el examen?	SI..... 1 NO..... 2	→ 938
936	Antes de darles los resultados ¿Hablaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH y sida? (Consejería post prueba)	SI..... 1 NO..... 2	→ 938
937	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH y sida?	POR FALTA DE DINERO / MUY CARO..... 01 TEMOR AL RESULTADO..... 02 NO HA TENIDO TIEMPO..... 03 NUNCA SE LE HAN INDICADO O RECOMENDADO..... 04 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES..... 05 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 06 NO LO HA CONSIDERADO NECESARIO..... 07 RAZONES RELIGIOSAS..... 08 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD..... 09 DICEN QUE EL PERSONAL DE SALUD REGAÑA..... 10 DICEN QUE NO DAN EL RESULTADO..... 11 SIN VIDA SEXUAL..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NS / NR..... 98	
938	Algunas personas usan condón durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse del VIH y sida y de otras infecciones de transmisión sexual ¿Alguna vez ha oído hablar que para evitar contraer el VIH y sida y las ITS debe usar condón?	SI..... 1 NO..... 2	
939	Pensando en lo que pudiera suceder en (NOMBRE DEL MUNICIPIO):		
		SI NO NS/NR	
	a. Si un pariente suyo se enfermara de VIH y sida, ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?	1 2 98	
	b. Si usted supiera que un vendedor (a) de verduras o alimentos tiene VIH y sida ¿Le compraría usted?	1 2 98	
	c. Si un profesor (a) tiene VIH y sida, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1 2 98	
	d. Si una persona de la familia tuviera VIH y sida. ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	1 2 98	
	e. Si un niño (a) tiene VIH y sida, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela donde van los niños y niñas de su familia?	1 2 98	

SECCIÓN X. INDICADORES DE NUTRICIÓN MATERNO INFANTIL

1000 F	VEA P227 CUÁNTOS HIJOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DEL MES DE ENERO DEL 2006, AUNQUE NO ESTÉN ACTUALMENTE VIVOS	HIJOS..... <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> NINGUNO..... 00 → P1015				
<p>ENTREVISTADORA:</p> <p>REVISE LAS PREGUNTAS DE LA 221 A LA 229, E IDENTIFIQUE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO 2006, ANOTE LOS NOMBRES, NÚMEROS DE LÍNEA, SI ESTÁ VIVO (P225), Y SI VIVE EN EL HOGAR (P226).</p> <p>COMENZANDO EN LA PRIMERA COLUMNA CON EL DE MENOR EDAD.</p>						
	PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	CUARTO ÚLTIMO NACIDO VIVO	QUINTO ÚLTIMO NACIDO VIVO
1001	No. DE LÍNEA NOMBRE (VEA EN P221)	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> _____				
1002	¿ESTA VIVO? (VEA EN P225)	VIVO..... 1 MUERTO..... 2 SGTE. COLUMNA ←	VIVO..... 1 MUERTO..... 2 PASE A P1015 ←			
1003	¿VIVE CON USTED [....]? (VEA EN P226)	SI..... 1 NO..... 2 SGTE. COLUMNA ←	SI..... 1 NO..... 2 PASE A P1015 ←			
1004	Fecha de Nacimiento (VEA EN P224)	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> AÑO <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> AÑO <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> AÑO <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> AÑO <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> AÑO <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>
1005	Establezca la edad en meses.	MENOS DE 60 MESES..... 1 60 MESES O MÁS..... 2 SGTE. COLUMNA ←	MENOS DE 60 MESES..... 1 60 MESES O MÁS..... 2 SGTE. COLUMNA ←	MENOS DE 60 MESES..... 1 60 MESES O MÁS..... 2 SGTE. COLUMNA ←	MENOS DE 60 MESES..... 1 60 MESES O MÁS..... 2 SGTE. COLUMNA ←	MENOS DE 60 MESES..... 1 60 MESES O MÁS..... 2 PASE A P1015 ←
REVISE P1005. SI HAY AL MENOS UN CÓDIGO 1 CIRCULADO EN LA FILA P1005, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA NUTRICIONISTA VENDRÁ A LA CASA A TOMAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL ESTUDIO. AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO Y CONTINÚE CON P1015 ANOTANDO LA HORA EN QUE FINALIZÓ LA ENTREVISTA						
1006	Resultado de Antropometría del niño	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE..... 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ.... 5 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE..... 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ.... 5 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE..... 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ.... 5 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE..... 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ.... 5 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE..... 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ.... 5 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
1007	Estatura en Centímetros	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>
1008	Medición del Niño	ACOSTADO..... 1 DE PIE..... 2				
1009	Peso en Kilogramos	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>	<input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> . <input style="width:30px;" type="text"/>
1010	Fecha de Medición de Talla y Peso	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>	DÍA <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> MES <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>

