

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
 E INFORMATICA
 ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD
 FAMILIAR - 1996
 CUESTIONARIO DEL HOGAR**

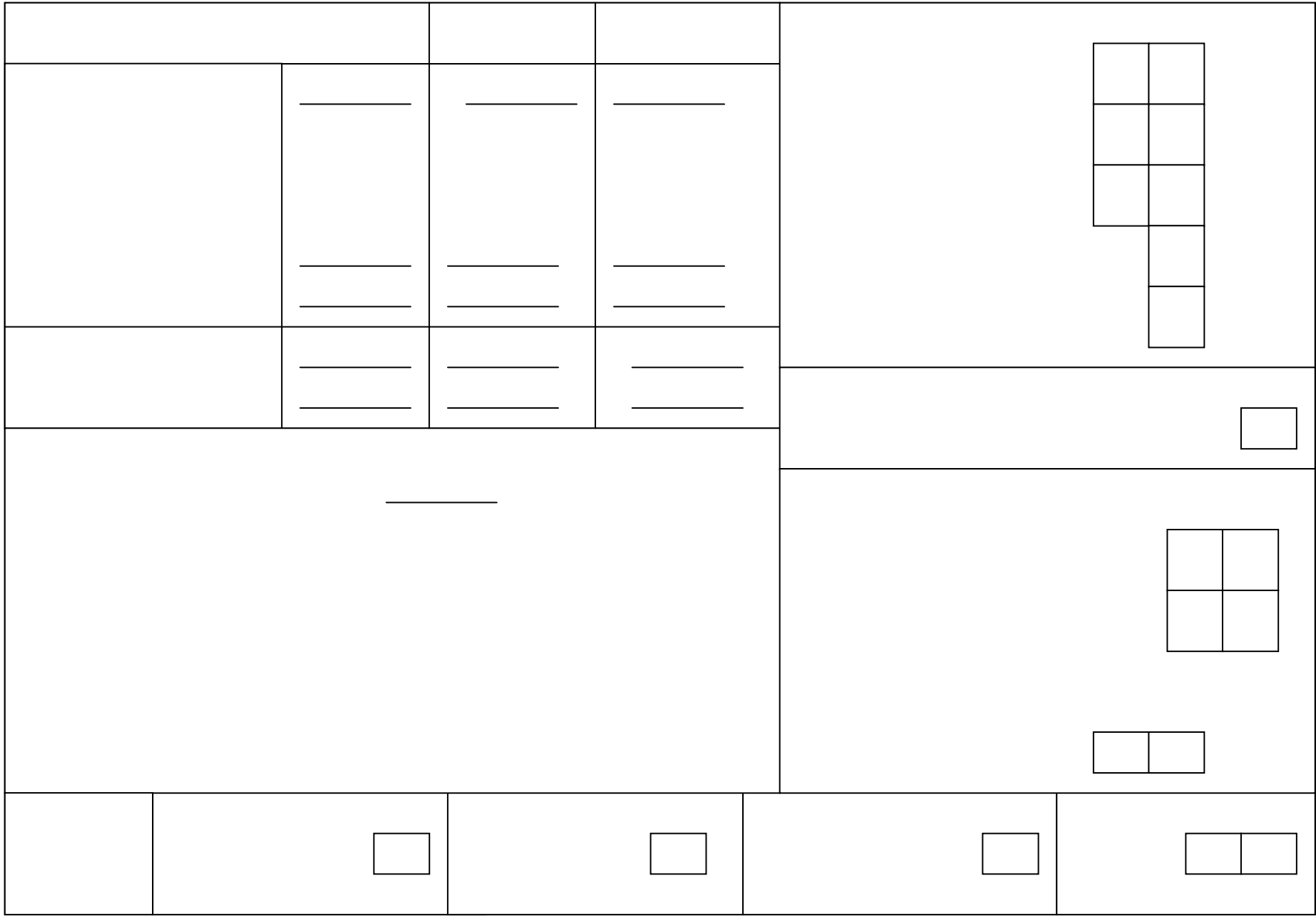
CONGLOMERADO	VIVIENDA

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
 E INFORMATICA
 ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD
 FAMILIAR - 1996
 CUESTIONARIO DEL HOGAR**

IDENTIFICACION																	
A.-IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B.-IDENTIFICACION MUESTRAL																
DEPARTAMENTO----- PROVINCIA----- DISTRITO----- CENTRO POBLADO----	-AREA URBANA ZONA----- MANZANA Nro.----- AREA RURAL A.E.R----- -																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																	VIVIENDA Nro.----- VIV. SUPLEMANTARIA Nro HOGAR Nro. DE SELECCIONANDO RA LA ESTA DE HOMBRES : SI-----1 NO-----2

DIRECCION VIVIENDA SELECCIONADA	-----
-----	-----
NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR	-----

VISITAS DEL (DE LA) ENTREVISTADOR(A)



LISTADO DEL

Ahora nos gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar o que se alojan

NO. DE ORDEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACION CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS
			<input type="checkbox"/> Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	<input type="checkbox"/> Durmió (NOMBRE) aquí anoche?			CONDICION ACTIVIDAD ECONOMICA
	Dígame por favor el nombre de las personas que habitualmente viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, comenzando por el jefe del hogar.	<input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el jefe del hogar? Códigos: 01 JEFE 02 ESPOSA/ESPOSO 03 HIJO/HIJA 04 YERNO/NUERA 05 NIETO/NIETA 06 PADRE/MADRE 07 SUEGRO/SUEGRA 08 HERMANO/HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO/HIJO DE CRIANZA 11 NO HAY PARENTESCO 98 NO SABE			<input type="checkbox"/> Es hombre o mujer?	<input type="checkbox"/> ¿Cuántos años tiene en años cumplidos?	<input type="checkbox"/> ¿Que hizo la semana pasada (NOMBRE)? Códigos: 1 Trabajó 2 No trabajó, pero tenía trabajo 3 Buscó trabajo 4 Estudiaba 5 Quehaceres del hogar 6 Otro 8 No sabe
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7a)

SI NO SI NO H M EN AÑOS

01	Jefe(a) del hogar: _____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
05		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
06		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
08		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solo para estar segura que tengo una lista completa:

- 1) Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO
- 2) Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, inquilinos o amigos que viven habitualmente aquí? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO
- 3) Tiene usted huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO

HOGAR

ahora con usted

PARA 6 AÑOS Y MAS DE EDAD		PARA MENORES DE 15 AÑOS		ELEGIBILIDAD		
EDUCACION		SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES				
<input type="checkbox"/> (NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?	SI ASISTIO A LA ESCUELA <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que asistió? Códigos nivel: 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUP. NO UNIVERSI. 4 SUP. UNIVERSI. <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue el año	<input type="checkbox"/> Est vivo la madre natural de (NOMBRE)?	ESTA VIVA <input type="checkbox"/> Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)? SI: <input type="checkbox"/> ¿Cuál es su nombre? ANOTE NUMERO DE ORDEN DE LA MADRE. NO: ANOTE "00".	<input type="checkbox"/> Est vivo el padre natural de (NOMBRE)?	ESTA VIVO <input type="checkbox"/> Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)? SI: <input type="checkbox"/> ¿Cuál es su nombre? ANOTE NUMERO DE ORDEN DEL PADRE. NO: ANOTE "00".	HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS ELEGIBLES PARA LA ENTREVISTA
	PARA TODAS LAS PERSONAS MENORES DE 25 AÑOS. <input type="checkbox"/> (NOMBRE) asiste a un centro de enseñanza regular?					MUJERES 15-49

más alto que
aprobó en ese
nivel?

PARA 6 AÑOS Y MAS
DE ESTUDIOS ANOTE 6
EN AÑO.

(8)		(9)		(10)		(11)			(12)			(13)			(14)		(15)	(15a)
SI	NO	NIVEL	AÑO	SI	NO	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS				
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	01
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	02
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	03
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04	04
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05	05
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	06
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07	07
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08	08
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	09
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13

1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	14	14
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	8	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	15	15

NUMERO TOTAL DE ELEGIBLES: MUJERES:

HOMBRES:.....

MARQUE AQUI SI CONTINUA EN OTRO CUESTIONARIO:.....

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE	A																											
16	<input type="checkbox"/> Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	RED PUBLICA: DENTRO LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILON/GRIFO PUBLICO..... 13 AGUA DE POZO: POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 POZO PUBLICO..... 22 AGUA DE SUPERFICIE: MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RIO/ACEQUIA..... 32 AGUA DE LLUVIA..... 41 CAMION TANQUE/AGUATERO..... 51 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→	18																											
17	<input type="checkbox"/> Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EN EL SITIO..... 996																													
18	<input type="checkbox"/> Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar? <input type="checkbox"/> Es de uso exclusivo o común?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">EXCLUSIVO</th> <th style="text-align: center;">COMUN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">CONECTADO A RED PUBLICA:</td> </tr> <tr> <td>DENTRO LA VIVIENDA.....</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td>FUERA LA VIVIENDA.....</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td>POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)....</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> <tr> <td>RIO, ACEQUIA O CANAL.....</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">41</td> </tr> <tr> <td>NO HAY SERVICIO (MATORRAL/CAMPO).....</td> <td style="text-align: center;">51</td> <td style="text-align: center;">51</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		EXCLUSIVO	COMUN	CONECTADO A RED PUBLICA:			DENTRO LA VIVIENDA.....	11	12	FUERA LA VIVIENDA.....	21	22	POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)....	31	32	RIO, ACEQUIA O CANAL.....	41	41	NO HAY SERVICIO (MATORRAL/CAMPO).....	51	51	OTRO _____	96	96	(ESPECIFIQUE)				
	EXCLUSIVO	COMUN																													
CONECTADO A RED PUBLICA:																															
DENTRO LA VIVIENDA.....	11	12																													
FUERA LA VIVIENDA.....	21	22																													
POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)....	31	32																													
RIO, ACEQUIA O CANAL.....	41	41																													
NO HAY SERVICIO (MATORRAL/CAMPO).....	51	51																													
OTRO _____	96	96																													
(ESPECIFIQUE)																															
19	<input type="checkbox"/> Tiene en su hogar:																														
	- electricidad?	ELECTRICIDAD.....	SI	NO																											
	- radio?	RADIO.....	1	2																											
	- televisor?	TELEVISOR.....	1	2																											
	- teléfono?	TELEFONO.....	1	2																											

	- refrigeradora? - computadora?	REFRIGERADORA..... 1 2 COMPUTADORA..... 1 2
19A	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿cuántas habitaciones son de uso en su hogar?	HABITACIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
20	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	HABITACIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
21	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?	PISO NATURAL: TIERRA/ARENA..... 11 PISO RUSTICO: MADERA (ENTABLADOS)..... 21 PISO ACABADO: PARQUET O MADERA PULIDA..... 31 LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS O SIMILAR..... 32 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES..... 33 CEMENTO/LADRILLO..... 34 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
22	¿Algún miembro de su hogar tiene: - bicicleta/triciclo? - motocicleta? - carro? - otro medio de transporte (peque-peque, caballo etc.)?	SI NO BICICLETA/TRICICLO..... 1 2 MOTOCICLETA..... 1 2 CARRO..... 1 2 OTRO _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)
23	En los últimos seis meses ¿algún miembro de su hogar ha recibido alimentos donados de alguna institución?	SI..... 1 NO..... 2 → 25
24	¿Cuál fue la institución u organización que le donó los alimentos? SONDEE: ¿Alguna otra? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	IGLESIA/CARITAS..... A MINISTERIO DE SALUD..... B MINISTERIO DE EDUCACION C PRONAA..... D ONG. _____ E (ESPECIFIQUE) CLUB DE MADRES..... F VASO DE LECHE G COMEDOR POPULAR..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)

25 | VUELVA A LA HOJA DE LA CUBIERTA Y LUEGO VEA LA COLUMNA 15 Y 15A Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL CORRESP.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
E INFORMATICA**

**ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD
FAMILIAR - 1996
CUESTIONARIO DEL HOGAR**

CONCLOMER				VIVIEN			

IDENTIFICACION	
A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B. IDENTIFICACION MUESTRAL
DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PROVINCIA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DISTRITO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CENTRO POBLADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- A R E A U R B A N A ZONA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MANZANA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/> - A R E A R U R A L A.E.R..... <input type="text"/> <input type="text"/> VIVIENDA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/> VIV. SUPLEMENTARIA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/> HOGAR N°..... <input type="text"/> DE <input type="text"/> SELECCIONADO PARA LA ENCUESTA DE HOMBRES: SI..... 1 NO..... 2

DIRECCION VIVIENDA SELECCIONADA _____
 NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DEL (DE LA) ENTREVISTADOR(A)				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> EQUIPO NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>

NOMBRE DEL (DE LA) ENTREVISTADOR(A)					ENTREVISTADOR(A).....	
RESULTADO***					RESULTADO FINAL.....	
PROXIMA VISITA:FECHA					NUMERO	
HORA					TOTAL DE VISITAS.....	
***CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA: 1 COMPLETA 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE 3 HOGAR AUSENTE 4 APLAZADA 5 RECHAZADA 6 VIVIENDA DESOCUPADA O NO ES VIVIENDA 7 VIVIENDA DESTRUIDA 8 VIVIENDA NO ENCONTRADA 9 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)					TOTALES: - EN EL HOGAR - MUJERES 15-49 - HOMBRES 15-59 N" DE ORDEN DE LA PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO DEL HOGAR	
NOMBRE FECHA	SUPERVISOR EN EL CAMPO	CRITICO EN EL CAMPO	CRITICO EN LA OFICINA	DIGITADOR(A)		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD FAMILIAR - 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

CONCLOMERADO				VIVIENDA		

IDENTIFICACION		
A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B. IDENTIFICACION MUESTRAL	
DEPARTAMENTO _____	- A R E A U R B A N A	VIVIENDA N°.....
PROVINCIA _____	ZONA.....	VIV. SUPLEMENTARIA N°.....
DISTRITO _____	MANZANA N°.....	HOGAR N".....
CENTRO POBLADO.....	- A R E A R U R A L	DE.....
	A.E.R.....	

NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: _____	
---	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DIA.....
				MES.....
				AÑO.....
				EQUIPO NUMERO.....

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				ENTREVISTADORA.....	<input type="checkbox"/>
RESULTADO***				RESULTADO FINAL.....	<input type="checkbox"/>
PROXIMA VISITA:FECHA				NUMERO	
HORA				TOTAL DE VISITAS.....	<input type="checkbox"/>
***CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 4 RECHAZADA 7 OTRA _____ 2 AUSENTE 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE (ESPECIFIQUE) 3 APLAZADA 6 INCAPACITADA					
NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRITICO EN EL CAMPO	CRITICO EN LA OFICINA	DIGITADOR(A)	
FECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A					
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... MINUTOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en una ciudad, en un pueblo o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5						
103	¿Cuánto tiempo vive usted continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			→ 105		
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5						
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 98	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					
106A	¿Tiene derecho a ser atendida en el Seguro Social (IPSS)?	SI..... 1 NO..... 2		→ 106C				

106B Utiliza dicho servicio de salud? || SI..... 1 || NO..... 2 ||

106C Tiene algún "plan" o seguro privado de salud (que no sea el IPSS)? || SI..... 1 || NO..... 2 || NO SABE..... 8 ||

106D VERIFIQUE 106: 16 AÑOS O MAS 15 AÑOS → 107

106E ¿Qué documentos de identidad tiene Ud.?
CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

BOLETA O LIBRETA MILITAR..... A
LIBRETA ELECTORAL..... B
OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
NINGUNO..... Z

107 ¿Alguna vez asistió a la escuela o colegio? || SI..... 1 || NO..... 2 → 114 ||

108 Educación:

- ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que asistió?
- ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?

AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS
- PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6

CIRCULE NIVEL ANOTE AÑO

INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0
PRIMARIA..... 1
SECUNDARIA..... 2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 3
SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 4

ASE A

110 | VERIFIQUE 106:

24 AÑOS
 0 MENOS

25 AÑOS
 0 MAS

➤113

111 | Actualmente est[] asistiendo a la escuela, colegio,
 instituto superior o universidad?

|| SI 1

|| NO 2

112 | Cu[]l es la raz[]n principal por la que dej[] de estudiar?

- QUEDO EMBARAZADA..... 01
- SE CASO..... 02
- PARA CUIDAR A LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03
- LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS..... 04
- NO PODIAN PAGAR..... 05
- NECESITABA GANAR DINERO 06
- SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07
- NO APROBO EXAMENES DE INGRESO..... 08
- NO QUISO ESTUDIAR..... 09
- ESCUELA MUY LEJOS..... 10
- OTRA: _____ 96
 (ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... 98

113 | VERIFIQUE 108:

PRIMARIA
 0 MENOS

SECUNDARIA
 0 SUPERIOR

➤115

114 | Puede usted leer y entender una carta o peri[]dico f[]cilmente, con dificultad, o no puede hacerlo?

- FACILMENTE 1
- CON DIFICULTAD 2
- NO PUEDE HACERLO..... 3

-➤116

115 | Lee Ud. un peri[]dico o revista por lo menos una vez a la

|| SI 1

	semana?	NO	2
116	¿Generalmente usted escucha radio todos los días?	SI	1
		NO	2
117	¿Generalmente Ud. ve televisión por lo menos una vez por semana?	SI	1
		NO	2
119	¿Que idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO.....	1
		QUECHUA.....	2
		AYMARA.....	3
		OTRA LENGUA ABORIGEN.....	4
		IDIOMA EXTRANJERO.....	5

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ASE A	CATEGORIAS Y CODIGOS	P
201	Ahora, me gustar[]a preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido durante su vida. Me refiero s[]lo a los hijos que usted ha dado a luz y no a los hijos adoptados o criados por usted. []Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	>206	SI..... 1 NO..... 2	
202	[]Tiene alguna hija o hijo que est[] viviendo con Ud.?	>204	SI..... 1 NO..... 2	
203	[]Cu[]ntas hijas y cu[]ntos hijos viven con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"		HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	[]Tiene Ud. alguna hija o hijo que no est[] viviendo con Ud.?	>206	SI..... 1 NO..... 2	
205	[]Cu[]ntas hijas o hijos vivos no est[]n viviendo con Ud? SI NINGUNO ANOTE "00"		HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	[]Alguna vez di[] a luz a una ni[]a o a un ni[]o que naci[] vivo pero que falleci[] despu[]s? SI DIJO NO, INDAGUE: []Tuvo usted alg[]n (otro) ni[]a o ni[]o que llor[] o mostr[] alg[]n signo de vida pero que s[]lo vivi[] pocas horas o d[]as?	>208	SI..... 1 NO..... 2	
207	[]Cu[]ntas hijas han muerto?		HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

¿Cuántos hijos han muerto?

HIJOS MUERTOS.....

SI NINGUNO ANOTE "00"

208 SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL

TOTAL.....

SI NINGUNO ANOTE "00"

209 VERIFIQUE 208:

Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:
Ud. ha tenido en TOTAL [] hijos nacidos vivos
durante su vida. ¿Es correcto?

SI NO → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO

210 VERIFIQUE 208:

UNO O MAS NINGUN

NACIMIENTOS NACIMIENTO

→ 227

HISTORIA DE NACIMIENTOS

- 211 - ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212: LOS MELLIZOS O TRILLIZOS ANOTELOS EN LINEAS SEPARADAS.
 - SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos sus hijos, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	SI ESTA VIVO: ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI ESTA MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, 0 AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUILTELE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ...2	MES.. <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
02	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ...2	MES.. <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
03	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ...2	MES.. <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
04	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ...2	MES.. <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2

(NOMBRE)					219		220)	AÑOS.... 3			NACIMIENTO)	
05	SIMPLE..1	HOM..1	MES..		SI.. 1	EDAD EN AÑOS	SI.... 1	DIAS.... 1		SI..... 1	SI... 1	
	MULT....2	MUJ..2			NO.. 2		NO.... 2	MESES... 2		NO..... 2	NO... 2	
(NOMBRE)			AÑO..		219		(PASE A 220)	AÑOS.... 3		(PROXIMO NACIMIENTO)		
06	SIMPLE..1	HOM..1	MES..		SI.. 1	EDAD EN AÑOS	SI.... 1	DIAS.... 1		SI..... 1	SI... 1	
	MULT....2	MUJ..2			NO.. 2		NO.... 2	MESES... 2		NO..... 2	NO... 2	
(NOMBRE)			AÑO..		219		(PASE A 220)	AÑOS.... 3		(PROXIMO NACIMIENTO)		
07	SIMPLE..1	HOM..1	MES..		SI.. 1	EDAD EN AÑOS	SI.... 1	DIAS.... 1		SI..... 1	SI... 1	
	MULT....2	MUJ..2			NO.. 2		NO.... 2	MESES... 2		NO..... 2	NO... 2	
(NOMBRE)			AÑO..		219		(PASE A 220)	AÑOS.... 3		(PROXIMO NACIMIENTO)		
08	SIMPLE..1	HOM..1	MES..		SI.. 1	EDAD EN AÑOS	SI.... 1	DIAS.... 1		SI..... 1	SI... 1	
	MULT....2	MUJ..2			NO.. 2		NO.... 2	MESES... 2		NO..... 2	NO... 2	
(NOMBRE)			AÑO..		219		(PASE A 220)	AÑOS.... 3		(PROXIMO NACIMIENTO)		

<p>212 <input type="checkbox"/>Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?</p>	<p>213 <input type="checkbox"/>El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?</p>	<p>214 <input type="checkbox"/>Es (NOMBRE) hombre o mujer?</p>	<p>215 <input type="checkbox"/>En qué mes y año nació (NOMBRE)?</p>	<p>216 <input type="checkbox"/>Está vivo(a) (NOMBRE)?</p>	<p>217 SI ESTA VIVO: <input type="checkbox"/>Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO</p>	<p>218 SI ESTA VIVO: <input type="checkbox"/>Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?</p>	<p>219 SI ESTA MUERTO: <input type="checkbox"/>Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: <input type="checkbox"/>Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, 0 AÑOS.</p>	<p>220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITELE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?</p>	<p>221 <input type="checkbox"/>Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?</p>
<p>09</p> <hr/> <p>(NOMBRE)</p>	<p>SIMPLE...1 MULT....2</p>	<p>HOM...1 MUJ...2</p>	<p>MES... <input type="text"/><input type="text"/> AÑO... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI... 1 NO... 2 219</p>	<p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI.... 1 NO.... 2 (PASE A ← 220)</p>	<p>DIAS.... 1 <input type="text"/><input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/><input type="text"/> AÑOS.... 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO ← NACIMIENTO)</p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>
<p>10</p> <hr/> <p>(NOMBRE)</p>	<p>SIMPLE...1 MULT....2</p>	<p>HOM...1 MUJ...2</p>	<p>MES... <input type="text"/><input type="text"/> AÑO... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI... 1 NO... 2 219</p>	<p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI.... 1 NO.... 2 (PASE A ← 220)</p>	<p>DIAS.... 1 <input type="text"/><input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/><input type="text"/> AÑOS.... 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO ← NACIMIENTO)</p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>
<p>11</p> <hr/> <p>(NOMBRE)</p>	<p>SIMPLE...1 MULT....2</p>	<p>HOM...1 MUJ...2</p>	<p>MES... <input type="text"/><input type="text"/> AÑO... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI... 1 NO... 2 219</p>	<p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI.... 1 NO.... 2 (PASE A ← 220)</p>	<p>DIAS.... 1 <input type="text"/><input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/><input type="text"/> AÑOS.... 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO ← NACIMIENTO)</p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>
<p>12</p> <hr/> <p>(NOMBRE)</p>	<p>SIMPLE...1 MULT....2</p>	<p>HOM...1 MUJ...2</p>	<p>MES... <input type="text"/><input type="text"/> AÑO... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI... 1 NO... 2 219</p>	<p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI.... 1 NO.... 2 (PASE A ← 220)</p>	<p>DIAS.... 1 <input type="text"/><input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/><input type="text"/> AÑOS.... 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO ← NACIMIENTO)</p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>
<p>13</p>	<p>SIMPLE...1 MULT....2</p>	<p>HOM...1 MUJ...2</p>	<p>MES... <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>	<p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI.... 1 NO.... 2</p>	<p>DIAS.... 1 <input type="text"/><input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2</p>	<p>SI... 1 NO... 2</p>

	(NOMBRE)	AÑO..	219	(PASE A ←)	220	AÑOS.... 3	(PROXIMO ←)	NACIMIENTO)	
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA (96) RESTE EL AÑO DEL ULTIMO NACIMIENTO. LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS?						SI..... 1	NO..... 2	→ 223A
223	<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.						SI..... 1	NO..... 2	
223A	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS EN LA PREGUNTA 208 Y EL TOTAL EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA)								
224	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P 215)..... PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (P 217)..... PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P 219).....							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
224A	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY PASE A 225.			1.	2.	3.			
224B	<input type="checkbox"/> Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 SI NINGUNO, ANOTE "0"							<input type="text"/>	
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "N"								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
227	<input type="checkbox"/> Est Ud. embarazada actualmente? <div style="text-align: center;">0</div>	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE/NO ESTA SEGURA..... 8 ↙	23								
228	<input type="checkbox"/> Cuantos meses de embarazo tiene? ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA	MESES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table>	0								
0											
229	Cuando Ud. qued embarazada, quer a quedar embarazada entonces, quer a esperar m s tiempo, o no quer a tener (m s) hijos?	QUERIA QUEDAR EMBARAZADA..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA TENER (MAS) HIJOS..... 3									
230	<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que termin en p rdida, aborto o nacido muerto?	SI.....1 NO.....2 →	236								
231	<input type="checkbox"/> En qu mes y a o termin el ltimo de estos embarazos?	MES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO TERMINO DESDE ENERO DE 1991 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1991 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> →			236				
233	<input type="checkbox"/> Cuantos meses de embarazo ten a Ud. cuando termin el ltimo embarazo (p rdida, aborto, nacido muerto)? ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO.	MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table>	0								
0											
234	<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en p rdida, aborto o nacido muerto? <div style="text-align: center;">6</div>	SI..... 1 NO..... 2 →	23								
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1991, PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DEL EMBARAZO TERMINADO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.										

236 ¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?

(FECHA, SI LA DA)

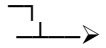
HACE: DIAS..... 1
SEMANAS..... 2
MESES..... 3
AÑOS..... 4

HISTERECTOMIZADA..... 993
EN LA MENOPAUSIA/YA NO MENSTRUA..... 994
ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 995
NUNCA HA MENSTRUADO..... 996

237 Cree Ud. que entre una regla y otra ¿hay días en los cuales una mujer puede quedar más fácilmente embarazada?

300

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8



238 Para Ud. ¿cuáles son esos días?

DURANTE SU PERIODO/REGLA..... 01
INMEDIATAMENTE DESPUES
DE TERMINADO EL PERIODO/REGLA..... 02
EN LA MITAD DEL CICLO..... 03
JUSTO ANTES DE QUE
COMIENZE EL PERIODO/REGLA..... 04
OTRO: _____ 96
(ESPECIFIQUE)
NO SABE..... 98

SECCION 3. ANTICONCEPCION

- 300
- ENCIERRE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.
 - PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302.
 - ENCIERRE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO
 - LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios m[etodos] o maneras que una pareja puede usar demorar o evitar un embarazo.

	301 <input type="checkbox"/> Qu[isiera] m[etodos] o maneras conoce Ud. o de cu[ales] ha o[ido] hablar?	302 <input type="checkbox"/> Conoce o ha o[ido] hablar de (METODO)?	303 <input type="checkbox"/> Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?
	SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO NO	
01 PILDORA ·Las mujeres pueden tomar todos los d[ías] una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2 3	SI 1 NO 2
02 DIU ·El m[édico] puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre.)	1	2 3	SI 1 NO 2
03 INYECCION ANTICONCEPTIVA ·Algunas mujeres se hacen aplicar una inyecci[ón] cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2 3	SI 1 NO 2
04 IMPLANTES (NORPLANT) ·Las mujeres pueden tener seis c[ápsulas] en la parte alta de su brazo, colocadas por un doctor o enfermera, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco a[ños].	1	2 3	SI 1 NO 2
05 OVULOS, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES, JALEA ·Las mujeres pueden colocar un [óvulo], jalea o crema dentro de la vagina antes de relaci[ón].	1	2 3	SI 1 NO 2
06 PRESERVATIVO O CONDON ·Los hombres pueden usar un preservativo o cond[ón] durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2 3	SI 1 NO 2
07 ESTERILIZACION FEMENINA ·Algunas mujeres pueden someterse a una operaci[ón] para evitar embarazos (ligadura de trompas).	1	2 3	<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. una operaci[ón] para evitar tener m[ás] hijos? SI 1 NO 2
08 ESTERILIZACION MASCULINA ·Algunos hombres pueden someterse a una operaci[ón] para evitar	1	2 3	<input type="checkbox"/> Ha tenido un esposo/compa[ñero] que se ha hecho

que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA).

				operar para no tener hijos? SI 1 NO 2
09	ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO ·Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	1	2	3 SI 1 NO 2
10	RETIRO ·Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, o eyacular fuera de la vagina de la mujer.	1	2	3 SI 1 NO 2
11	OTROS METODOS ·Es decir de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	2	3 SI 1 NO 2
	(ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2
	(ESPECIFIQUE)			

304	VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)	<input type="checkbox"/>	AL MENOS UN "SI" (HA USADO METODO)	<input type="checkbox"/>	→ PASE A 308
-----	---	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------

305 | Alguna vez usted ha usado algo o hecho algo para postergar o evitar salir embarazada? || SI..... 1 →307
 NO..... 2

306 | ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO
 306A | PASE A 331

307 | Qu^o ha usado o qu^o ha hecho? _____
 CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO). _____

308 | Cu^{al} fu^e el primer m^otodo que us^o Ud. para no quedar embarazada?
 PILDORA..... 01
 DIU..... 02
 INYECCION..... 03
 IMPLANTES (NORPLANT)..... 04
 VAGINALES (CREMA, JALEA)..... 05
 CONDON..... 06
 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07
 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08
 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09
 RETIRO..... 10
 OTRO: _____ 96
 (ESPECIFIQUE)

309 | Cu^{antos} hijos ten^{ia} Ud. cuando empez^o a usar el primer m^otodo para no quedar embarazada?
 SI NINGUNO ANOTE "00"
 NUMERO DE HIJOS.....

311 | VERIFIQUE 303
 MUJER NO ESTERILIZADA MUJER ESTERILIZADA →314A

312 | VERIFIQUE 227:
 NO EMBARAZADA O NO SABE EMBARAZADA →325

313 | Actualmente est^{an} Ud. o su pareja usando alg^{un} m^otodo || SI..... 1

para no quedar embarazada?

NO..... 2 → 325

314 ¿Qué método están Uds. usando?

PILDORA..... 01
DIU..... 02 → 323B
INYECTABLES..... 03
IMPLANTES (NORPLANT)..... 04 → 324
VAGINALES..... 05
CONDON..... 06
ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 317D
ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 → 318
ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 → 323
RETIRO..... 10 → 324
OTRO: _____ 96 → 324
(ESPECIFIQUE)

314A ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA

315 ¿Puedo ver la caja de píldoras que Ud. está usando ahora?

MOSTRO CAJA: _____ 1 → 317
(NOMBRE)
NO MOSTRO CAJA (TIENE)..... 2
NO MOSTRO CAJA (NO TIENE)..... 3

(ANOTE NOMBRE)

316	¿Sabe Ud. el nombre de las píldoras que está usando?	NOMBRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
317	¿Cuánto le cuesta un ciclo (caja) de pastillas anticonceptivas?	COSTO EN SOLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS..... 96 NO SABE..... 98
317A	¿En algún momento del mes pasado, dejó Ud. de tomar la píldora al menos un día?	SI..... 1 NO..... 2 NO TOMO MES ANTERIOR..... 3 → 317C
317B	¿Por qué dejó de tomarla?	MANCHADO/SANGRADO..... 01 OTRA MOLESTIA..... 02 PERIODO NO LLEGO..... 03 SE ACABARON LAS PILDORAS..... 04 OLVIDO/PERDIO PAQUETE..... 05 RELACIONES ESPORADICAS..... 06 OLVIDO DE TOMAR LAS PILDORAS..... 07 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)
317C	¿Que hace si se olvida de tomar la píldora por un día?	TOMA UNA PILDORA AL DIA SIGUIENTE..... 01 TOMA DOS JUNTAS AL DIA SIGUIENTE..... 02 AL DIA SIGUIENTE: - UNA CUANDO RECUERDA Y - UNA COMO DE COSTUMBRE..... 03 → 324 USA OTRO METODO..... 04 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SE LE OLVIDA..... 97
317D	¿Cree Ud. que con la operación que tuvo terminó su capacidad de tener más hijos?	SI..... 1 → 318 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 318
317E	¿Por que cree Ud. que podría tener más hijos?	REVERSIBLE..... 01 PUEDE FALLAR..... 02 HA ESCUCHADO QUE UNA MUJER

TUVO HIJO DESPUES DE SER OPERADA.....	03
CONOCE DE UNA MUJER QUE TUVO HIJO DESPUES DE OPERARSE.....	04
OTRO _____	96
(ESPECIFIQUE)	

318 ¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio?

SI EL ESTABLECIMIENTO ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR E IDENTIFIQUE EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO

(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)

SECTOR GOBIERNO	
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....	10
CENTRO DE SALUD MINSA.....	11
HOSPITAL DEL IPSS.....	14
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15
CAMPAÑA/FERIA/JORNADA.....	18
SECTOR PRIVADO	
CLINICA PRIVADA.....	20
CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR.....	24
ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG)	
CLINICA/POSTA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ONG.....	31
OTRO _____	96
(ESPECIFIQUE)	
NO SABE.....	98

318C | Antes de la operaci3n [recibi] (recibieron) consejo sobre este m3todo?

- SI, ELLA SOLA..... 1
- SI, EL SOLO..... 2
- SI, EN PAREJA..... 3
- NO..... 4

321 | [En qu3 mes y a3o la (lo) operaron?

MES.....

AÑO.....

322 | VERIFIQUE 321:

ESTERILIZACION ANTES DE ENERO 1991

ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1991

ESTERILIZACION DESPUES DE ENERO 1991

ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION

322A | VERIFIQUE 322:

ESTERILIZACION ANTES DE ENERO 1991

PASE A 334

ESTERILIZACION DESPUES DE ENERO 1991

PASE A 325

323 | [C3mo determina Ud. en qu3 d3as de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales?

- CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01
- CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02
- CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO BILLINGS)..... 03 → 324
- CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04
- NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05
- OTRO: _____ 96
- (ESPECIFIQUE)

323B | [Cu3nto tuvo que pagar Ud. por el DIU?

- COSTO EN SOLES.....
- GRATIS..... 996
- NO SABE/NO RECUERDA..... 998

323C | ¿En qué mes y año le insertaron el DIU la última vez?

MES.....

--	--

AÑO.....

--	--

323D | ¿Cuántos controles se ha hecho desde entonces?

NUMERO.....

--	--

|| NO SABE/NO RECUERDA..... 98 → 324A

324 | ¿En qué mes y año empezó a usar (METODO) la última vez?

MES.....

--	--

AÑO.....

--	--

324A | EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, ANOTE EL CODIGO DEL METODO QUE APARECE CIRCULADO EN LA PREGUNTA 314 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES DE USO HASTA LA FECHA EN LA CUAL EMPEZO.

325

SI LA MUJER NO USA METODO ACTUALMENTE (CODIGO 2 EN 313) ANOTE "0" EN EL MES DE LA ENTREVISTA. SI LA MUJER TUVO UN NACIMIENTO EN EL MES DE LA ENTREVISTA, NO ANOTE "0", CONSERVE "N"

PARA TODAS LAS MUJERES:

- USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1991.
- USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.

Me gustar[]a hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros per[]odos en los []ltimos a[]os durante los cuales usted o su compa[]ero ha usado un m[]todo para evitar quedar embarazada.

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:

COLUMNA 1. PARA INDAGAR POR PERIODOS DE USO Y NO USO. PREGUNTE POR TIPO DE METODO, CUANDO EMPEZO A USAR CONTINUAMENTE. EL FRASEO DEPENDERA DEL TIPO DE SEGMENTO (INTERVALO ABIERTO, CERRADO, ETC.)

- []Cu[]ndo fu[] la []ltima vez que Ud. us[] un m[]todo?
- []Desde su []ltimo nacimiento, hizo usted algo para evitar quedar embarazada?
- []Antes de quedar embarazada de (NOMBRE) hizo usted algo...?
- []Antes de que usted empezara a usar (METODO) hizo usted algo....?

- []Cu[]l fue el []ltimo m[]todo que usted us[] entonces?
- []Cu[]ndo empez[] Ud. a usar ese m[]todo entonces? []Por cu[]nto tiempo us[] el m[]todo entonces?
- []Cu[]nto tiempo despu[]s del nacimiento de (NOMBRE)?

COLUMNA 2. SI DEJO DE USAR EL METODO, AUN EN CASOS EN LOS CUALES CAMBIO DE METODO, PREGUNTE:

- []Por qu[] dej[] Ud. de usar el m[]todo?

COLUMNA 2. SI DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA PREGUNTE:

- []Cu[]ntos meses le tom[] a Ud. quedar embarazada despu[]s de que dej[] de usar (METODO)? ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1

COLUMNA 2. SI LA FECHA DE DISCONTINUACION DEL METODO ES MUY PROXIMA AL MOMENTO DEL EMBARAZO, PREGUNTE:

- []Usted qued[] embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dej[] para quedar embarazada, o lo dej[] por otras razones?

327

VERIFIQUE 314:

CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE O EL CODIGO "00" SI LA 314 NO SE PREGUNTO.

PARA EL CODIGO "96" EN LA 314 COPIE EL NOMBRE DEL METODO

NO SE PREGUNTO.....	00	→ 331
PILDORA.....	01	
DIU.....	02	
INYECCION.....	03	
IMPLANTES (NORPLANT).....	04	
VAGINALES.....	05	
CONDON.....	06	
ESTERILIZACION FEMENINA.....	07	
ESTERILIZACION MASCULINA.....	08	→ 334
ABSTINENCIA PERIODICA.....	09	
RETIRO.....	10	→ 332

328 ¿Dónde obtuvo Ud. (MÉTODO) la última vez?

 (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCIÓN)

SECTOR GOBIERNO		
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....	10	—
CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	11	—
PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	12	—
PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....	13	—
HOSPITAL DEL IPSS.....	14	—
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15	—
OTRO GOBIERNO _____	19	—
(ESPECIFIQUE)		
SECTOR PRIVADO		
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	20	—
FARMACIA/BOTICA.....	21	—
MEDICO PARTICULAR.....	23	— 334
OTRO PRIVADO: _____	29	—
(ESPECIFIQUE)		
O.N.G.		
CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....	31	—
PROMOTORES DE ONG.....	32	—
OTRO:		
TIENDA/SUPERMERCADO.....	41	—
IGLESIA.....	42	—
AMIGOS/PARIENTES.....	43	—
OTRO: _____	96	—
(ESPECIFIQUE)		

331 ¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?

CIRCULE LA RAZON PRINCIPAL

- NO EN UNION..... 11
- RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD
 - NO TIENE REL. SEXUALES..... 21
 - SEXO POCO FRECUENTE..... 22
 - MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA..... 23 → 336A
 - SUBFECUNDA/INFERTIL..... 24
 - POSTPARTO/LACTANCIA..... 25
 - DESEA MAS HIJOS..... 26
 - EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 27
- OPOSICION A USAR
 - ENTREVISTADA SE OPONE..... 31
 - MARIDO SE OPONE..... 32
 - OTROS SE OPONEN..... 33
 - PROHIBICION RELIGIOSA..... 34
 - FATALISTA..... 35
- FALTA DE CONOCIMIENTO
 - NO CONOCE METODO..... 41
 - NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42
- RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO
 - PROBLEMAS DE SALUD..... 51
 - MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52
 - FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... 53
 - MUY COSTOSO..... 54
 - INCONVENIENTE PARA USAR..... 55
 - INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56
- OTRA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... 98

332 ¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?

- SI..... 1
- NO..... 2 → 334

333 ¿Cuál es ese lugar?

- SECTOR GOBIERNO
 - HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... 10
 - CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 11

(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)

PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	12
PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....	13
HOSPITAL DEL IPSS.....	14
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15
OTRO GOBIERNO _____	19
(ESPECIFIQUE)	
SECTOR PRIVADO	
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	20
FARMACIA/BOTICA.....	21
MEDICO PARTICULAR.....	22
OTRO PRIVADO: _____	29
(ESPECIFIQUE)	
O.N.G.	
CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....	31
PROMOTOR DE ONG.....	32
OTRO:	
TIENDA/SUPERMERCADO.....	41
IGLESIA.....	42
AMIGOS/PARIENTES.....	43
OTRO: _____	96
(ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
334	<input type="checkbox"/> En los <input type="checkbox"/> ltimos 12 meses la ha visitado alguna trabajadora de planificaci3n familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
335	<input type="checkbox"/> Ha visitado alg3n establecimiento o unidad de salud en los <input type="checkbox"/> ltimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 336
A			
336	<input type="checkbox"/> Alguien de ese centro m3dico o de salud le ha hablado acerca de los m3todos de planificaci3n familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
336A	VERIFIQUE 210: UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		→ 465
338	<input type="checkbox"/> Piensa Ud. que mientras una mujer est3 lactando aumentan los riesgos de quedar embarazada, disminuyen o no se ven afectados?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO SE AFECTAN, IGUALES..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	→ 401
338A	Cuando una mujer - quiere postergar el siguiente embarazo y - s3lo est3 dando pecho a su beb3, <input type="checkbox"/> cree usted que el retorno de la menstruacion es un indicio o se3al para que ella empiece a usar planificaci3n familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
338B	Cuando una mujer - quiere postergar el siguiente embarazo y - s3lo est3 dando pecho a su beb3, <input type="checkbox"/> cree usted que cuando le empieza a disminuir la leche es un indicio o se3al para que ella empiece a usar planificaci3n familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
338C	Cuando una mujer - quiere postergar el siguiente embarazo y - s3lo est3 dando pecho a su beb3, <input type="checkbox"/> cree usted que cuando el beb3 cumple seis meses es un indicio o se3al para que ella empiece a usar planificaci3n familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

338D Cuando una mujer
 - quiere postergar el siguiente embarazo y
 - s[]lo est[] dando pecho a su beb[],
 [] cree usted que cuando el beb[] empiece a comer/tomar
 otros alimentos o l[]quidos es una se[]al para que ella
 empiece a usar planificaci[]n familiar?

SI..... 1
 NO..... 2
 NO SABE..... 8

340 [] Ud. ha confiado alguna vez en la lactancia como m[]todo
 para evitar embarazos?

SI..... 1
 NO..... 2 → 401

341 VERIFIQUE 227 y 311:

EMBARAZADA O
 ESTERILIZACION FEMENINA

→ 401

TODAS LAS DEMAS

342 [] Est[] Ud. actualmente confiando en la lactancia para
 evitar quedar embarazada?

SI..... 1
 NO..... 2

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL →

401	VERIFIQUE 225: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 <input type="checkbox"/> → (PASE A 465)
-----	--	---

402 - ANOTE EN LA TABLA EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991.
 - HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE TRES UTILICE CUESTIONARIOS ADICIONALES).

Ahora me gustar[]a hacerle algunas preguntas acerca de la salud de todos sus hijos nacidos vivos desde enero de 1991. (Hablemos de cada uno de ellos, uno a uno).

403	ULTIMO NACIDO VIVO NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212	PENULTIMO NACIDO VIVO N" DE ORDEN	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO N" DE ORDEN
-----	--	--	--

404	EN LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE) DE LA PREGUNTA 216 →	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
-----	---	---	---	---

405	Cuando qued[] embarazada de (NOMBRE) []quer[]a quedar embarazada entonces, quer[]a esperar m[]s tiempo o no queria tener (m[]s) hijos?	ENTONCES..... 1] (PASE A 407) ← ESPERAR MAS..... 2 NO MAS..... 3] (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1] (PASE A 407) ← ESPERAR MAS..... 2 NO MAS..... 3] (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1] (PASE A 407) ← ESPERAR MAS..... 2 NO MAS..... 3] (PASE A 407) ←
-----	--	--	--	--

406	[]Qu[]nto tiempo le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998
-----	--	---	---	---

407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) []se hizo control prenatal? Si SI: - []A qui[]n acudi[] Ud.?	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD.. E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA.. F	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD.. E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA.. F	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD.. E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA.. F
-----	--	--	--	--

- ¿A alguien más?

INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA

CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
NO SE CONTROLÓ..... Y
(PASE A 410) ←

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
NO SE CONTROLÓ..... Y
(PASE A 410) ←

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
NO SE CONTROLÓ..... Y
(PASE A 410) ←

407A

Cuando estaba embarazada de
(NOMBRE) ¿dónde se controló?

CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE
MENCIONE

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA. D
PUESTO SALUD MINSA. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLIN.
PARTICULAR..... G
CASA DE PARTERA.... Q

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA. D
PUESTO SALUD MINSA. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLIN.
PARTICULAR..... G
CASA DE PARTERA.... Q

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA. D
PUESTO SALUD MINSA. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLIN.
PARTICULAR..... G
CASA DE PARTERA.... Q

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

408

¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud.
cuando se hizo su primer control
prenatal?

MESES.....
NO SABE.....98

MESES.....
NO SABE.....98

MESES.....
NO SABE.....98

409

¿Cuántos controles prenatales tuvo
Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?

VECES.....
NO SABE.....98

VECES.....
NO SABE.....98

VECES.....
NO SABE.....98

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
410	<p>Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebú contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento?</p>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8
411	<p>Durante ese embarazo ¿cuántas veces le pusieron esa vacuna?</p>	VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8	VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8	VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8
412	<p>¿Dónde dió Ud. a luz a (NOMBRE)?</p> <p>IDENTIFIQUE EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE.</p>	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUESTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUESTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUESTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
413	<p>¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>TRATE DE INDAGAR EL TIPO DE PERSONA Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES.</p>	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y

414	<p>Quando naci (NOMBRE) Ud. tuvo:</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado, es decir contracciones fuertes y regulares que duraron m[s de 12 horas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado excesivo despu[s del parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre alta con sangrado vaginal que ol[a mal?</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones no causadas por fiebre?</p>	<p>SI NO</p> <p>LABOR PROLONGADA.. 1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO. 1 2</p> <p>FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2</p> <p>CONVULSIONES..... 1 2</p>	<p>SI NO</p> <p>LABOR PROLONGADA...1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO..1 2</p> <p>FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO.....1 2</p> <p>CONVULSIONES.....1 2</p>	<p>SI NO</p> <p>LABOR PROLONGADA...1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO..1 2</p> <p>FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO.....1 2</p> <p>CONVULSIONES.....1 2</p>
415	<p>(NOMBRE) naci por operaci[n ces[rea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
416	<p>Quando (NOMBRE) naci era:</p> <p><input type="checkbox"/> muy grande,</p> <p>m[s grande que el promedio, era del tama[no promedio,</p> <p><input type="checkbox"/> muy peque[no que el promedio, o muy peque[no?</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2</p> <p>PROMEDIO..... 3</p> <p>MAS PEQUE[NO QUE PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUE[NO..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2</p> <p>PROMEDIO..... 3</p> <p>MAS PEQUE[NO QUE PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUE[NO..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2</p> <p>PROMEDIO..... 3</p> <p>MAS PEQUE[NO QUE PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUE[NO..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
417	<input type="checkbox"/> Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A) ←
418	<input type="checkbox"/> Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNE DE NACIMIENTO.	GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> NO SABE..... 99998
418A	<input type="checkbox"/> (NOMBRE) fue inscrito en la municipalidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
419	<input type="checkbox"/> Le volvió la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 421) ← NO..... 2 (PASE A 422) ←		
420	<input type="checkbox"/> Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424) ←
421	<input type="checkbox"/> Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 424)		
423	<input type="checkbox"/> Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425) ←		

424	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>
		NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98

425	¿Le dió pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1
		NO..... 2 (PASE A 431) ←	NO..... 2 (PASE A 431) ←	NO..... 2 (PASE A 431) ←

426	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE 1 Y ANOTE "00". SI MENOS DE 24 HORAS CIRCULE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MAS DE 24 HORAS CIRCULE 2 Y ANOTE LOS DIAS.	INMEDIATAMENTE.....000	INMEDIATAMENTE.....000	INMEDIATAMENTE.....000
		HORAS..... 1 <input type="text"/>	HORAS..... 1 <input type="text"/>	HORAS..... 1 <input type="text"/>
		DIAS..... 2 <input type="text"/>	DIAS..... 2 <input type="text"/>	DIAS..... 2 <input type="text"/>

427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>
			(PASE A 429) ↓		(PASE A 429) ↓		(PASE A 429) ↓

428	¿Todavía le está dando de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 432) ←	SI..... 1 (PASE A 432) ←	SI..... 1 (PASE A 432) ←
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
--	--	------------------------------------	---------------------------------------	---

429	¿Durante cuántos meses le di Ud. de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
-----	--	---	---	---

430	¿Por qué dejó de darle de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MADRE ESTABA ENFERMA. 01 LECHE INSUFICIENTE... 02 PROBLEMA DE PEZONES.. 03 NIÑO RECHAZO PECHO .. 04 EDAD DE DESTETE..... 05 QUEDO EMBARAZADA..... 06 TRABAJO FUERA DE CASA..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ESTABA ENFERMA..01 LECHE INSUFICIENTE... 02 PROBLEMA DE PEZONES.. 03 NIÑO RECHAZO PECHO... 04 EDAD DE DESTETE..... 05 QUEDO EMBARAZADA..... 06 TRABAJO FUERA DE CASA..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ESTABA ENFERMA..01 LECHE INSUFICIENTE....02 PROBLEMAS DE PEZONES..03 NIÑO RECHAZO PECHO....04 EDAD DE DESTETE..... 05 QUEDO EMBARAZADA..... 06 TRABAJO FUERA DE CASA..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
-----	--	---	---	---

431	VERIFIQUE 404:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)
-----	----------------	---	---	---

432	¿Cuántas veces le di de lactar (pecho) a (NOMBRE) entre las 6 de la tarde de ayer y las 6 de la mañana de hoy? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	--	--	--	--

433	El día de ayer ¿cuántas veces le di de lactar (pecho) a (NOMBRE), entre las 6 de la mañana y las 6 de la tarde? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	---	--	--	--

434	En el día de ayer o anoche ¿(NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
-----	--	--	--	--

En algùn momento de ayer o de anoche se le dió a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos:

	SI	NO	NS		SI	NO	NS		SI	NO	NS				
- <input type="checkbox"/> Agua sola?				AGUA SOLA.....	1	2	8	AGUA SOLA.....	1	2	8	AGUA SOLA.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Agua azucarada?				AGUA AZUCARADA..	1	2	8	AGUA AZUCARADA..	1	2	8	AGUA AZUCARADA..	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Jugo?				JUGO.....	1	2	8	JUGO.....	1	2	8	JUGO.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Mates/infusiones				MATES.....	1	2	8	MATES.....	1	2	8	MATES.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Fórmula para bebés (NAN S26, SIMILAC etc.)?				FORMULAS PARA BEBES.....	1	2	8	FORMULAS PARA BEBES.....	1	2	8	FORMULAS PARA BEBES.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Leche en polvo?				LECHE EN POLVO..	1	2	8	LECHE EN POLVO..	1	2	8	LECHE EN POLVO..	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Leche fresca?				LECHE FRESCA....	1	2	8	LECHE FRESCA....	1	2	8	LECHE FRESCA....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Leche evaporada?				LECHE EVAPORADA.	1	2	8	LECHE EVAPORADA.	1	2	8	LECHE EVAPORADA.	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Algùn otro líquido?				ALGUN OTRO LIQUIDO.....	1	2	8	ALGUN OTRO LIQUIDO.....	1	2	8	ALGUN OTRO LIQUIDO.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Alguna comida hecha de cereal (maíz, avena, soya, arroz etc.)?				COMIDA HECHA DE CEREAL.....	1	2	8	COMIDA HECHA DE CEREAL.....	1	2	8	COMIDA HECHA DE CEREAL.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Alguna comida hecha de tubérculos (plátano, yuca, camote etc.)?				COMIDA HECHA DE TUBERCULOS....	1	2	8	COMIDA HECHA DE TUBERCULOS....	1	2	8	COMIDA HECHA DE TUBERCULOS....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Huevos, pescado, pollo?				HUEVOS,PESCADO, POLLO.....	1	2	8	HUEVOS,PESCADO, POLLO.....	1	2	8	HUEVOS,PESCADO, POLLO.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Carne?				CARNE.....	1	2	8	CARNE.....	1	2	8	CARNE.....	1	2	8
- <input type="checkbox"/> Cualquier otra comida sólida o semisólida?				CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA..	1	2	8	CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA..	1	2	8	CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA..	1	2	8

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
--	------------------------------------	---------------------------------------	---

436	VERIFIQUE 435: AYER SE LE DIO ALIMENTO O LIQUIDO?	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)
-----	--	--	---	--	---	--	---

436A	VERIFIQUE 428 PARA VER SI TODAVIA LE DA PECHO	"SI" <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	"SI" <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	"SI" <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)
------	---	---	--	---	--	---	--

436B	Adems de la lactancia, cuntas veces comi ayer (NOMBRE) incluyendo tanto las comidas principales como otras? SI 7 0 MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> (PASE A 438) ←	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> (PASE A 438) ←	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> (PASE A 438) ←	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8
------	--	---	---	---	----------------	----------------	----------------

437	Cuntas veces comi ayer (NOMBRE), incluyendo tanto las comidas principales como otras? SI 7 0 MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8
-----	---	---	---	---

438	Cuntos das de la ltima semana se le di a (NOMBRE) algo de lo siguiente: - Agua sola? - Cualquier tipo de leche (distinta a la leche materna)?	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/> LECHE..... <input type="checkbox"/>	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/> LECHE..... <input type="checkbox"/>	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/> LECHE..... <input type="checkbox"/>
-----	---	--	--	--

- Otros líquidos?
- Comida hecha de cereal (maíz, soya, avena, arroz etc.)?
- Comida hecha de tubérculos (plátano, yuca, camote etc.)?
- Huevos, pescado, pollo?
- Carne?
- Cualquier otra comida sólida o semisólida?

OTROS LIQUIDOS.....

COMIDA HECHA DE CEREAL.....

COMIDA HECHA DE TUBERCULOS.....

HUEVOS, PESCADO, POLLO.....

CARNE.....

CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....

OTROS LIQUIDOS.....

COMIDA HECHA DE CEREAL.....

COMIDA HECHA DE TUBERCULOS.....

HUEVOS, PESCADO, POLLO.....

CARNE.....

CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....

OTROS LIQUIDOS.....

COMIDA HECHA DE CEREAL.....

COMIDA HECHA DE TUBERCULOS.....

HUEVOS, PESCADO, POLLO.....

CARNE.....

CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....

439

REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A

REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A

REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A

SECCION 4B. LACTANCIA Y ANTICONCEPCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																										
439A	VERIFIQUE 216: ULTIMO NIÑO ESTA VIVO: NOMBRE: _____ <input type="checkbox"/>	EL ULTIMO NIÑO ESTA MUERTO <input type="checkbox"/>	440																										
439C	Desde el inicio del embarazo de (NOMBRE) o después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. ha recibido algún consejo sobre la lactancia materna?	SI..... 1 NO..... 2	439G																										
439D	<input type="checkbox"/> Quién le aconsejó u orient� más sobre la lactancia materna o darle pecho a (NOMBRE)?	<table border="0"> <tr><td>MEDICO.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>OBSTETRIZ.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>ENFERMERA.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>SANITARIO.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>FARMACEUTICO.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>PARTERA.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>ESPOSO.....</td><td>08</td></tr> <tr><td>MADRE.....</td><td>09</td></tr> <tr><td>HERMANA.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>OTRO PARIENTE.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>OTRO: _____</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	MEDICO.....	01	OBSTETRIZ.....	02	ENFERMERA.....	03	SANITARIO.....	04	FARMACEUTICO.....	05	PARTERA.....	06	PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR.....	07	ESPOSO.....	08	MADRE.....	09	HERMANA.....	10	OTRO PARIENTE.....	11	OTRO: _____	96	(ESPECIFIQUE)		
MEDICO.....	01																												
OBSTETRIZ.....	02																												
ENFERMERA.....	03																												
SANITARIO.....	04																												
FARMACEUTICO.....	05																												
PARTERA.....	06																												
PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR.....	07																												
ESPOSO.....	08																												
MADRE.....	09																												
HERMANA.....	10																												
OTRO PARIENTE.....	11																												
OTRO: _____	96																												
(ESPECIFIQUE)																													
439E	VERIFIQUE 425: LE DIO PECHO A (NOMBRE) ALGUNA VEZ	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	439G																										
439F	<input type="checkbox"/> Hasta que edad le aconsejaron que diera de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 98																											
439G	<input type="checkbox"/> Qué es lo primero que se le debe dar al recién nacido?	<table border="0"> <tr><td>LECHE MATERNA/CALOSTRO.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>AGUA SOLA.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>LECHE MATERNIZADA.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>MIEL.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>TE, HIERBAS, INFUSIONES.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>JUGO.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>OTRO: _____</td><td>96</td></tr> </table>	LECHE MATERNA/CALOSTRO.....	01	AGUA SOLA.....	02	AGUA AZUCARADA.....	03	LECHE MATERNIZADA.....	04	MIEL.....	05	TE, HIERBAS, INFUSIONES.....	06	JUGO.....	07	OTRO: _____	96											
LECHE MATERNA/CALOSTRO.....	01																												
AGUA SOLA.....	02																												
AGUA AZUCARADA.....	03																												
LECHE MATERNIZADA.....	04																												
MIEL.....	05																												
TE, HIERBAS, INFUSIONES.....	06																												
JUGO.....	07																												
OTRO: _____	96																												

		(ESPECIFIQUE)	
		NO SABE.....	98
439H	<input type="checkbox"/> ¿Cuáles son las ventajas de dar de lactar (pecho) a los bebés? SONDEE: <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ES SENCILLO/FACIL..... NATURAL..... BUENA NUTRICION PARA EL BEBE..... PROTEGE EL BEBE DE ENFERMEDAD..... POSTERGA SIGUIENTE EMBARAZO..... SIN MUCHO COSTO..... OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) NO HAY VENTAJAS..... NO SABE.....	A B C D E F X Y Z
439I	<input type="checkbox"/> ¿Usted cree que dar de lactar (pecho) al bebé causa algún problema de salud a la madre? NO	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8
439J	<input type="checkbox"/> ¿Qué problemas de salud se le pueden presentar a la madre por dar de lactar (pecho)? SONDEE: <input type="checkbox"/> ¿Algun otro problema? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	INFECCION DEL SENO..... PEZONES AGRIETADOS..... DEFORMACION DEL SENO..... OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	A B C X

439K

439K El uso del biberón presenta dificultades/desventajas o problemas?
 SI..... 1
 NO..... 2
 NO SABE..... 8 → 439M

439L ¿Qué desventajas o problemas presenta el uso del biberón?
 SONDEE:
 ¿Algun otro problema?
 CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

NO DISPONE DE AGUA POTABLE..... A
 LECHE AGUADA DEBIDO AL ALTO COSTO..... B
 OTROS PROBLEMAS DEL COSTO..... C
 DIARREA DEL BEBE..... D
 COLICO DEL BEBE..... E
 BEBE NO GANA SUFICIENTE PESO..... F
 MUCHO TRABAJA..... G
 OTRO: _____ X
 (ESPECIFIQUE)

439M Desde el inicio del embarazo de (NOMBRE) o después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. ha recibido algún consejo sobre planificación familiar?
 SI..... 1
 NO..... 2 → 4390

439N ¿Quién le aconsejó sobre el uso de planificación familiar?
 SONDEE:
 ¿Alguien más?
 CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

MEDICO..... A
 OBSTETRIZ..... B
 ENFERMERA..... C
 SANITARIO..... D
 FARMACEUTICO..... E
 PARTERA..... F
 PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR..... G
 ESPOSO..... H
 MADRE..... I
 HERMANA..... J
 OTRO PARIENTE..... K
 OTRO: _____ X
 (ESPECIFIQUE)

4390 VERIFIQUE LA PRIMERA COLUMNA DEL CALENDARIO:
 USO DE ANTICONCEPCION DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO:
 SI : USO DE _____ (NOMBRE DEL METODO) _____ NO: _____
 DESPUES DE _____ MESES DEL ULTIMO NACIMIENTO
 ↓

→ 439S

439P ¿Quién fue la persona que más influyó para que Ud. usara planificación familiar?
 MEDICO..... 01
 OBSTETRIZ..... 02
 ENFERMERA..... 03
 SANITARIO..... 04
 FARMACEUTICO..... 05

PARTERA	06
PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR.....	07
ESPOSO.....	08
MADRE.....	09
HERMANA.....	10
OTRO PARIENTE.....	11
OTRO: _____	96
(ESPECIFIQUE)	

439Q ¿A que se debe que Ud. empezara a usar planificación familiar a los (VEA 4390) _____ meses del nacimiento de su último hijo y no antes o después?

REANUDO RELACIONES SEXUALES.....	01
REANUDO LA MENSTRUACION.....	02
TERMINO/CAMBIO LACTANCIA.....	03
CAMBIO EN EL DESEO DE TENER MAS HIJOS..	04
MENSAJE DE RADIO/TELEVISION.....	05
POR RECOMENDACION.....	06
OTRO: _____	96
(ESPECIFIQUE)	
NO SABE/NO RECUERDA.....	98

439R | Por qué decidió Ud. usar (METODO)?

- EFICACIA DEL METODO.....01
- EXPERIENCIA PREVIA.....02
- NO INTERFIERE CON LA LACTANCIA MATERNA. 03
- SEGURIDAD DEL METODO.....04
- MENSAJE DE RADIO/TELEVISION.....05
- MAS BARATO QUE OTROS METODOS.....06
- FUE RECOMENDADO.....07

- OTRO: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

439S | Cree Ud. que hay métodos de planificación familiar que no
son de uso apropiado para una mujer que está lactando
(dando pecho).

- SI..... 1
 - NO..... 2
 - NO SABE..... 8
- 440

439T | Cuáles son esos métodos?

SONDEE:

Algún otro método?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- PILDORA..... A
- MINI PILDORA..... B
- DIU..... C
- INYECTABLES..... D
- IMPLANTES (NORPLANT)..... E
- VAGINALES..... F
- CONDON..... G
- ESTERILIZACION FEMENINA..... H
- ESTERILIZACION MASCULINA..... I
- ABSTINENCIA PERIODICA..... J
- RETIRO..... K

- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

SECCION 4C. INMUNIZACION Y SALUD

440 - ANOTE EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS UTILICE UN CUESTIONARIO ADICIONAL).

441		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
	NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212	N" DE ORDEN..... <input type="text"/>	N" DE ORDEN..... <input type="text"/>	N" DE ORDEN..... <input type="text"/>

442	- VEA LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE) - VEA LA PREGUNTA 216 →	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A LA PROXIMA COLUMNA; 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 465)	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A LA PROXIMA COLUMNA; 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 465)	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A LA PROXIMA COLUMNA; 0, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 465)
-----	---	---	---	---

443	<input type="checkbox"/> Tiene Ud. la tarjeta de vacunaci ^o n de (NOMBRE)? <input type="checkbox"/> Me permite verla por favor?	SI, VISTA..... 1 (PASE A 445) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 447) ← SIN TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 445) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 447) ← SIN TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 445) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 447) ← SIN TARJETA..... 3
-----	---	---	---	---

444	<input type="checkbox"/> Tuvo Ud. alguna vez la tarjeta de vacunaci ^o n de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 447) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 447) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 447) ← NO..... 2
-----	---	--	--	--

445	1) COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COL. DIA, SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO SE ANOTO LA FECHA. BCG? POLIO 0? (al nacimiento) POLIO 1? POLIO 2?	DIA MES AÑO BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																	DIA MES AÑO BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																	DIA MES AÑO BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																

POLIO 3?

DPT 1?

DPT 2?

DPT 3?

SARAMPION?

P3

D1

D2

D3

S

P3

D1

D2

D3

S

P3

D1

D2

D3

S

446 ¿(NOMBRE) recibí otras dosis de estas vacunas que no están anotadas en esta tarjeta?

ANOTE "SI" SOLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, Y/O SARAMPION.

SI..... 1
(INDAGUE POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE) A DIA EN 445)

NO..... 2
NO SABE..... 8

SI..... 1
(INDAGUE POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE) A DIA EN 445)

NO..... 2
NO SABE..... 8

SI..... 1
(INDAGUE POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE) A DIA EN 445)

NO..... 2
NO SABE..... 8

446A

(PASE A 449)

(PASE A 449)

(PASE A 449)

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
	NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
447	<input type="checkbox"/> Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle contra las enfermedades? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle contra las enfermedades? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle contra las enfermedades? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ← NO SABE..... 8
448	Por favor dígame si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:		
448A	<input type="checkbox"/> Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro derecho que deja una cicatriz? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro derecho que deja una cicatriz? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro derecho que deja una cicatriz? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448B	<input type="checkbox"/> Recibió una vacuna contra la polio, es decir, gotas en la boca? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió una vacuna contra la polio, es decir, gotas en la boca? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió una vacuna contra la polio, es decir, gotas en la boca? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E) ← NO SABE..... 8
448C	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?
448D	<input type="checkbox"/> Cuándo se le dio la primera vacuna para la polio: inmediatamente, después del nacimiento o más tarde? INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2	<input type="checkbox"/> Cuándo se le dio la primera vacuna para la polio: inmediatamente, después del nacimiento o más tarde? INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2	<input type="checkbox"/> Cuándo se le dio la primera vacuna para la polio: inmediatamente, después del nacimiento o más tarde? INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2
448E	<input type="checkbox"/> Recibió la vacuna DPT, es decir, una inyección usualmente aplicada al mismo tiempo con las gotas de la polio? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió la vacuna DPT, es decir, una inyección usualmente aplicada al mismo tiempo con las gotas de la polio? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G) ← NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió la vacuna DPT, es decir, una inyección usualmente aplicada al mismo tiempo con las gotas de la polio? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G) ← NO SABE..... 8
448F	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Cuántas veces?
448G	<input type="checkbox"/> Recibió una inyección en el hombro izquierdo para prevenir el sarampión? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió una inyección en el hombro izquierdo para prevenir el sarampión? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> Recibió una inyección en el hombro izquierdo para prevenir el sarampión? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
449	<input checkbox="" type="checkbox/>(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, incluyendo hoy?
 SI..... 1
 NO..... 2
 NO SABE..... 8 </td> <td> <input type="/> (NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, incluyendo hoy? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input checkbox="" type="checkbox/>(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, incluyendo hoy?
 SI..... 1
 NO..... 2
 NO SABE..... 8 </td> </tr> <tr> <td>450</td> <td> <input type="/> (NOMBRE) ha tenido tos en las	<input checkbox="" type="checkbox/>(NOMBRE) ha tenido tos en las </td> <td> <input type="/> (NOMBRE) ha tenido tos en las

Últimas 2 semanas?

NO..... 2
(PASE A 454) ←
NO SABE..... 8

NO..... 2
(PASE A 454) ←
NO SABE..... 8

NO..... 2
(PASE A 454) ←
NO SABE..... 8

451 Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado o tenía dificultad para respirar?

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8

452 ¿Busc Ud. consejo o tratamiento para la tos?

SI..... 1
NO..... 2
(PASE A 454) ←

SI..... 1
NO..... 2
(PASE A 454) ←

SI..... 1
NO..... 2
(PASE A 454) ←

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	
453	<input type="checkbox"/> Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? SONDEE: <input type="checkbox"/> En alguna otra parte, o vio a alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
454	<input type="checkbox"/> (NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, incluyendo hoy?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464) ← NO SABE..... 8
455	<input type="checkbox"/> Hubo sangre en la deposición (en la materia fecal)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
456	<input type="checkbox"/> En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
457	<input type="checkbox"/> Durante la diarrea, ¿le dio Ud. a (NOMBRE) de tomar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de líquidos que le daba antes de la diarrea?	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8
458	<input type="checkbox"/> Durante la diarrea, ¿le dio de comer a (NOMBRE) igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3

alimentos sólidos que le daba antes || NO SABE..... 8 || NO SABE..... 8 || NO SABE..... 8
de la diarrea?

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
459	Durante la diarrea le di a (NOMBRE):			
		SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS
	- Un liquido preparado de un paquete especial (sales de rehidratación oral, salvadora)?	SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8	SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8	SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8
	- Liquido preparado con arroz, cereal, tuberculos, frutas?	LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8	LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8	LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8
	- Sopa/caldo?	SOPA/CALDO.....1 2 8	SOPA/CALDO.....1 2 8	SOPA/CALDO.....1 2 8
	- Té, mates/infusión sin azúcar?	TE, MATES INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8	TE/MATES/ INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8	TE/MATES/ INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8
	- Té, mates/infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, líquidos con cafeína?	MATES AZUCARADOS/ GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA....1 2 8	MATES AZUCARADOS/ GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA....1 2 8	MATES AZUCARADOS/ GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA....1 2 8
	- Leche o fórmula para bebés?	LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8	LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8	LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8
	- Preparación de yogurt?	YOGURT.....1 2 8	YOGURT.....1 2 8	YOGURT.....1 2 8
	- Agua?	AGUA.....1 2 8	AGUA.....1 2 8	AGUA.....1 2 8
	- Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS...1 2 8	OTROS LIQUIDOS...1 2 8	OTROS LIQUIDOS...1 2 8
460	¿Le dieron algo (m/s) para tratar la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ← NO SABE..... 8
461	¿Qué (m/s) le dieron para tratar la diarrea?	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
462	¿Busc Ud. consejo o tratamiento	SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1

para la diarrea?

NO..... 27
(PASE A 464) <----->

NO..... 27
(PASE A 464) <----->

NO..... 27
(PASE A 464) <----->

463 ¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento?

SONDEE:

¿En alguna otra parte o vio a alguien más?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA.. D
PUESTO SALUD MINSA.. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F
PROMOTOR SALUD..... G
URO COMUNAL..... H

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLINICA
PARTICULAR..... I
BOTIQUIN POPULAR.... J
FARMACIA/BOTICA..... K
FAMILIAR/AMIGO..... L

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA.. D
PUESTO SALUD MINSA.. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F
PROMOTOR SALUD..... G
URO COMUNAL..... H

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLINICA
PARTICULAR..... I
BOTIQUIN POPULAR.... J
FARMACIA/BOTICA..... K
FAMILIAR/AMIGO..... L

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

SECTOR GOBIERNO
HOSPITAL:
MINSA..... A
IPSS..... B
FFAA Y PN..... C
CENTRO SALUD MINSA.. D
PUESTO SALUD MINSA.. E
POLICLINICO/CENTRO/
POSTA IPSS..... F
PROMOTOR SALUD..... G
URO COMUNAL..... H

SECTOR PRIVADO
CONSULTORIO/CLINICA
PARTICULAR..... I
BOTIQUIN POPULAR.... J
FARMACIA/BOTICA..... K
FAMILIAR/AMIGO..... L

OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

464

REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.

REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.

REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.

465	Cuando una niña o un niño tiene diarrea se le debería dar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de líquidos que lo usual?	IGUAL..... 1 MAS CANTIDAD..... 2 MENOS CANTIDAD..... 3 NO SABE..... 8
466	Cuando una niña o un niño tiene diarrea se le debería dar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de comida que lo usual?	IGUAL..... 1 MAS CANTIDAD..... 2 MENOS CANTIDAD..... 3 NO SABE..... 8
467	Cuando una niña o un niño está enfermo con diarrea, qu síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a un establecimiento de salud? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS..... A VOMITO REPETIDO..... B SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... C FIEBRE..... D NO COME/NO BEBE BIEN..... E SI NO HAY MEJORIA..... F DESHIDRATACION..... G SED PRONUNCIADA..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z
468	Cuando una niña o niño está enfermo con tos, qu síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a un establecimiento de salud? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RESPIRACION AGITADA..... A DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B RESPIRACION RUIDOSA..... C FIEBRE..... D INCAPAZ DE BEBER..... E NO COME/NO BEBE BIEN..... F SE SIENTE MAS ENFERMO/MUY ENFERMO..... G SI NO HAY MEJORIA..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
468A	Si una niña o niño tiene tos y presenta respiración agitada o rápida, que acción tomaría Ud.? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESPERAR UNOS DIAS PARA VER QUE PASA.... A DARLE BEBIDAS CALIENTES..... B DARLE ALGUN REMEDIO YA TOMADO ANTES.... C FROTARLE EL PECHO O ESPALDA CON ALGUN REMEDIO..... D ABRIGARLO BIEN..... E BUSCAR AYUDA EN LA FARMACIA..... F BUSCAR AYUDA DE UN MEDICO..... G LLEVARLO A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)

NO SABE..... Z

468B Cuando una ni[ña] o ni[ño] tiene tos puede tener neumon[ía]/pulmon[ía]. [C]omo reconocer[la] Ud. la neumon[ía]/pulmon[ía]?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- RONCA EL PECHO..... A
- RESPIRACION RAPIDA O AGITADA,CANSANCIO. B
- FIEBRE..... C
- SE LE HUNDE EL PECHO..... D
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E
- NO QUIERE COMER..... F
- OTRO: _____ X
- (ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

469 VERIFIQUE 459, TODAS LAS COLUMNAS:

NINGUN NIÑO(A) RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL O NO SE PREGUNTO

ALGUN NIÑO(A) RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL

→471

470 [C]Ha o[ido] Ud. de alg[un] producto especial llamado sales de rehidrataci[ón] oral (Salvadora) que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?

- SI..... 1
- NO..... 2

471	VERIFIQUE 410, TODAS LAS COLUMNAS: NINGUNA VEZ RECIBIO VACUNA ANTITETANICA <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>	SI RECIBIO VACUNA ANTITETANICA <input type="checkbox"/>	→473
-----	--	---	------

472	En los últimos cinco años, ¿le han aplicado a Ud. una vacuna contra el tétano?	SI..... 1 NO..... 2 <input checked="" type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> →474
-----	---	--

473	¿Cuántas veces ha recibido la vacuna contra el tétano en los últimos cinco años?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
-----	---	---

474	¿Ha oído o escuchado de una prueba de papanicolao? (Es decir un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2 →476
-----	--	--------------------------------

475	¿Le hicieron una prueba de papanicolao en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2
-----	--	---------------------------

476	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2
-----	---	---------------------------

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
E INFORMATICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD

FAMILIAR - 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - HOMBRES DE 15 A 59 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA			

IDENTIFICACION	
A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B. IDENTIFICACION MUESTRAL
DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- A R E A U R B A N A ZONA..... <input type="text"/> <input type="text"/>
PROVINCIA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MANZANA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/>
DISTRITO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- A R E A R U R A L A.E.R..... <input type="text"/> <input type="text"/>
CENTRO POBLADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VIVIENDA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	VIV. SUPLEMENTARIA N°..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	HOGAR N"..... <input type="text"/> DE <input type="text"/>

NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DEL HOMBRE EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

VISITAS DEL ENTREVISTADOR			
	1a.	2a.	3a.
			VISITA FINAL

FECHA NOMBRE DEL ENTREVISTADOR RESULTADO***				FECHA: DIA..... MES..... AÑO..... EQUIPO NUMERO..... ENTREVISTADOR..... RESULTADO FINAL.....
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS.....
***CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 4 RECHAZADA 7 OTRA _____ 2 AUSENTE 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE (ESPECIFIQUE) 3 APLAZADA 6 INCAPACITADA				
NOMBRE FECHA	SUPERVISOR EN EL CAMPO _____	CRITICADO EN EL CAMPO _____	CRITICO EN LA OFICINA _____	DIGITADOR(A) _____

SECCION 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION	HORA..... MINUTOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				
102	Primero me gustar[]a hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, []d[]nde vivi[] la mayor parte del tiempo: en una ciudad, en un pueblo o en el campo? SONDEE: SI ES CIUDAD, []Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5					
103	[]Cu[]nto tiempo vive usted cont[]nuamente en este lugar? (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	A[]OS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				
104	Antes de que Ud. se viniera a vivir aqu[], []viv[]a en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SONDEE: SI ES CIUDAD, []Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5					
105	[]En qu[] mes y a[]o naci[] Ud.?	MES..... NO SABE EL MES..... 98 A[]O..... NO SABE EL A[]O..... 98	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				
106	[]Cu[]ntos a[]os cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN A[]OS CUMPLIDOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				
107	[]Alguna vez asisti[] a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	[]111				
108	Educaci[]n: - []Cu[]l fue el nivel de estudios m[]s alto que asisti[]? - []Cu[]l fue el a[]o m[]s alto que aprob[] en ese nivel?	CIRCULE NIVEL ANOTE A[]O INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0 PRIMARIA..... 1	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>				

AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS
 - PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6

SECUNDARIA..... 2
 SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 3
 SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 4

110	VERIFIQUE 108: PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/>
-----	---	--

→ 112

111	<input type="checkbox"/> Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o no puede hacerlo?	FACILMENTE 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO..... 3 → 113
-----	--	---

112	<input type="checkbox"/> Lee Ud. un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2
-----	---	--------------------------

113	<input type="checkbox"/> Generalmente escucha usted radio todos los días?	SI 1 NO 2
-----	---	--------------------------

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
114	<input type="checkbox"/> Generalmente Ud. ve televisi[]n por lo menos una vez por semana?	SI 1 NO 2	
114A	Ahora me gustar[]a hacerle unas preguntas sobre su experiencia laboral. <input type="checkbox"/> Qu[] hizo Ud. la semana pasada?	TRABAJO..... 01 NO TRABAJO, PERO TENIA TRABAJO..... 02 →117 BUSCO TRABAJO, PERO TRABAJABA ANTES.... 03 BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ..... 04 ESTUDIABA..... 05 ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR..... 06 VIVIA DE SU PENSION O JUBILACION..... 07 ES RENTISTA..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
116	<input type="checkbox"/> Ud. ha trabajado en los []ltimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 →125	
117	<input type="checkbox"/> Qu[] ocupaci[]n, oficio o profesi[]n desempe[] Ud.? INDAGUE: <input type="checkbox"/> Qu[] cosas hiz[], que tareas realiz[] Ud. principalmente en su trabajo?	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
118	VERIFIQUE 117: TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> →120	
119	Ud. trabaja principalmente <input type="checkbox"/> en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de alguien m[]s o en tierra comunal?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5	
120	<input type="checkbox"/> Ud. hace este trabajo para alguien de su familia, para alguien m[]s, o trabaja por cuenta propia?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA ALGUIEN MAS..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
121	Usualmente <input type="checkbox"/> Ud. trabaja durante todo el a[]o, trabaja estacionalmente, o s[]lo de vez en cuando?	A TRAVES DE TODO EL A[]O..... 1 →122A ESTACIONALMENTE/POR EPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 →122B	
122	Durante los []ltimos 12 meses, <input type="checkbox"/> cu[]ntos meses trabaj[]?	NUMERO DE MESES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

122A (En los meses en que Ud. trabajó). ¿Cuántos días a la semana generalmente trabajó?

NUMERO DE DIAS.....

→123

122B Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó?

NUMERO DE DIAS.....

--	--	--

123 Generalmente ¿cuánto dinero gana por su trabajo?

INDAGUE: ¿Cada cuánto tiempo?

	1	2	3	4	5	6
POR HORA..... 1						
POR DIA..... 2						
POR SEMANA..... 3						
POR QUINCENA..... 4						
POR MES..... 5						
POR AÑO..... 6						
OTRO: _____						9999996

(ESPECIFIQUE)

125 ¿Que idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?

CASTELLANO.....	1
QUECHUA.....	2
AYMARA.....	3
OTRA LENGUA ABORIGEN.....	4
IDIOMA EXTRANJERO.....	5

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos que Ud. ha tenido durante su vida; me refiero sólo a los hijos de los cuales usted es el padre biológico y no a los hijos adoptados o criados por Ud. <input type="checkbox"/> Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	→206
202	<input type="checkbox"/> Tiene alguna hija o hijo que está viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→204
203	<input type="checkbox"/> Cuántas hijas y cuántos hijos viven con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
204	<input type="checkbox"/> Tiene Ud. alguna hija o hijo que no está viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→206
205	<input type="checkbox"/> Cuántas hijas o hijos vivos no están viviendo con Ud? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> HIJOS FUERA..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
206	<input type="checkbox"/> Ha tenido una niña o un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: <input type="checkbox"/> Ha tenido usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→208
207	<input type="checkbox"/> Cuántas hijas han muerto? <input type="checkbox"/> Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL	TOTAL..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

SI NINGUNO ANOTE "00"

209

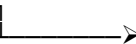
VERIFIQUE 208:

Quisiera asegurarme que tengo la informaci3n correcta:
Ud. ha tenido en TOTAL [__|__] hijos nacidos vivos
durante toda su vida. 3Es correcto?

SI



NO



INDAGUE Y
CORRIJA 201 - 208
SI ES NECESARIO

210

VERIFIQUE 208:

UNO O MAS
HIJOS



NINGUN
HIJO



300

211

Cuando qued3 embarazada su pareja con el 3ltimo hijo,
3quer3a que ella quedara embarazada entonces, quer3a
esperar m3s tiempo, o no quer3a tener mas hijos?

QUEDARA EMBARAZADA ENTONCES..... 1
QUERIA ESPERAR..... 2
NO QUERIA TENER MAS HIJOS..... 3

SECCION 3. ANTICONCEPCION

300 ENCIERRE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. ENCIERRE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO. LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.

	301 <input type="checkbox"/> Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?	302 <input type="checkbox"/> Conoce o ha oído hablar de (METODO)?	303 <input type="checkbox"/> Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?
	SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO NO	
01 PILDORA ·Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2 3	SI 1 NO 2
02 DIU ·El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre.)	1	2 3	SI 1 NO 2
03 INYECCION ANTICONCEPTIVA ·Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2 3	SI 1 NO 2
04 IMPLANTES (NORPLANT) ·Las mujeres pueden tener seis cápsulas en la parte alta de su brazo, colocadas por un doctor o enfermera, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2 3	SI 1 NO 2
05 OVULOS, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES, JALEA ·Las mujeres pueden colocar un óvulo, jalea o crema dentro de la vagina antes de la relación.	1	2 3	SI 1 NO 2
06 PRESERVATIVO O CONDON ·Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2 3	SI 1 NO 2
07 ESTERILIZACION FEMENINA ·Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura de trompas).	1	2 3	<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. una pareja que se hizo operar para no tener hijos? SI 1 NO 2
08 ESTERILIZACION MASCULINA ·Algunos hombres			<input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. una operación

	pueden someterse a una operaci3n para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA).	1	2	3	para evitar tener m3s hijos? SI 1 NO 2
09	ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO .Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos d3as del mes en los cuales la mujer tiene m3s riesgo de quedar embarazada.	1	2	3	SI 1 NO 2
10	RETIRO .Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	1	2	3	SI 1 NO 2
11	OTROS METODOS .Es decir de otras formas o m3todos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	2	3	SI 1 NO 2
		_____ (ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2
		_____ (ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2

304 | VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI"
(NUNCA HA USADO)

305

AL MENOS UN "SI"
(HA USADO METODO)

➤ PASE A 306A

305	<input type="checkbox"/> Alguna vez usted ha usado algo o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 → 309	
-----	---	------------------------------	--

306	<input type="checkbox"/> Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).	_____ _____	
-----	---	----------------	--

306A	VERIFIQUE 303: HOMBRE NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	HOMBRE ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> → 308A	
------	---	---	--

307	<input type="checkbox"/> Actualmente está Ud. o su pareja usando algún método para evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 → 309	
-----	--	------------------------------	--

308	<input type="checkbox"/> Qué método están Uds. usando?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECTABLES..... 03 IMPLANTES..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 401 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
308A	ENCIERRE "08" PARA ESTERILIZACION MASCULINA		

309	<input type="checkbox"/> Cuál es la razón principal para que Uds. no están usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	NO EN UNION..... 11 RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 PAREJA MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.. 23 PAREJA SUBFECUNDA/INFECUNDA..... 24 POSTPARTO/LACTANCIA..... 25 DESEA (MAS) HIJOS..... 26 PAREJA EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 27 OPOSICION A USAR	
-----	---	---	--

CIRCULE LA RAZON PRINCIPAL

ENTREVISTADO SE OPONE..... 31
PAREJA SE OPONE..... 32
OTROS SE OPONEN..... 33
PROHIBICION RELIGIOSA..... 34

FALTA DE CONOCIMIENTO:

NO CONOCE METODO..... 41
NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42

RAZONES RELACIONADAS

CON EL METODO

PROBLEMAS DE SALUD..... 51
MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52
FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53
CUESTA DEMASIADO..... 54
INCONVENIENTE DE USAR..... 55
INTERFIERE CON PROCESOS
NORMALES DEL CUERPO..... 56

OTRA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

NO SABE..... 98

SECCION 4. NUPCIALIDAD MASCULINA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
401	<input type="checkbox"/> Actualmente Ud. est[] casado o conviviendo?	SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 SI, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNION..... 3	→ 407
404	<input type="checkbox"/> Actualmente tiene Ud. una pareja? Me refiero a alguien con quien mantiene relaciones sexuales permanentemente u ocasionalmente. <input type="checkbox"/> 0 no tiene pareja?	PAREJA SEXUAL PERMANENTE..... 1 PAREJA SEXUAL OCASIONAL..... 2 NO TIENE PAREJA SEXUAL..... 3	
405	<input type="checkbox"/> Anteriormente ha estado Ud. casado o ha convivido?	SI, ESTUVO CASADO..... 1 SI, CONVIVIO..... 2 NO..... 3	→ 410F
406	<input type="checkbox"/> Actualmente es Ud. viudo, divorciado o separado?	VIUDO..... 1 DIVORCIADO..... 2 SEPARADO..... 3	
407	<input type="checkbox"/> Ud. ha convivido o se ha casado s[]lo una vez o m[]s de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	
408	VERIFIQUE 407: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CASADO/UNIDO CON UNA MUJER SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> En qu[] mes y a[]o empez[] a vivir con su esposa/compa[]era? </div> <div style="text-align: center;"> CASADO/UNIDO CON UNA MUJER MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> En qu[] mes y a[]o empez[] a vivir con su primera esposa/compa[]era? </div> </div>	MES..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	→ 409A
409	<input type="checkbox"/> Cu[]ntos a[]os ten[]a Ud. cuando empez[] a vivir con ella?	EDAD..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
409A	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO <input type="checkbox"/> NO CASADO/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> O CONVIVIENTE		→ 410F
409B	<input type="checkbox"/> Su esposa/compa[]era vive con Ud. ahora o vive en otro sitio?	VIVE CON EL..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
409C	NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DE LA ESPOSA/COMPA[]ERA EN EL LISTADO DE HOGAR _____	NUMERO DE ORDEN ESPOSA/COMPA[]ERA EN EL CST. DE HOGAR..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

410 Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensi[on] de algunos temas de planificaci[on] familiar.

¿Cu[an]do fue la [u]ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compa[er]a?

HACE: DIAS..... 1
 SEMANAS..... 2
 MESES..... 3
 AÑOS..... 4

410A VERIFIQUE 301 Y 302:

CONOCE CONDON

La [u]ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compa[er]a, ¿utiliz[ó] cond[on]?

NO CONOCE CONDON

Algunos hombres usan un cond[on], es decir un objeto de l[ate]x que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La [u]ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compa[er]a, utiliz[ó] cond[on]?

SI..... 1
 NO..... 2
 NO SABE..... 8

410B Aparte de su esposa/compañera, ¿en los últimos 12 meses ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona? SI..... 1 NO..... 2 →413

410C ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otra persona?

HACE: DIAS..... 1

SEMANAS..... 2

MESES..... 3

AÑOS..... 4

410D ¿Utilizó condón en esa ocasión? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE, NO RECUERDA..... 8

410E Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes personas ha tenido Ud. relaciones sexuales, aparte de su esposa/compañera?

NUMERO DE PERSONAS.....

--	--

 →413

NO SABE..... 98

410F Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar.

¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales? (si alguna vez ha tenido)

NUNCA..... 000 →509

HACE: DIAS..... 1

SEMANAS..... 2

MESES..... 3

AÑOS..... 4

410G VERIFIQUE 301 Y 302:

CONOCE CONDON

↓

La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales utilizó condón?

NO CONOCE CONDON

↓

Algunos hombres usan un condón, es decir un objeto de látex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La última vez que Ud.

SI..... 1

NO..... 2

NO SABE..... 8

tuvo relaciones sexuales con
su esposo/compañero,
utilizó condón?

410H	VERIFIQUE 410F: TUVO RELACIONES SEXUALES DENTRO DE LOS ULTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	HACE MAS DE 12 MESES QUE TUVO SU ULTIMA RELACION SEXUAL	<input type="checkbox"/>	→ 413
------	---	--------------------------	---	--------------------------	-------

410I Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes
personas ha tenido Ud. relaciones sexuales?

NUMERO DE PERSONAS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NO SABE.....	98	

413 ¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?

SI.....	1
NO.....	2 → 416

414 ¿Cuál es ese lugar?

 (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)

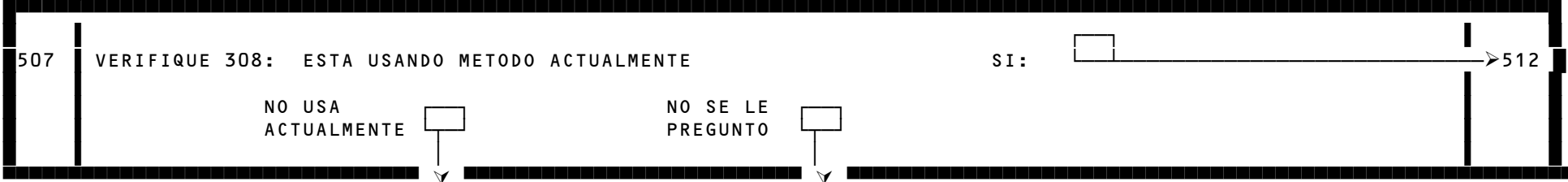
SECTOR GOBIERNO	
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....	10
CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	11
PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	12
PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....	13
HOSPITAL DEL IPSS.....	14
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15
OTRO GOBIERNO _____	19
(ESPECIFIQUE)	
SECTOR PRIVADO	
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	20
FARMACIA/BOTICA.....	21
MEDICO PARTICULAR.....	23
PROMOTOR DE SALUD.....	25
OTRO PRIVADO: _____	29
(ESPECIFIQUE)	
O.N.G.	
CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....	31
PROMOTOR DE ONG.....	32
OTRO:	
TIENDA/SUPERMERCADO.....	41
IGLESIA.....	42
AMIGOS/PARIENTES.....	43
OTRO: _____	96
(ESPECIFIQUE)	

416 ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?

EDAD.....	
CUANDO SE CASO.....	96

SECCION 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	VERIFIQUE 401: NO ACTUALMENTE CASADO O CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> CASADO/CONVIVIENDO <input type="checkbox"/>		503
502	VERIFIQUE 404: COMPAÑERA SEXUAL REGULAR <input type="checkbox"/> COMPAÑERA SEXUAL OCASIONAL <input type="checkbox"/> NO TIENE COMPAÑERA SEXUAL <input type="checkbox"/>		505B
503	<input type="checkbox"/> Est[] embarazada su esposa/compañera actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	505B
504	Cuando ella qued[] embarazada, []deseaba que quedara embarazada entonces, quer[]a esperar m[]s tiempo, o no quer[]a tener m[]s hijos?	DESEABA QUEDARA EMBARAZADA..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA TENER MAS HIJOS..... 3	505A
505A	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. []Le gustar[]a tener (un/otro) hijo o preferir[]a no tener ninguno (m[]s)?		
505B			
506	VERIFIQUE 503: NO EMBARAZADA O INSEGURA O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> []Cu[]nto tiempo le gustar[]a esperar desde ahora para tener otro hijo? []Cu[]nto tiempo le gustar[]a esperar desde el nacimiento del hijo que est[]n esperando antes de tener otro ni[]o?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUES DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	



508 Ud. cree que va a usar un m[]todo para evitar un embarazo dentro de los pr[]ximos 12 meses?

SI.....	1	→ 510
NO.....	2	
NO SABE.....	8	

509 Ud. cree que va a usar un m[]todo en alg[]n momento en el futuro?

SI.....	1	
NO.....	2	
NO SABE.....	8	→ 511

510 Qu[] m[]todo preferir[]a usar?

PILDORA.....	01	} → 512
DIU.....	02	
INYECCION.....	03	
IMPLANTES (NORPLANT).....	04	
VAGINALES.....	05	
CONDON.....	06	
ESTERILIZACION FEMENINA.....	07	
ESTERILIZACION MASCULINA.....	08	
ABSTINENCIA PERIODICA.....	09	
RITMO.....	10	
OTRO: _____	96	
(ESPECIFIQUE)		
INSEGURO.....	98	

511 Cuál es la principal razón por la que Ud. cree que no intentará usar un método en el futuro?

- NO EN UNION..... 11
- RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:
- SEXO POCO FRECUENTE..... 22
- PAREJA MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.. 23
- PAREJA SUBFECUNDA/INFECUNDA..... 24
- DESEA (MAS) HIJOS..... 26
- OPOSICION A USAR:
- ENTREVISTADO SE OPONE..... 31
- PAREJA SE OPONE..... 32
- OTROS SE OPONEN..... 33
- PROHIBICION RELIGIOSA..... 34
- FALTA DE CONOCIMIENTO:
- NO CONOCE METODO..... 41
- NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42
- RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:
- PROBLEMAS DE SALUD..... 51
- MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52
- FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53
- CUESTA DEMASIADO..... 54
- INCONVENIENTE DE USAR..... 55
- INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56
- OTRA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... 98

512 VERIFIQUE 202 Y 204

TIENE HIJOS VIVOS

NO TIENE HIJOS VIVOS

Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?

Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?

NUMERO.....

OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

→ 514

513 ¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres, o no le importaría?

MUJERES
NUMERO.....

OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

HOMBRES

OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

CUALQUIERA

OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

514	En general, <input type="checkbox"/> Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un m ^o todo para evitar un embarazo?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
-----	--	--	--

515	Ud. est ^o de acuerdo con que se d ^e informaci ^o n sobre planificaci ^o n familiar: - <input type="checkbox"/> En la radio? - <input type="checkbox"/> En la televisi ^o n?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NS</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	RADIO.....	1	2	8	TELEVISION.....	1	2	8	
	SI	NO	NS												
RADIO.....	1	2	8												
TELEVISION.....	1	2	8												

516	<input type="checkbox"/> Ha o ^u do o le ^o do, en los 12 ^o ltimos meses, alg ^u n mensaje sobre planificaci ^o n familiar: - <input type="checkbox"/> En la radio? - <input type="checkbox"/> En la televisi ^o n? - <input type="checkbox"/> En el peri ^o dico o revista? - <input type="checkbox"/> En un afiche o poster? - <input type="checkbox"/> En un volante o panfleto?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERIODICO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AFICHE/POSTER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOLANTE/PANFLETO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	PERIODICO.....	1	2	AFICHE/POSTER.....	1	2	VOLANTE/PANFLETO.....	1	2	
	SI	NO																			
RADIO.....	1	2																			
TELEVISION.....	1	2																			
PERIODICO.....	1	2																			
AFICHE/POSTER.....	1	2																			
VOLANTE/PANFLETO.....	1	2																			

516A	VERIFIQUE 516: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	→ 518
------	---	--	-------

516B	Alguno de los mensajes sobre planificaci ^o n familiar le ayud ^o a: (LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS) - <input type="checkbox"/> tener mayor conocimiento sobre m ^o todos anticonceptivos? - <input type="checkbox"/> tener mejor opini ^o n sobre m ^o todos anticonceptivos? - <input type="checkbox"/> pensar en usar un m ^o todo anticonceptivo? - <input type="checkbox"/> dejar de usar un m ^o todo? - <input type="checkbox"/> acudir a un establecimiento de salud que brinde servicios de planificaci ^o n familiar?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TENER MEJOR OPINION.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PENSAR EN USAR UN METODO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DEJAR DE USAR UN METODO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE....	1	2	TENER MEJOR OPINION.....	1	2	PENSAR EN USAR UN METODO.....	1	2	DEJAR DE USAR UN METODO.....	1	2	ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....	1	2	
	SI	NO																			
TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE....	1	2																			
TENER MEJOR OPINION.....	1	2																			
PENSAR EN USAR UN METODO.....	1	2																			
DEJAR DE USAR UN METODO.....	1	2																			
ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....	1	2																			

518	En los ^o ltimos 12 meses <input type="checkbox"/> Ud. ha comentado sobre la pr ^o ctica de planificaci ^o n familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2 → 520	
-----	---	------------------------------	--

519	<input type="checkbox"/> Con qui ^o n ha comentado? <input type="checkbox"/> Con alguien m ^o s? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESPOSA/COMPAÑERA..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJO(A)..... F SUEGRO(A)..... G AMIGO(A)..... H OTROS PARIENTES..... I PERSONAL DE SALUD..... J	
-----	---	--	--

CONFERENCIAS, CURSOS, CHARLAS..... K

OTRA: _____ X

(ESPECIFIQUE)

520 VERIFIQUE 401:

SI, CASADO
ACTUALMENTE

SI, EN
CONVIVIENDO

NO, NO
EN UNION

601A

521 Los esposos/compañeros no siempre están de acuerdo sobre algo. Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposa/compañera sobre planificación familiar.

¿Ud. piensa que su esposa/compañera aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?

APRUEBA..... 1
DESAPRUEBA..... 2
NO SABE..... 8

522 ¿Con qué frecuencia Ud. y su esposa/compañera hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?

NUNCA HAN HABLADO..... 1
UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2
MUY A MENUDO..... 3

523 ¿Ud. piensa que su esposa/compañera desea el mismo número de hijos que Ud., ella quiere más o quiere menos que Ud.?

MISMO NUMERO..... 1
MAS HIJOS..... 2
MENOS HIJOS..... 3
NO SABE..... 8

SECCION 6. EL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601A	<input type="checkbox"/> Ha escuchado Ud. de enfermedades que se pueden contagiar sexualmente?	SI..... 1 NO..... 2	→ 6010
601B	<input type="checkbox"/> Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO _____ W (Especifique) OTRO _____ X (Especifique) NO SABE..... Z	
601C	VERIFIQUE 410 Y 410F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 601N
601D	Durante los últimos 12 meses, <input type="checkbox"/> Ud. ha tenido alguna de esas enfermedades?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 601F
601E	<input type="checkbox"/> Cuáles de esas enfermedades ha tenido Ud.? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO _____ W (Especifique) OTRO _____ X (Especifique) NO SABE..... Z	
601F	Durante los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Ud. ha tenido alguna secreción infecciosa por el pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
601G	Durante los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Ud. ha tenido una llaga, inflamación o úlcera en el pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
601H	VERIFIQUE 601E, 601F Y 601G		

HA TENIDO ALGUNAS
DE ESAS ENFERMEDADES



NINGUNA DE ESAS
ENFERMEDADES

601N

601I La última vez que tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/
ULCERA) Ud. buscó tratamiento o consejo?

- SI..... 1
- NO..... 2

601K

601J Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento?

 En alguna otra parte o vio a alguien más?

 CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- SECTOR GOBIERNO
- HOSPITAL MINSA..... A
- CENTRO DE SALUD MINSA..... B
- PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... C
- PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... D
- HOSPITAL DEL IPSS..... E
- POLICLINICO/ CENTRO /POSTA
MEDICA DEL IPSS..... F
- OTRO GOBIERNO: _____ J
(ESPECIFIQUE)
- SECTOR PRIVADO
- HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... K
- FARMACIA/BOTICA..... L
- MEDICO PARTICULAR..... N
- OTRO PRIVADO: _____ R
(ESPECIFIQUE)
- O.N.G.
- CLINICA DE PLAN. FAMILIAR DE ONG..... S
- PROMOTOR DE ONG..... T
- OTRO
- CURANDERO..... V
- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

601K Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/ULCERA) informó a su(s) pareja(s) sexual(es)?

- SI..... 1
- NO..... 2

601L Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/ULCERA) hizo algo para evitar que se infecten su(s) pareja(s) sexual(es)?

- SI..... 1
- NO..... 2
- PAREJA YA ESTUVO INFECTADA..... 3 → 601N

601M Qué hizo Ud. para no infectarla(s)?

 CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- EVITO LAS RELACIONES SEXUALES..... A
- UTILIZO CONDONES..... B
- TOMO MEDICINAS..... C
- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

601N VERIFIQUE 601B:
NO MENCIONO EL SIDA

MENCIONO EL SIDA

→ 602

6010 Ha escuchado de una enfermedad que se llama SIDA?

SI..... 1

NO..... 2 → 611C

602 De qué fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA?

Alguna otra fuente?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

RADIO..... A
TELEVISION..... B
PERIODICOS/REVISTAS..... C
PANFLETOS/AFICHES..... D
TRABAJADORES DE SALUD..... E
IGLESIAS..... F
ESCUELAS/MAESTROS..... G
ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H
AMIGOS/PARIENTES..... I
LUGAR DE TRABAJO..... J
AUDIOVISUALES/PELICULAS..... K
CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS.. L

OTRO: _____ X

(ESPECIFIQUE)

602B Como se contagia (infecta) una persona con el SIDA?
 Alguna otra cosa?
 CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- RELACIONES SEXUALES..... A
- RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS.. B
- RELACIONES CON PROSTITUTAS..... C
- NO UTILIZACION DEL CONDON..... D
- RELACIONES HOMOSEXUALES..... E
- TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F
- INYECCIONES..... G
- BESANDO..... H
- PICADURAS DE ZANCUDOS/MOSQUITOS..... I
- OTRO: _____ W
(ESPECIFIQUE)
- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

603 Hay algo que una persona puede hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NO SABE..... 8

→ 607

604 Qu puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA?
 Alguna otra cosa?
 CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- ABSTENERSE DEL SEXO..... B
- USAR CONDONES DURANTE EL SEXO..... C
- TENER UNA SOLA PAREJA SEXUAL..... D
- EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E
- EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... F
- EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G
- EVITAR INYECCIONES..... H
- EVITAR LOS BESOS..... I
- EVITAR PICADURAS DE MOSQUITOS..... J
- BUSCAR PROTECCION/AYUDA DE
CURANDERO TRADICIONAL..... K
- CONOCER HISTORIA SEXUAL PAREJA..... L
- EVITAR RELACIONES CON INFECTADOS..... M
- EVITAR CONTACTO CON PERSONAS U
OBJETOS INFECTADOS..... N
- EXIGIR SANGRE GARANTIZADA EN
TRANSFUSIONES..... O
- EVITAR CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES.. P
- NO COMPARTIR JERINGAS NI AGUJAS..... Q
- EXIGIR INSTRUMENTOS Y MATERIALES
ESTERILIZADOS A PERSONAL MEDICO..... R
- OTRO: _____ W
(ESPECIFIQUE)
- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

607	<input type="checkbox"/> Es posible que una persona que parece saludable tenga el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608	<input type="checkbox"/> Ud. cree que la gente que tiene SIDA muere a causa de esta enfermedad, rara vez muere, o no necesariamente muere de esta enfermedad?	MUERE A CAUSA (SIEMPRE)..... 1 RARA VEZ.(A VECES)..... 2 NO NECESARIAMENTE (CASI NUNCA)..... 3 NO SABE..... 8	
608A	<input type="checkbox"/> Se puede curar el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608B	<input type="checkbox"/> Se puede transmitir el SIDA de la madre al niño durante el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608C	<input type="checkbox"/> Conoce Ud. personalmente a alguien que tiene SIDA o que ha muerto con el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
609	<input type="checkbox"/> Piensa Ud. que sus riesgos de adquirir el SIDA son altos, moderados, mínimos, o no tiene ningún riesgo?	ALTOS..... 1 MODERADOS..... 2 MINIMOS..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">} →</div> <div>609c</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">} →</div> <div>611A</div> </div> </div>

609B Por qué cree que tiene (NINGUN/MINIMO) riesgo de contraer el SIDA?

Tiene otras razones?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- ABSTIENE DEL SEXO..... B
- UTILIZA CONDONES..... C
- TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL..... D
- TIENE POCAS PAREJAS SEXUALES..... E
- NO TIENE RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F
- ESPOSA NO TIENE OTRO COMPAÑERO SEXUAL... G
- NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... H
- EVITA TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I
- EVITA INYECCIONES..... J
- OTRO: _____ X
- (ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

→ 611A

609C Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA?

Tiene otras razones?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- NO UTILIZA CONDONES..... C
- TIENE SOLO UNA PAREJA SEXUAL..... D
- TIENE MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... E
- TIENE RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F
- ESPOSA TIENE OTRO COMPAÑERO SEXUAL..... G
- TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... H
- TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... I
- TUVO INYECCIONES..... J
- OTRO: _____ X
- (ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

611A Desde que Ud. empezó a oír hablar del SIDA ha cambiado su conducta para prevenir el contagio del SIDA?

SI ES AFIRMATIVO: Qué ha hecho?

Algo más?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A
- DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B
- EMPEZO A USAR CONDONES..... C
- RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D
- REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS..... E
- EVITO RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F
- EXIGIO FIDELIDAD DE SU PAREJA..... G
- NO MAS RELACIONES HOMOSEXUALES..... H
- DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... I
- EVITO LAS INYECCIONES..... J
- OTRO: _____ X
- (ESPECIFIQUE)
- NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y

→ 611C

611B El haber oído hablar del SIDA ha afectado su decisión sobre tener relaciones sexuales o ha cambiado su conducta sexual?

SI ES AFIRMATIVO: Qué ha hecho?

Algo más?

- NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A
- DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B
- EMPEZO A USAR CONDONES..... C
- RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D
- REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS..... E
- EVITO RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F
- NO MAS RELACIONES HOMOSEXUALES..... G

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA
SEXUAL DE LA PAREJA..... H
DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... I
HABLA CON ESPOSA SOBRE EL PELIGRO Y
EXIGE FIDELIDAD..... J
OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y
NO SABE..... Z

611C | Algunas personas utilizan un condón durante las relaciones sexuales para evitar contraer el SIDA u otra enfermedad transmitida sexualmente. Ha escuchado de esto? | SI..... 1
NO..... 2 → 611F

611D | VERIFIQUE 410 Y 410F:
HA TENIDO RELACIONES NUNCA TUVO RELACIONES
SEXUALES SEXUALES → 613

611E | Es posible que hayamos hablado de esto antes. alguna vez ha usado condón para evitar contraer o transmitir enfermedades como el SIDA? | SI..... 1
NO..... 2

611F | En los últimos 12 meses, ha dado o recibido Ud. dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales con alguien? | SI..... 1
NO..... 2

613 | ANOTA LA HORA DE FINALIZACION: | HORA

MINUTOS

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR(A)

Nombre de la Supervisor(a): _____

Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL CRITICO(A)

Nombre del Crítico(a): _____

Fecha: _____



SECCION 5. NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO/CONYUGE.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	MARIDO/CONYUGE.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
MARIDO/CONYUGE.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
502	<input type="checkbox"/> Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	<table border="0"> <tr> <td>SI, ACTUALMENTE CASADA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → 507</td> </tr> <tr> <td>SI, CONVIVIENDO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO, NO EN UNION.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} → 507	SI, CONVIVIENDO.....	2	NO, NO EN UNION.....	3									
SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} → 507																
SI, CONVIVIENDO.....	2																	
NO, NO EN UNION.....	3																	
503	<input type="checkbox"/> Actualmente tiene Ud. una pareja? Me refiero a alguien con quien mantiene relaciones sexuales permanentemente u ocasionalmente. <input type="checkbox"/> 0 no tiene pareja?	<table border="0"> <tr> <td>PAREJA SEXUAL PERMANENTE.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>PAREJA SEXUAL OCASIONAL.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE PAREJA SEXUAL.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	PAREJA SEXUAL PERMANENTE.....	1	PAREJA SEXUAL OCASIONAL.....	2	NO TIENE PAREJA SEXUAL.....	3										
PAREJA SEXUAL PERMANENTE.....	1																	
PAREJA SEXUAL OCASIONAL.....	2																	
NO TIENE PAREJA SEXUAL.....	3																	
504	<input type="checkbox"/> Anteriormente ha estado Ud. casada o ha convivido?	<table border="0"> <tr> <td>SI, ESTUVO CASADA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 506</td> </tr> <tr> <td>SI, CONVIVIO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 511</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> </table>	SI, ESTUVO CASADA.....	1	} → 506	SI, CONVIVIO.....	2	} → 511	NO.....	3								
SI, ESTUVO CASADA.....	1	} → 506																
SI, CONVIVIO.....	2	} → 511																
NO.....	3																	
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA ENERO DE 1991.																	
505A	PASE A 515F																	
506	<input type="checkbox"/> Actualmente es Ud. viuda, divorciada o separada?	<table border="0"> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → 511</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	VIUDA.....	1	} → 511	DIVORCIADA.....	2	SEPARADA.....	3									
VIUDA.....	1	} → 511																
DIVORCIADA.....	2																	
SEPARADA.....	3																	
507	<input type="checkbox"/> Su esposo/compañero vive con Ud. ahora o vive en otro sitio?	<table border="0"> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRO SITIO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRO SITIO.....	2												
VIVE CON ELLA.....	1																	
VIVE EN OTRO SITIO.....	2																	
511	<input type="checkbox"/> Ud. ha convivido o se ha casado sólo una vez o más de una vez?	<table border="0"> <tr> <td>UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>MAS DE UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	UNA VEZ.....	1	MAS DE UNA VEZ.....	2												
UNA VEZ.....	1																	
MAS DE UNA VEZ.....	2																	
512	<p>VERIFIQUE 511:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>CASADA/UNIDA SOLO UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</p> </td> </tr> </table>	<p>CASADA/UNIDA SOLO UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p>	<p>CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</p>	<table border="0"> <tr> <td>MES.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="text"/></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">} → 514</td> </tr> <tr> <td>NO SABE MES.....</td> <td style="text-align: right;">98</td> </tr> <tr> <td>AÑO.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="text"/></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">} → 514</td> </tr> <tr> <td>NO SABE AÑO.....</td> <td style="text-align: right;">98</td> </tr> </table>	MES.....	<input type="text"/>	} → 514	NO SABE MES.....	98	AÑO.....	<input type="text"/>	} → 514	NO SABE AÑO.....	98				
<p>CASADA/UNIDA SOLO UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p>	<p>CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</p>																	
MES.....	<input type="text"/>	} → 514																
NO SABE MES.....	98																	
AÑO.....	<input type="text"/>	} → 514																
NO SABE AÑO.....	98																	

513 ¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?

EDAD.....

--	--

- 514 - DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1991. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "O" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1991.
- PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION:
INDAGUE POR LA FECHA EN QUE EMPEZO A VIVIR CON SU PAREJA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIO DE CUALQUIER UNION SUBSIGUIENTE.
- PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL INICIO Y TERMINO DE OTRAS UNIONES.

514A VERIFIQUE 502:
 ACTUALMENTE CASADA NO CASADA/CONVIVIENDO
 O
 CONVIVIENDO → 515F

515 Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensi^on de algunos temas de planificaci^on familiar.

Cu^ondo fue la ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compa^oero?

HACE: DIAS..... 1

SEMANAS..... 2

MESES..... 3

A^oOS..... 4

ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 996

515A VERIFIQUE 301 Y 302:

CONOCE CONDON NO CONOCE CONDON

La ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compa^oero, l utiliz^o cond^on?

Algunos hombres usan un cond^on, es decir un objeto de l^otex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. La ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compa^oero, l utiliz^o cond^on?

SI..... 1

NO..... 2

NO SABE..... 8

515B En los ltimos 12 meses, ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona, aparte de su esposo/compa^oero?

SI..... 1

NO..... 2 → 517

515C Cu^ondo fue la ltima vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con alguna otra persona?

HACE: DIAS..... 1

SEMANAS..... 2

MESES..... 3

AÑOS..... 4
ANTES DEL ULTIMO
NACIMIENTO..... 996

515D Utilizé un condón en esa ocasión?

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE, NO RECUERDA..... 8

515E En los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes personas ha tenido Ud. relaciones sexuales, aparte de su esposo/compañero?

NUMERO DE PERSONAS..... } → 517
NO SABE..... 98 }

515F Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensi3n de algunos temas de planificaci3n familiar.

Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?

Si es SI: Cu3ndo fue la 3ltima vez?

NUNCA..... 000 → 608

HACE: DIAS..... 1

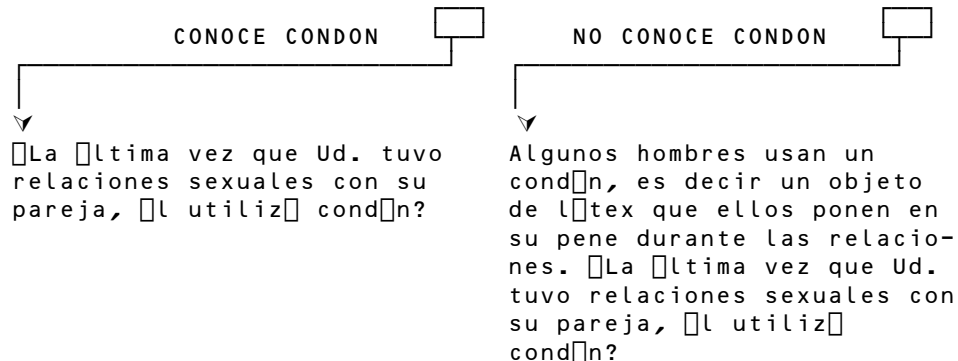
SEMANAS..... 2

MESES..... 3

AÑOS..... 4

ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 996

515G VERIFIQUE 301 Y 302:



SI..... 1

NO..... 2

NO SABE..... 8

515H VERIFIQUE 515F:

TUVO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES

HACE MAS DE 12 MESES QUE TUVO SU ULTIMA RELACION SEXUAL

→ 517

515I En los 3ltimos 12 meses, ¿ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona, aparte de su pareja?

Si es SI: Con cu3ntas?

Si es NO: ANOTE "00"

NUMERO DE PERSONAS.....

--	--

NO SABE..... 98

517 Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?

SI..... 1

NO..... 2 → 519

518 Cu3l es ese lugar?

SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... 10

(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)

CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 11
PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 12
PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 13
HOSPITAL DEL IPSS..... 14
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS..... 15

OTRO GOBIERNO: _____ 19
(ESPECIFIQUE)

SECTOR PRIVADO

HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 20
FARMACIA/BOTICA..... 21
MEDICO PARTICULAR..... 23

OTRO PRIVADO: _____ 29
(ESPECIFIQUE)

ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG)

CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG..... 31
PROMOTOR DE ONG..... 32

OTRO:

TIENDA/SUPERMERCADO..... 41
IGLESIA..... 42
AMIGOS/PARIENTES..... 43
AMBULANTES Y OTRO COMERCIO..... 44

OTRO: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

519 ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?

EDAD.....

--	--

CUANDO SE CASO..... 96

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	<p>VERIFIQUE 314:</p> <p>NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/></p> <p>EL O ELLA HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>		612
602	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ninguno (más)?</p> <p>Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO..... 2</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3</p> <p>INDECISA/NO SABE..... 8</p>	606 604
603	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora para tener un (otro) hijo?</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde el nacimiento del hijo que está esperando antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES..... 1 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>PRONTO/AHORA..... 993</p> <p>ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994</p> <p>DESPUES DEL MATRIMONIO..... 995</p> <p>OTRO: _____ 996 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 998</p>	606
604	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas,</p>	<p>SE SENTIRIA BIEN..... 1</p>	

se sentira bien, se sentira mal, o no le preocupara?

SE SENTIRIA MAL..... 2
NO LE PREOcupARIA..... 3

606 VERIFIQUE 313: ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE

SI: → 612

NO USA
ACTUALMENTE

NO SE LE
PREGUNTO

607 Ud. cree que va a usar un motodo para no quedar embarazada dentro de los proximos 12 meses?

SI..... 1 → 609
NO..... 2
NO SABE..... 8

608 Ud. cree que va a usar un motodo en algun momento en el futuro?

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8 → 610

609 Que motodo preferira usar?

PILDORA..... 01
DIU..... 02
INYECCION..... 03
IMPLANTES (NORPLANT)..... 04
VAGINALES..... 05
CONDON..... 06
ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 612
ESTERILIZACION MASCULINA..... 08
ABSTINENCIA PERIODICA..... 09
RETIRO..... 10
OTRO: _____ 96
(ESPECIFIQUE)
INSEGURA/AUN NO SABE..... 98

610 ¿Cuál es la razón principal por la que Ud. cree que no intentará usar un método en el futuro?

CIRCULE UNA SOLA RESPUESTA

- NO UNIDA..... 11
- RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:
- SEXO POCO FRECUENTE..... 22
- MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23
- SUBFECUNDA/INFERTIL..... 24
- DESEA MAS HIJOS..... 26
- OPOSICION A USAR:
- ENTREVISTADA SE OPONE..... 31
- MARIDO SE OPONE..... 32
- OTROS SE OPONEN..... 33
- PROHIBICION RELIGIOSA..... 34
- FATALISTA..... 35
- FALTA DE CONOCIMIENTO:
- NO CONOCE METODO..... 41
- NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42
- RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:
- PROBLEMAS DE SALUD..... 51
- MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52
- FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53
- CUESTA DEMASIADO..... 54
- INCONVENIENTE DE USAR..... 55
- INTERFIEREN CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56
- OTRA: _____ 96
- (ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... 98

→ 612

611 ¿Ud. usaría un método si estuviera casada/o en unión?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NO SABE..... 8

612 VERIFIQUE 216:

TIENE HIJOS VIVOS

NO TIENE HIJOS VIVOS

↓
Si Ud. pudiera volver a la

↓
Si Ud. pudiera elegir

NUMERO.....

OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

→ 614

¿poca en que todavía no
tenía hijos y pudiera elegir
exactamente el número de
hijos que tendría en toda su
vida, ¿cuántos serían?

exactamente el número de
hijos que tendría en toda
su vida, ¿cuántos serían?

SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE

613 ¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y
cuántos hombres, o no le importaría?

MUJERES
NUMERO.....
OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

HOMBRES
NUMERO.....
OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

CUALQUIERA
NUMERO.....
OTRA RESPUESTA: _____ 96
(ESPECIFIQUE)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
614	En general, <input type="checkbox"/> Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen algún método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
615	Ud. está de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar: - <input type="checkbox"/> En la radio? - <input type="checkbox"/> En la televisión?	SI NO NS RADIO..... 1 2 8 TELEVISION..... 1 2 8	
616	Ha oído o leído, en los 12 últimos meses, algún mensaje sobre planificación familiar: - <input type="checkbox"/> En la radio? - <input type="checkbox"/> En la televisión? - <input type="checkbox"/> En el periódico o revista? - <input type="checkbox"/> En un afiche? - <input type="checkbox"/> En un volante o panfleto?	SI NO RADIO..... 1 2 TELEVISION..... 1 2 PERIODICO/REVISTA..... 1 2 AFICHE/POSTER..... 1 2 VOLANTE/PANFLETO..... 1 2	
616A	VERIFIQUE 616: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>		→ 618
616B	Alguno de los mensajes sobre planificación familiar le ayudó a: (LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS) - <input type="checkbox"/> tener mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos? - <input type="checkbox"/> tener mejor opinión sobre métodos anticonceptivos? - <input type="checkbox"/> pensar en usar un método anticonceptivo? - <input type="checkbox"/> dejar de usar un método? - <input type="checkbox"/> acudir a un establecimiento de salud que brinde servicios de planificación familiar?	SI NO TENER MAYOR CONOCIMIENTO..... 1 2 TENER MEJOR OPINION..... 1 2 PENSAR EN USAR UN METODO..... 1 2 DEJAR DE USAR UN METODO..... 1 2 ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO..... 1 2	
618	En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Ud. ha comentado con alguna persona acerca de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 620
619	<input type="checkbox"/> Con quién ha comentado? <input type="checkbox"/> Con alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G	

AMIGAS..... H
 OTROS PARIENTES..... I
 PERSONAL DE SALUD..... J
 CONFERENCIAS, CURSOS, CHARLAS..... K
 OTRA: _____ X
 (ESPECIFIQUE)

620 VERIFIQUE 502:

SI, ACTUALMENTE CASADA/
 CONVIVIENDO

NO, NO
 EN UNION

→701

621 Los esposos/compañeros no siempre están de acuerdo sobre algo. Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/compañero sobre planificación familiar.

Ud. piensa que su esposo/compañero aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?

APRUEBA..... 1
 DESAPRUEBA..... 2
 NO SABE..... 8

622 Con qué frecuencia Ud. y su esposo/compañero hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?

NUNCA HAN HABLADO..... 1
 UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2
 MUY A MENUDO..... 3

623 Ud. piensa que su esposo/compañero desea el mismo número de hijos que Ud., él quiere más o quiere menos que Ud.?

MISMO NUMERO..... 1
 MAS HIJOS..... 2
 MENOS HIJOS..... 3
 NO SABE..... 8

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 502 Y 504: SI ACTUALMENTE CASADA/ CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> SI, ESTUVO CASADA/ CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> → 703 → 708A	

702	<input type="checkbox"/> Cuantos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	
-----	--	--	--

703	<input type="checkbox"/> Su esposo/compañero alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 706	
-----	---	------------------------------	--

704	Educación: - ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que él asistió? - ¿Cuál fue el año más alto que él aprobó en ese nivel? AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;"></th> <th style="width:10%;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="width:10%;">ANOTE AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td align="center">0</td> <td align="center"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td align="center">2</td> <td align="center"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td align="center">3</td> <td align="center"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td align="center">4</td> <td align="center"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="text"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="text"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="text"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="text"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="text"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO																			
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="text"/>																			
PRIMARIA.....	1	<input type="text"/>																			
SECUNDARIA.....	2	<input type="text"/>																			
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="text"/>																			
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="text"/>																			

706	<input type="checkbox"/> ¿Cuál es/era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, qué clase de trabajo hace/hacía él principalmente? INDAGUE: ¿Qué cosas hace/hacía, que tareas realiza/realizaba principalmente en su trabajo? <input type="text"/> <input type="text"/>	
-----	--	---	--

707	VERIFIQUE 706: TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> → 708A	
-----	--	--------------	--

708	<input type="checkbox"/> ¿Su esposo/compañero trabaja/trabajó principalmente en tierra propia, tierra de la familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4	
-----	---	---	--

708A Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia laboral.

¿Qué hizo Ud. la semana pasada?

SI BUSCO TRABAJO, INDIQUE:

¿Busc trabajo por primera vez o trabaj antes?

- TRABAJO..... 01
- NO TRABAJO, PERO TENIA TRABAJO..... 02 → 712
- BUSCO TRABAJO, PERO TRABAJABA ANTES.... 03 → 711
- BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ..... 04 → 710A
- ESTUDIABA..... 05
- ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR..... 06
- VIVIA DE SU PENSION O JUBILACION..... 07
- ES RENTISTA..... 08 → 711
- OTRO: _____ 96
- (ESPECIFIQUE)

710 VERIFIQUE 708A:

ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR

ESTUDIABA

Algunas mujeres, además de ocuparse de las labores del hogar, trabajan en algo por lo cual les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada ¿realizó Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabaj con algún familiar sin pago alguno?

Algunas mujeres, además de estudiar, trabajan en algo por lo cual les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada ¿realizó Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabaj con algún familiar sin pago alguno?

- SI..... 1 → 712
- NO..... 2 → 711

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A		
710A	Algunas mujeres, adem <small>á</small> s de ocuparse de las labores dom <small>é</small> sticas de su hogar, realizan algo por lo cual le pagan en dinero o en especie. Otras venden alg <small>ú</small> n producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada <input type="checkbox"/> realiz <small>ó</small> Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabaj <small>ó</small> con alg <small>ú</small> n familiar sin pago alguno?	SI..... 1 NO..... 2	→712 →711		
711	<input type="checkbox"/> Ud. ha trabajado en los <input type="checkbox"/> l <small>ú</small> timos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→726		
712	<input type="checkbox"/> Qu <small>é</small> ocupaci <small>ó</small> n, oficio o profesi <small>ó</small> n desempe <small>ñ</small> ó Ud.? INDAGUE: <input type="checkbox"/> Qu <small>é</small> cosas hizo, que tareas realiz <small>ó</small> Ud. principalmente en su trabajo?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <hr/> <hr/> <hr/>			
713	VERIFIQUE 712: <input type="checkbox"/> TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA	<input type="checkbox"/> NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA	→715		
714	<input type="checkbox"/> Ud. trabaja/trabaj <small>ó</small> principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5			
715	<input type="checkbox"/> Ud. hace/hizo este trabajo para alguien de su familia, para otros o trabaja/trabaj <small>ó</small> por cuenta propia?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA OTROS..... 2 CUENTA PROPIA..... 3			
716	Generalmente <input type="checkbox"/> Ud. trabaja durante todo el a <small>ño</small> , trabaja por <input type="checkbox"/> pocas o temporadas o s <small>ó</small> lo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL A <small>ÑO</small> 1 POR EPOCAS/TEMPORADAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	→718 →719		
717	Durante los <input type="checkbox"/> l <small>ú</small> timos 12 meses, <input type="checkbox"/> cu <small>ánt</small> os meses trabaj <small>ó</small> ?	NUMERO DE MESES.....	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
718	(En los meses en que Ud. trabaj <small>ó</small>), <input type="checkbox"/> cu <small>ánt</small> os d <small>ías</small> a la semana generalmente trabaj <small>ó</small> ?	NUMERO DE DIAS.....	→720		

719 Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó? | NUMERO DE DIAS.....

--	--	--

 |

720 ¿Ud. recibe dinero o gana plata por su trabajo? | SI..... 1 |
 INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo? | NO..... 2 → 723

721 ¿Generalmente cuánto dinero gana por su trabajo?
 INDAGUE: ¿Cada cuánto tiempo?

		1	2	3	4	5	6
POR HORA..... 1							
POR DIA..... 2							
POR SEMANA..... 3							
POR QUINCENA..... 4							
POR MES..... 5							
POR AÑO..... 6							

OTRO: _____ 9999996
 (ESPECIFIQUE)

722	<p>VERIFIQUE 502:</p> <p>SI, ACTUALMENTE CASADA/CONVIVIENDO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NO, NO EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Quiñ decide principalmente cómo gastar el dinero que Ud. gana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Usted sola? - <input type="checkbox"/> Esposo/compañero solo? - <input type="checkbox"/> Ambos? - <input type="checkbox"/> Otra persona? 	<p>Quiñ decide principalmente cómo gastar el dinero que Ud. gana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Usted sola? - <input type="checkbox"/> Usted y otra persona? - <input type="checkbox"/> Otra persona? 	
		<p>ENTREVISTADA DECIDE 1</p> <p>ESOSO/COMPAÑERO DECIDE 2</p> <p>AMBOS DECIDEN 3</p> <p>OTRA PERSONA DECIDE..... 4</p> <p>ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA DECIDEN..... 5</p>	

723	<p><input type="checkbox"/> Ud. usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?</p>	<p>EN EL HOGAR 1</p> <p>FUERA DEL HOGAR 2</p>	
-----	---	---	--

724	<p>VERIFIQUE 217 Y 218:</p> <p>TIENE ALGUN HIJO DE CINCO AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR:</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		→726
-----	--	--	------

725	<p><input type="checkbox"/> Quiñ cuida generalmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?</p>	<p>ENTREVISTADA..... 01</p> <p>ESOSO/COMPAÑERO..... 02</p> <p>LA NIÑA MAYOR..... 03</p> <p>EL NIÑO MAYOR..... 04</p> <p>OTROS PARIENTES..... 05</p> <p>VECINOS..... 06</p> <p>AMIGOS..... 07</p> <p>EMPLEADA DOMESTICA..... 08</p> <p>NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09</p> <p>CUIDADO INSTITUCIONAL..... 10</p> <p>NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
-----	--	--	--

726	<p>Ahora hablaremos sobre un tema diferente.</p> <p><input type="checkbox"/> Ud. ha vivido solamente en una localidad o en más de una localidad desde enero de 1991?</p>	<p>UNA LOCALIDAD..... 1</p> <p>MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2</p>	→728
-----	--	--	------

727	<p>EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO, "2" PARA CIUDAD, "3" PARA PUEBLO, "4" PARA CAMPO Y "5" PARA EL</p>	
-----	---	--

EXTRANJERO.
EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1991.

727A PASE A 801A

728 En qu^e mes y a^{ño} se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?

EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CAPITAL DE DEPARTAMENTO, "2" CIUDAD, "3" PUEBLO, "4" CAMPO Y "5" PARA EL EXTRANJERO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS TRASLADOS Y TIPOS DE LOCALIDADES.

PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:

- D^{ónde} vivi^ó Ud. antes de ...?
- En que mes y a^{ño} lleg^ó all^í?
- El lugar es capital del departamento, una ciudad, pueblo o en el campo?

En alguna otra parte o vi a alguien más?

CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

HOSPITAL DEL IPSS..... E
POLICLINICO/ CENTRO /POSTA
MEDICA DEL IPSS..... F
OTRO GOBIERNO: _____ J
(ESPECIFIQUE)
SECTOR PRIVADO
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... K
FARMACIA/BOTICA..... L
MEDICO PARTICULAR..... N
OTRO PRIVADO: _____ R
(ESPECIFIQUE)
O.N.G.
CLINICA DE PLAN. FAMILIAR DE ONG..... S
PROMOTOR DE ONG..... T
OTRO
CURANDERO..... V
OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)

801H Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 801E) le comunicó a su(s) compañero(s) sexual(es)?

SI..... 1
NO..... 2

801I Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 801E) hizo algo para evitar que se infectara su(s) compañero(s) sexual(es)?

SI..... 1
NO..... 2
PAREJA YA ESTUVO INFECTADO..... 3

└─> 801JA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
801J	<input type="checkbox"/> ¿Qué hizo Ud. para no infectarlo? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	EVITO LAS RELACIONES SEXUALES..... A UTILIZO CONDONES..... B TOMO MEDICINAS..... C OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
801JA	<input type="checkbox"/> ¿Podría Ud. reconocer si su pareja o cónyuge tiene una enfermedad sexual?	SI..... 1 NO..... 2	→ 801K
801JB	<input type="checkbox"/> ¿Cómo reconocería una enfermedad sexual en su pareja o cónyuge? SONDEE: <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra cosa? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ULCERA GENITAL..... A SECRECION/FLUJO URETRAL..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ Z (ESPECIFIQUE)	
801K	VERIFIQUE 801A Y 801B: NO MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/> MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/>		→ 802
801L	<input type="checkbox"/> ¿Ha escuchado de una enfermedad que se llama SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811C
802	<input type="checkbox"/> ¿De qué fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELICULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS.. L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
802B	<input type="checkbox"/> ¿Cómo se contagia (infecta) una persona con el SIDA? <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra cosa?	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS. B RELACIONES CON PROSTITUTAS..... C NO UTILIZACION DEL CONDON..... D	

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

RELACIONES HOMOSEXUALES..... E
TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F
INYECCIONES..... G
BESANDO..... H
PICADURAS DE ZANCUDOS/MOSQUITOS..... I

OTRO: _____ W
 (ESPECIFIQUE)

OTRO: _____ X
 (ESPECIFIQUE)

NO SABE..... Z

803 Hay algo que una persona puede hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?

SI..... 1
NO..... 2
NO SABE..... 8

→ 807

804 ¿Qu puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA?

¿Alguna otra cosa?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

- ABSTENERSE DEL SEXO..... B
- USAR CONDONES DURANTE EL SEXO..... C
- TENER UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... D
- EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E
- EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... F
- EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G
- EVITAR INYECCIONES..... H
- EVITAR LOS BESOS..... I
- EVITAR PICADURAS DE MOSQUITOS..... J
- BUSCAR PROTECCION/AYUDA DE
CURANDERO TRADICIONAL..... K
- CONOCER HISTORIA SEXUAL COMPAÑERO..... L
- EVITAR RELACIONES CON INFECTADOS..... M
- EVITAR CONTACTO CON PERSONAS U
OBJETOS INFECTADOS..... N
- EXIGIR SANGRE GARANTIZADA EN
TRANSFUSIONES..... O
- EVITAR CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES.. P
- NO COMPARTIR JERINGAS NI AGUJAS..... Q
- EXIGIR INSTRUMENTOS Y MATERIALES
ESTERILIZADOS A PERSONAL MEDICO..... R
- OTRO: _____ W
(ESPECIFIQUE)
- OTRO: _____ X
(ESPECIFIQUE)
- NO SABE..... Z

807 ¿Es posible que una persona que parece saludable tenga el virus del SIDA?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NO SABE..... 8

808 ¿Ud. cree que la gente que tiene SIDA muere a causa de esta enfermedad, rara vez muere o no necesariamente muere de esta enfermedad?

- MUERE A CAUSA (SIEMPRE)..... 1
- RARA VEZ (A VECES)..... 2
- NO NECESARIAMENTE (CASI NUNCA)..... 3
- NO SABE..... 8

808A ¿Se puede curar el SIDA?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NO SABE..... 8

808B ¿Se puede transmitir el SIDA de la madre al niño durante el embarazo?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NO SABE..... 8

808C ¿Conoce Ud. personalmente a alguien que tiene SIDA

- SI..... 1

	o que ha muerto con el SIDA?	NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	<input type="checkbox"/> Piensa Ud. que sus riesgos de adquirir el SIDA son altos, moderados, mínimos o no tiene ningún riesgo?	ALTOS..... 1 MODERADOS..... 2 MINIMOS..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	→ 809c → 811A
809B	<input type="checkbox"/> Por qué cree que tiene (NINGUN/MINIMO) riesgo de contraer el SIDA? <input type="checkbox"/> Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ABSTIENE DEL SEXO..... B UTILIZA CONDONES..... C TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... D TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES..... E ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL... F NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... G EVITA TRANSFUSIONES DE SANGRE..... H EVITA INYECCIONES..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	→ 811A
809C	<input type="checkbox"/> Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA? <input type="checkbox"/> Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDONES..... C TIENE MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... D TIENE MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... E ESPOSO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... F TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... G TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... H TUVO INYECCIONES..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
811A	Desde que Ud. empezó a oír hablar del SIDA ¿ha cambiado su conducta para prevenir el contagio del SIDA? SI ES AFIRMATIVO: - ¿Qué ha hecho? - ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... E SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DEL COMPAÑERO..... F DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... G HABLO CON ESPOSO SOBRE EL PELIGRO Y EXIGE FIDELIDAD..... H EVITO LAS INYECCIONES..... I	→ 811c

OTRO: _____ X
 (ESPECIFIQUE)
 NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y

811B El haber oído hablar del SIDA ¿ha afectado su decisión sobre tener relaciones sexuales o ha cambiado su conducta sexual?

SI ES AFIRMATIVO: - ¿Qué ha hecho?

- ¿Algo más?

CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS

NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A
 DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B
 EMPEZO A USAR CONDONES..... C
 RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D
 REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... E
 SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DEL COMPAÑERO..... F
 DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... G
 HABLO CON ESPOSO SOBRE EL PELIGRO Y EXIGE FIDELIDAD..... H

OTRO: _____ X
 (ESPECIFIQUE)
 NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y
 NO SABE..... Z

811C ¿Ha escuchado Ud. que alguna persona utilice condón durante las relaciones sexuales para evitar contraer el SIDA u otra enfermedad transmitida sexualmente?

SI..... 1
 NO..... 2

→ 811F

811D VERIFIQUE 515 Y 515F:

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES

NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES

→ 901

811E Es posible que hayamos hablado de esto antes. ¿Alguna vez ha usado condón para evitar contraer o transmitir enfermedades sexuales, como el SIDA?

SI..... 1
 NO..... 2

811F A algunas personas les ofrecen dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales. ¿Usted se ha encontrado en esa situación en los últimos 12 meses?

SI..... 1
 NO..... 2

→ 901

811G En los últimos 12 meses, ¿usted aceptó dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales?

SI..... 1
 NO..... 2

SECCION 9. MORTALIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
901	<p>Ahora me gustar[]a hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas y hermanos, esto es, todos los hijos que su madre natural tuvo, incluyendo aqu[]llos que a[]n viven con usted, aqu[]llos que viven en otro lugar, y aqu[]llos que fallecieron.</p> <p>Incluy[]ndose usted, []cu[]ntos hijos en total tuvo su mam[]?</p>	<p>NUMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	
902	<p>VEA 901: DOS O MAS HIJOS</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ↓</p>	<p>SOLO UN HIJO (SOLO ENTREVISTADA) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> →</p>	<p>PASE A 916</p>
903	<p>De todos los hermanos(as) que usted tuvo, []cu[]ntos nacieron antes que Ud.?</p>	<p>NUMERO DE HERMANOS(AS) ANTERIORES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	

<p>912 <input type="checkbox"/> Muri <input type="checkbox"/> (NOMBRE) durante el parto de su hijo?</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>	<p>SI.....1 PASE A 915<↵ NO.....2</p>
<p>913 <input type="checkbox"/> Muri <input type="checkbox"/> (NOMBRE) en los 2 meses siguien- tes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>	<p>SI.....1 NO.....2 PASE A 915<↵</p>
<p>914 <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> su muerte debida a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>	<p>EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4</p>
<p>915 <input type="checkbox"/> Cu <input type="checkbox"/>ntos hijas e hijos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>	<p><input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916</p>

912 <input type="checkbox"/> Muri <input type="checkbox"/> (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]	SI.....1 PASE A 915<<]
	NO.....2	NO.....2	NO.....2	NO.....2	NO.....2	NO.....2	NO.....2
913 <input type="checkbox"/> Muri <input type="checkbox"/> (NOMBRE) en los 2 meses siguien- tes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]	SI.....1 NO.....2 PASE A 915<<]
914 <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> su muerte debida a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4
915 <input type="checkbox"/> Cu <input type="checkbox"/> ntos hijas e hijos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916

916 HORA DE FINALIZACION:	HORA	<input type="text"/>
	MINUTOS	<input type="text"/>

SECCION 10. PESO Y TALLA

CUESTIONARIO ADICIONAL →

1001	VERIFIQUE 215: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO 1991	<input type="checkbox"/>	NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991	<input type="checkbox"/>	→ 1101
------	---	--------------------------	--	--------------------------	--------

ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 Y 1004 ANOTE EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE CADA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991. EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS CON UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 DEBERAN SER PESADAS Y MEDIDAS AUN SI TODOS LOS NIÑOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE CUESTIONARIOS ADICIONALES).

		1	2	3	4
		ENTREVISTADA	ULTIMO NIÑO VIVO	PENULTIMO NIÑO VIVO	ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	Nº DE ORDEN DE P212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215 Y PREGUNTE POR EL DIA DEL NACIMIENTO		DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>
1005	VACUNA BCG CON CICATRIZ EN BRAZO DERECHO O EN EL HOMBRO		SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2	SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2	SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2
1006	TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	SE LE TOMO LA TALLA (TAMAÑO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2

1008

PESO (en Kilogramos)

Grid for weight measurement (kg)

Grid for weight measurement (kg)

Grid for weight measurement (kg)

Grid for weight measurement (kg)

1009

FECHA DE PESO Y TALLA

Grid for date (Day, Month, Year)

Grid for date (Day, Month, Year)

Grid for date (Day, Month, Year)

Grid for date (Day, Month, Year)

1010

RESULTADO

Measurement result options: MEDIDA, NO PRESENTE, REHUSO, OTRA (ESPECIFIQUE)

Measurement result options: NIÑO MEDIDO, NIÑO ENFERMO, NIÑO NO PRESENTE, NIÑO REHUSO, MADRE REHUSO, OTRO (ESPECIFIQUE)

Measurement result options: NIÑO MEDIDO, NIÑO ENFERMO, NIÑO NO PRESENTE, NIÑO REHUSO, MADRE REHUSO, OTRO (ESPECIFIQUE)

Measurement result options: NIÑO MEDIDO, NIÑO ENFERMO, NIÑO NO PRESENTE, NIÑO REHUSO, MADRE REHUSO, OTRO (ESPECIFIQUE)

1011

NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO:

Box for name of the person who weighed

NOMBRE DE LA ASISTENTE:

Box for name of the assistant

SECCION 11. ANEMIA

CUESTIONARIO ADICIONAL →

1101 VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR: EL HOGAR FUE SELECCIONADO PARA LA PRUEBA DE ANEMIA/CUESTIONARIO DE VARONES

SI NO

→ TERMINE

- ENTREVISTADORA: - INCLUYA A LA ENTREVISTADA, TENGA O NO NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1991, EN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA.
- ADEMAS, PARA LAS QUE TIENEN NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991, TOMA LA MUESTRA DE ELLA Y DE SUS HIJOS.
 - EN 1102 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO.
 - EN 1103 ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991
 - EN 1104 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS.
 - SI HAY MAS DE 3 HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL

		1 ENTREVISTADA	2 ULTIMO NIÑO VIVO	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1102	Nº DE ORDEN DE P212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1103	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>
1104	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> GR/DL
1105	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)
1106	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: <input type="text"/>	NOMBRE DE LA ASISTENTE: <input type="text"/>			<input type="text"/>

PROCEDA A LLENAR LAS FORMAS CORRESPONDIENTES

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SOLO DEBE APARECER UN CODIGO. LAS COLUMNAS 1, 3 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAS.

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO
1 PILDORA
2 DIU
3 INYECCIONES
4 IMPLANTES (NORPLANT)
5 VAGINALES
6 CONDON
7 ESTERILIZACION FEMENINA
8 ESTERILIZACION MASCULINA
9 ABSTINENCIA PERIODICA
A RETIRO
X OTRO _____

(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

0 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
3 MARIDO DESAPROBO
4 QUERIA METODO MAS EFECTIVO
5 MOTIVOS DE SALUD
6 EFECTOS COLATERALES
7 ACCESO/DISPONIBILIDAD
8 COSTO
9 USO INCONVENIENTE
F FATALISTA

	1	1		1	2	3	4	
01		9	02 FEB 01					01 FEB
02		7	01 ENE 02					02 ENE
03			12 DIC 03					03 DIC
04			11 NOV 04					04 NOV
05			10 OCT 05					05 OCT
06			09 SEP 06					06 SEP
07		1	08 AGO 07					07 AGO 1
08		9	07 JUL 08					08 JUL 9
09		9	06 JUN 09					09 JUN 9
10		6	05 MAY 10					10 MAY 6
11			04 ABR 11					11 ABR
12			03 MAR 12					12 MAR
13			02 FEB 13					13 FEB
14			01 ENE 14					14 ENE
15			12 DIC 15					15 DIC
16			11 NOV 16					16 NOV
17			10 OCT 17					17 OCT
18			09 SEP 18					18 SEP
19		1	08 AGO 19					19 AGO 1
20		9	07 JUL 20					20 JUL 9
21		9	06 JUN 21					21 JUN 9
22		5	05 MAY 22					22 MAY 5
23			04 ABR 23					23 ABR
24			03 MAR 24					24 MAR
25			02 FEB 25					25 FEB
26			01 ENE 26					26 ENE
27			12 DIC 27					27 DIC
28			11 NOV 28					28 NOV
29			10 OCT 29					29 OCT
30			09 SEP 30					30 SEP
31		1	08 AGO 31					31 AGO 1
32		9	07 JUL 32					32 JUL 9
33		9	06 JUN 33					33 JUN 9
34		4	05 MAY 34					34 MAY 4
35			04 ABR 35					35 ABR
36			03 MAR 36					36 MAR
37			02 FEB 37					37 FEB
38			01 ENE 38					38 ENE
39			12 DIC 39					39 DIC
40			11 NOV 40					40 NOV
41			10 OCT 41					41 OCT
42			09 SEP 42					42 SEP
43		1	08 AGO 43					43 AGO 1
44		9	07 JUL 44					44 JUL 9

- A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
- D DISOLUCION MARITAL/SEPARACION
- X OTRO _____
(ESPECIFIQUE)
- Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio/Unión

- X EN UNION (CASADA O UNION LIBRE)
- O NO EN UNION

COL. 4: Cambio y Tipo de Localidad

- X CAMBIO DE LOCALIDAD
- 1 CAPITAL DE DEPARTAMENTO
- 2 CIUDAD
- 3 PUEBLO
- 4 CAMPO
- 5 EXTRANJERO

45		9	06 JUN 45					45 JUN 9
46		3	05 MAY 46					46 MAY 3
47			04 ABR 47					47 ABR
48			03 MAR 48					48 MAR
49			02 FEB 49					49 FEB
50			01 ENE 50					50 ENE
<hr/>								
51			12 DIC 51					51 DIC
52			11 NOV 52					52 NOV
53			10 OCT 53					53 OCT
54			09 SEP 54					54 SEP
55		1	08 AGO 55					55 AGO 1
56		9	07 JUL 56					56 JUL 9
57		9	06 JUN 57					57 JUN 9
58		2	05 MAY 58					58 MAY 2
59			04 ABR 59					59 ABR
60			03 MAR 60					60 MAR
61			02 FEB 61					61 FEB
62			01 ENE 62					62 ENE
<hr/>								
63			12 DIC 63					63 DIC
64			11 NOV 64					64 NOV
65			10 OCT 65					65 OCT
66			09 SEP 66					66 SEP
67		1	08 AGO 67					67 AGO 1
68		9	07 JUL 68					68 JUL 9
69		9	06 JUN 69					69 JUN 9
70		1	05 MAY 70					70 MAY 1
71			04 ABR 71					71 ABR
72			03 MAR 72					72 MAR
73			02 FEB 73					73 FEB
74			01 ENE 74					74 ENE

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____

Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

Nombre de la Crítica de Campo: _____ Fecha: _____
