



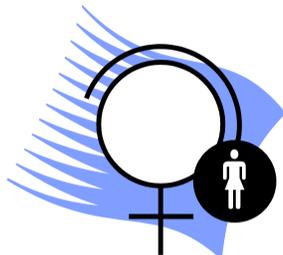
# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 2008 ENSMI 2008 CUESTIONARIO DEL HOGAR



### IDENTIFICACION CARTOGRAFICA

**MHREG** **MHDEPTO** **MHMPIO** **MHSECCION** **MHSECTOR**

Región	Depto.	Mpio.	Sección	Sector



### IDENTIFICACION PARA DIGITACION

**MPAQUETE** **MHOGAR**

Paquete	Hogar		

**MHCUES**

Cuestionario

Latitud

Longitud

Altitud

**MHALTITUD**

JEFE DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

<b>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</b>				<b>UBICACION GEOGRAFICA:</b>			
1. URBANO    2. RURAL <b>MHAREA</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		1. DEPARTAMENTO: .....		2. MUNICIPIO: .....		3. ALDEA/CASERIO/CANTON/FINCA: .....	
DIRECCION: .....				DIRECCION: .....			
DIRECCION: .....				DIRECCION: .....			
DIRECCION: .....				DIRECCION: .....			
<b>RESULTADOS DE LAS VISITAS</b>				<b>*CODIGOS DE RESULTADO</b>			
		1ra.	2da.			01. COMPLETA CON MUJER ELEGIBLE	
FECHA Y HORA						02. COMPLETA SIN MUJER ELEGIBLE	
ENCUESTADORA						03. NO ADULTOS PRESENTES	
RESULTADO*						04. AUSENTE (NADIE EN CASA POR MUCHO TIEMPO)	
PROXIMA VISITA						05. POSPUESTA	
FECHA						06. RECHAZO	
HORA						07. VIVIENDA VACANTE O LA DIRECCION NO ES VIVIENDA	
DÍA						08. VIVIENDA DESTRUIDA	
MES						09. VIVIENDA NO ENCONTRADA	
AÑO		2	0	0		96- OTRO _____	
VISITA FINAL		<b>MHVFD</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		<b>MHVFM</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		(ESPECIFIQUE)	
ENCUESTADORA		<b>MHENC</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		CODIGO		Nº DE MIEMBROS DEL HOGAR <b>MHMEMBRS</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA*		<b>MHRES</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		NOMBRE		Nº TOTAL DE MUJERES ELEGIBLES <b>MHELEGIBLS</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
IDIOMA DE LA ENTREVISTA		<b>MHIDIA</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		USO TRADUCTOR		Nº DE LINEA DE PERSONA QUE RESPONDE CUESTIONARIO DE HOGAR <b>MHNLNE</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
IDIOMA DEL CUESTIONARIO		<b>MHIDIB</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		1=SI 2=NO <b>MHTRA</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		HORAS <b>MHHIH</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
		0    1		IDIOMA MATERNO <b>MHIDIC</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>		MINUTOS <b>MHHIM</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
01 ESPAÑOL		03 Q'EQCHI'		05 MAM		07 TZU'UTUJIL	
02 KAQCHIKEL		04 K'ICHE'		06 POQOMCHI'		09 CHORTI	
						10 POCOMAM	
						96 OTRO _____	
						(ESPECIFIQUE)	

Mi Nombre es: \_\_\_\_\_, Estamos realizando la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2007, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Esta encuesta es acerca de la vida y salud familiar, y estamos entrevistando a mujeres en todo el país, me gustaría conversar con usted y hacerle algunas preguntas.

Toda la información que proporcione es CONFIDENCIAL. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para esta investigación. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

<b>CONTROL DE OFICINA</b>	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE				
FECHA	<b>MHSUP</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>MHEDC</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>MHEDO</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>MHDIG</b> <input style="width: 20px;" type="text"/>
CODIGO	<input style="width: 20px;" type="text"/>			

ESPAÑOL

Ahora nos gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar.

No. DE LINEA	RESIDENTES DEL HOGAR	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR*	SEXO	EDAD	EDUCACION PARA PERSONAS DE 6 AÑOS O MAS					EDUCACION POR MADUREZ PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MAS		PARA PERSONAS DE 30 AÑOS O MAS	ELEGIBILIDAD
					SI ASISTIO A LA ESCUELA					¿Ha asistido o asiste a algún programa de educación POR MADUREZ?	¿Qué nivel estudió o estudia por madurez?		
Dígame por favor los nombres de las personas que habitualmente viven en su hogar, comenzando por el jefe del hogar. INSTRUCCION: LLENAR ESTA COLUMNA COMPLETA ANTES DE PASAR A LA PREGUNTA (03)													
¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe de hogar?													
¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?													
¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? INSTRUCCION MENORES DE 1 AÑO=00 NO SABE=98													
¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?													
¿Ha asistido alguna vez (NOMBRE) a la escuela?													
¿Está (NOMBRE) estudiando actualmente?													
¿Cuál es el último año de estudios que ganó (NOMBRE)**? NO SABE=98													
YA NO ESTA EN LA ESCUELA													
¿Por qué razón dejó de estudiar***?													
(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
MHP01_01		PARENTESCO	H M	AÑOS	SI NO N/S	SI NO N/S	SI NO N/S	NIVEL GRADO	CODIGO	SI NO N/S	PRI BAS DIV	A B C	
		MHP03_01	MHP04_01	MHP05_01	MHP06_01	MHP07_01	MHP08_01	MHP09U_01 MHP09N_01	MHP10_01	MHP11_01	MHP12A_01 MHP12B_01 MHP12C_01	MHP13A_01 MHP13B_01 MHP13C_01	MHP14_01
01		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	01
02		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	02
03		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	03
04		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	04
05		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	05
06		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	06
07		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	07
08		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	08
09		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	09
10		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	10



CONTINUACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR

(01)	(02)	(03) PARENTESCO	(04) H M	(05) AÑOS	(06) SI NO N/S	(07) SI NO N/S	(08) SI NO N/S	(09) NIVEL GRADO	(10) CODIGO	(11) SI NO N/S	(12) PRI. BAS. DIV	(13) A B C	(14)		
11		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11
12		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12
13		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13
14		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14
15		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15
16		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 13	1 2 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16

**MARQUE AQUI SI CONTINUA EN OTRA HOJA**

**Sólo para estar segura que tengo una lista completa:**

¿Hay otras personas como niñ@s o recién nacid@s que tal vez no hemos listado?

SI

→ ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

NO

¿Hay otras personas que no son parientes/familiares, como emplead@s doméstic@s que viven habitualmente aquí, que no hemos anotado?

SI

→ ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

NO

**CODIGOS PARA LA PREGUNTA 03  
PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR:**

01 = JEFE DEL HOGAR  
02 = ESPOSA / ESPOSO  
03 = HIJ@  
04 = YERNO/NUERA  
05 = NIET@  
06 = PADRE/MADRE  
07 = SUEGR@  
08 = HERMAN@  
09 = OTRO FAMILIAR  
10 = HIJ@ ADOPTAD@ O DE CRIANZA  
11 = EMPLEADA DOMESTICA  
12 = NO HAY PARENTESCO  
98 = NO SABE

**\*\* CODIGOS PARA LA PREGUNTA 09  
ULTIMO AÑO QUE GANO:**

**NIVEL EDUCATIVO**  
0 = NINGUN  
1 = PRIMARIA  
2 = SECUNDARIA  
3 = SUPERIOR/UNIVERSITARIA  
4 = ALFABETIZACION  
9 = NO SABE

**GRADO:**

0 = MENOS DE UN AÑO DE EDUCACION  
1, 2, 3, 4, 5, 6 = GRADOS PARA NIVEL PRIMARIA  
1, 2, 3, 4, 5, 6 = GRADOS PARA NIVEL SECUNDARIA  
1, 2, 3, 4, 5 = GRADOS PARA NIVEL SUPERIOR  
0,1,2 = ALFABETIZACION  
8 = NO SABE

**ALFABETIZACION**

0= INICIAL  
1= POST 1  
2= POST 2

**\*\*\* CODIGOS PARA LA PREGUNTA 10  
RAZON DE ABANDONO DE ESCUELA**

01 QUEDO EMBARAZADA/EMBARAZO A MUJER  
02 SE CASO/UNIO  
03 CAMBIO DE RESIDENCIA  
04 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA  
05 NO PUDO PAGAR LA CUOTA  
06 NECESITABA TRABAJAR  
07 SE GRADUO-SUFICIENTE ESCOLARIDAD  
08 MALAS CALIFICACIONES  
09 NO LEGUSTABA LA ESCUELA  
10 ESCUELA MUY LEJOS  
11 POR ENFERMEDAD/  
12 NO HABIA GRADO  
13 NO HABIA TRANSPORTE  
14 LIMITACIONES ECONOMICAS  
15 LOS PAPAS NO LE PERMITIERON  
96 OTRA RAZON  
98 NO SABE

**CODIGOS PARA LA PREGUNTA 13  
ENFERMEDADES CRONICAS**

0. NINGUNA  
1. DIABETES (AZUCAR ALTA EN LA SANGRE)  
2. PRESION ALTA  
3. DERRAME CEREBRAL  
4. OSTEOPOROSIS  
5. CÁNCER  
6. ATAQUE O INFARTO AL CORAZÓN  
8. NO SABE



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA CASA DE HABITACION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
15	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para <b>beber o tomar</b> que usan los miembros del hogar?  ¿De dónde obtienen o sacan el agua para tomar o beber?  <b>MHP15</b>	RED PUBLICA ACUEDUCTO ----- 11 CHORRO PUBLICO ----- 12 OTRA FUENTE POR TUBERIA ----- 21 PILA PUBLICA/TANQUE PUBLICO ----- 22 POZO MECANICO/MANUAL (BROCAL) ----- 23 RIO/ACEQUIA/MANANTIAL ----- 31 AGUA DE LLUVIA ----- 41 CAMION O TANQUE AGUATERO ----- 51 AGUA EMBOTELLADA ----- 61 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
16	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene en su casa?  <b>MHP16</b>	INODORO PRIVADO CONECTADO AL ALCANTARILLADO -- 11 INODORO COMPARTIDO CONECTADO AL ALCANTARILLADO 12 INODORO CONECTADO A FOSA SEPTICA ----- 21 LETRINA, POZO CIEGO, ESCUSADO ----- 22 NO TIENE SANITARIO ----- 31 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
17	¿Tiene en su casa:  Luz eléctrica? Paneles solares (Energía Solar)? Radio/grabadora? Teléfono de línea o fijo? Teléfono celular? Televisor? Refrigeradora? Lavadora de ropa? Secadora de ropa? Horno de micro ondas? Computadora?	SI NO A) LUZ ELECTRICA ----- <b>MHP17A</b> 1 2 B) ENERGIA SOLAR ----- <b>MHP17B</b> 1 2 C) RADIO ----- <b>MHP17C</b> 1 2 D) TELEFONO DE LINEA ----- <b>MHP17D</b> 1 2 E) TELEFONO CELULAR ----- <b>MHP17E</b> 1 2 F) TELEVISOR ----- <b>MHP17F</b> 1 2 G) REFRIGERADORA ----- <b>MHP17G</b> 1 2 H) LAVADORA ----- <b>MHP17H</b> 1 2 I) SECADORA DE ROPA ----- <b>MHP17I</b> 1 2 J) HORNO DE MICRO ONDAS ----- <b>MHP17J</b> 1 2 K) COMPUTADORA ----- <b>MHP17K</b> 1 2	
18	¿En total cuántos cuartos tiene en su casa?  ¿Y cuántos cuartos (habitaciones) usan para dormir?	NUMERO TOTAL DE HABITACIONES ----- <b>MHP18A</b> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO DE HABITACIONES PARA DORMIR <b>MHP18B</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	
19	¿Tiene en su casa un lugar (cuarto) que usan solo para cocinar? <b>MHP19</b>	SI----- 1 NO----- 2	
20	¿El lugar que usan para cocinar lo usan solo los miembros de su hogar o lo comparten? <b>MHP20</b>	PRIVADO ----- 1 COMPARTIDO ----- 2 NO COCINAN ----- 3	
21V	MATERIAL PRINCIPAL DEL PISO  SOLO POR OBSERVACIÓN  <b>MHP21V</b>	PISO NATURAL (TIERRA/ARENA) ----- 11 LADRILLO DE BARRO O TIERRA ----- 12 PISO RUSTICO (TABLAS DE MADERA) ----- 13 MADERA LUSTRADA ----- 14 LADRILLO DE CEMENTO (MOSAICO) GRANITO ----- 15 PISO CERAMICO ----- 16 TORTA DE CEMENTO ----- 17 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
22V	MATERIAL PRINCIPAL DEL TECHO  SOLO POR OBSERVACION  <b>MHP22V</b>	PAJA/PAJON/PALMA ----- 01 TEJA ----- 02 LAMINA DE ZINC/METALICA ----- 03 LAMINA DE ASBESTO (DURALITA) ----- 04 CONCRETO/ LOZA/TERRAZA ----- 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA CASA DE HABITACION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
23V	MATERIAL PRINCIPAL DE LAS PAREDES SOLO POR OBSERVACION (CONSIDERE COMO MATERIAL DE DESECHO: CARTON, PLASTICO, NYLON, ALUMINIO) <b>MHP23V</b>	BAJAREQUE ----- 01 ADOBE ----- 02 BLOCK ----- 03 LAMINA ----- 04 MADERA ----- 05 LADRILLO DE BARRO ----- 06 MATERIAL DE DESECHO ----- 07 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
24	¿La casa donde actualmente viven es propia, alquilada o prestada? <b>MHP24</b>	PROPIA Y TOTALMENTE PAGADA ----- 01 PROPIA Y PAGANDOLA A PLAZOS ----- 02 ALQUILADA ----- 03 PRESTADA O CEDIDA ----- 04 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
25	En los últimos 12 meses, ¿hicieron mejoras o ampliaciones a la vivienda? <b>MHP25</b>	SI----- 1 NO----- 2	
26	¿Algún miembro del hogar tiene y usa para transporte..... Bicicleta? Motocicleta? Carro? (Automóvil) Pick up? Camión? Alguna bestia o un caballo o mula?	SI NO A) BICICLETA ----- <b>MHP26A</b> 1 2 B) MOTOCICLETA ----- <b>MHP26B</b> 1 2 C) CARRO ----- <b>MHP26C</b> 1 2 D) PICK UP ----- <b>MHP26D</b> 1 2 E) CAMIÓN ----- <b>MHP26E</b> 1 2 F) BESTIA, CABALLO, MULA ----- <b>MHP26F</b> 1 2	
27	¿Qué tipo de combustible usan en su casa para cocinar? INDAGUE ¿Algún otro tipo de combustible?	GAS PROPANO ----- <b>MHP27A</b> A GAS CORRIENTE (KEROSSENE) ----- <b>MHP27B</b> B ELECTRICIDAD----- <b>MHP27C</b> C LEÑA ----- <b>MHP27D</b> D CARBON DE LEÑA ----- <b>MHP27E</b> E RESIDUOS AGRICOLAS ----- <b>MHP27F</b> F NINGUNO NO COCINAN ----- <b>MHP27H</b> H OTRO _____ <b>MHP27X</b> X (ESPECIFIQUE)	
28	¿Qué tipo de sal usan para sazonar sus alimentos? <b>MHP28</b>	SAL LOCAL ----- 1 SAL EN BOLSAS CON MARCA ----- 2 SAL EN BOLSAS SIN MARCA ----- 3 SAL PARA GANADO/ANIMALES (GRANULADA) ----- 4 NO USAN SAL EN LA CASA ----- 5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	→ 30Y
29	¿Me puede mostrar la sal que regularmente usa para sazonar sus alimentos? <b>MHP29A</b> HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL QUE USAN PARA SAZONAR SUS ALIMENTOS SI LA BOLSA TIENE MARCA ESCRIBALA _____ <b>MHP29B</b> LUEGO MARQUE CON UNA X EL CUADRO SEGÚN EL RESULTADO Y CIRCULE EL PORCENTAJE	A. HIZO LA PRUEBA? <b>MHP29A</b> SI ----- 1 NO, NO HABIA SAL ----- 2 OTRO _____ 6 <b>MHP29B</b> B. RESULTADO DE LA PRUEBA 1 2 3 4 5 6 0% 25% 50% 75% 100% +100%	→ 30Y



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LOS ALIMENTOS			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
30Y	<b>Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con los alimentos que consumen los miembros de este hogar</b>		
31	¿En los últimos seis meses, <b>le ha preocupado</b> que haya escasez de alimentos en su hogar?	SI-----1 → NO-----2 MHP31A ↓	Con qué frecuencia? MHP31B SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3
32	¿En los últimos 30 días, <b>faltó dinero</b> en el hogar para comprar alimentos?	SI-----1 → NO-----2 MHP32A ↓	Con qué frecuencia? MHP32B SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3
33	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar <b>comió menos</b> de lo que deseaba por falta de dinero?	SI-----1 → NO-----2 MHP33A ↓	Con qué frecuencia? MHP33B SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3
34	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar <b>dejó de desayunar, de almorzar o de cenar</b> por falta de dinero?	SI-----1 → NO-----2 MHP34A ↓	Con qué frecuencia? MHP34B SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3
35	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar <b>se quejó de hambre</b> por falta de alimentos en el hogar?	SI-----1 → NO-----2 MHP35A ↓	Con qué frecuencia? MHP35B SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3
36	¿En los últimos 6 meses, ha tenido que <b>disminuir</b> la cantidad de alimentos <b>ó eliminar</b> algunos alimentos por falta de dinero?	DISMINUIR----- ELIMINAR----- NO HA SIDO NECESARIO-----	MHP36A -A MHP36B -B → 37A MHP36C -C → 39
37	En los últimos 6 meses, ¿Cuáles han sido los alimentos que ha <b>disminuido o comido menos</b> ?		
	ALIMENTO QUE DISMINUYÓ	CODIGO	
	A) MHP37A	MHP37A_C	
	B) MHP37B	MHP37B_C	
	C) MHP37C	MHP37C_C	
	D) MHP37D	MHP37D_C	
	<b>SI SOLO DISMINUYO ALIMENTOS (A) PASE A 38</b>		
37A	En los últimos 6 meses, ¿con qué alimentos ha <b>sustituido ó cambiado</b> los alimentos que disminuyó o eliminó?		
	ALIMENTO QUE ELIMINÓ	CODIGO	ALIMENTO POR EL QUE SUSTITUYÓ Ó CAMBIO
	A) MHP37AA	MHP37AB	A) MHP37AC
	B) MHP37BA	MHP37BB	B) MHP37BC
	C) MHP37CA	MHP37CB	C) MHP37CC
	D) MHP37DA	MHP37DB	D) MHP37DC
	E) MHP37EA	MHP37EB	E) MHP37EC
38	¿En el último año, en qué meses tuvieron mayores problemas de escasez de alimentos?	A. MHP38AA DE MES <input type="text"/> <input type="text"/>	A MES <input type="text"/> <input type="text"/> MHP38BA
		B. MHP38AB DE MES <input type="text"/> <input type="text"/>	A MES <input type="text"/> <input type="text"/> MHP38BB
		C. MHP38AC DE MES <input type="text"/> <input type="text"/>	A MES <input type="text"/> <input type="text"/> MHP38BC
		NO HUBO ESCASEZ -----	0 0 0 0
		NO SABE -----	9 8 9 8



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LOS ALIMENTOS																																																											
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																								
39	¿En el último año (12 meses), algún miembro del hogar recibió beneficios de los siguientes programas?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) LECHE EN POLVO?-----</td> <td>MHP39A 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B) VASO DE LECHE?-----</td> <td>MHP39B 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C) ALIMENTACIÓN ESCOLAR?-----</td> <td>MHP39C 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D) VASO DE ATOL?-----</td> <td>MHP39D 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E) BECAS ESCOLARES?-----</td> <td>MHP39E 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F) BOLSA DE ÚTILES ESCOLARES?-----</td> <td>MHP39F 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G) VITA CEREAL? -----</td> <td>MHP39G 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H) RACIONES FAMILIARES DE ALIMENTOS</td> <td>MHP39H 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I) PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA NIÑA?--</td> <td>MHP39I 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J) MICRO CRÉDITOS?-----</td> <td>MHP39J 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A) LECHE EN POLVO?-----	MHP39A 1	2	B) VASO DE LECHE?-----	MHP39B 1	2	C) ALIMENTACIÓN ESCOLAR?-----	MHP39C 1	2	D) VASO DE ATOL?-----	MHP39D 1	2	E) BECAS ESCOLARES?-----	MHP39E 1	2	F) BOLSA DE ÚTILES ESCOLARES?-----	MHP39F 1	2	G) VITA CEREAL? -----	MHP39G 1	2	H) RACIONES FAMILIARES DE ALIMENTOS	MHP39H 1	2	I) PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA NIÑA?--	MHP39I 1	2	J) MICRO CRÉDITOS?-----	MHP39J 1	2																								
	SI	NO																																																									
A) LECHE EN POLVO?-----	MHP39A 1	2																																																									
B) VASO DE LECHE?-----	MHP39B 1	2																																																									
C) ALIMENTACIÓN ESCOLAR?-----	MHP39C 1	2																																																									
D) VASO DE ATOL?-----	MHP39D 1	2																																																									
E) BECAS ESCOLARES?-----	MHP39E 1	2																																																									
F) BOLSA DE ÚTILES ESCOLARES?-----	MHP39F 1	2																																																									
G) VITA CEREAL? -----	MHP39G 1	2																																																									
H) RACIONES FAMILIARES DE ALIMENTOS	MHP39H 1	2																																																									
I) PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA NIÑA?--	MHP39I 1	2																																																									
J) MICRO CRÉDITOS?-----	MHP39J 1	2																																																									
40	¿En los últimos 3 meses, algún miembro del hogar recibió dinero de remesas de parientes/familiares que viven en el exterior? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MHP40</span>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI-----</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO-----</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	SI-----	1	NO-----	2	NO SABE -----	8																																																			
SI-----	1																																																										
NO-----	2																																																										
NO SABE -----	8																																																										
<b>41Y</b>	<b>Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con los tipos de alimentos que usted o algún miembro de su hogar comió ayer durante el día ó la noche.</b>																																																										
42	¿Algún miembro del hogar, comió ..... [LEER ALIMENTOS DE CADA GRUPO]	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) TORTILLAS, PAN, FIDEOS, ARROZ, GALLETAS U OTRO ALIMENTO DE TRIGO, MAÍZ, ARROZ?</td> <td>MHP42A 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B) PAPA, CAMOTE, YUCA, ICHINTAL, MALANGA?</td> <td>MHP42B 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C) ZANAHORIA, GUICOY, HIERVAS, GÜISQUIL, TOMATE, PEPINO, BRÓCOLI U OTRAS VERDURAS?</td> <td>MHP42C 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D) BANANO, NARANJA, MANZANA, MELÓN, SANDÍA, PAPAYA U OTRAS FRUTAS?</td> <td>MHP42D 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E) CARNE DE RES, DE CERDO, DE CORDERO, CABRA, CONEJO, POLLO, PATO, CHUNTO (CHUMPE) U OTRAS AVES, VÍSCERAS: HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN, MOLLEJAS, U OTROS ÓRGANOS?</td> <td>MHP42E 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F) HUEVOS?</td> <td>MHP42F 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G) PESCADO Y MARISCOS</td> <td>MHP42G 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H) FRIJOLES, HABAS SECAS, LENTEJAS, GARBANZOS, MANÍAS Y NUECES?</td> <td>MHP42H 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I) LECHE DE VACA, LECHE DE CABRA, QUESO DE DIFERENTES TIPOS, YOGURT?</td> <td>MHP42I 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J) MANTECA, MANTEQUILLA, ACEITE VEGETAL, CREMA, MAYONESA?</td> <td>MHP42J 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>K) AZÚCAR, MIEL, PANELA?</td> <td>MHP42K 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L) CAFÉ, TÉ?</td> <td>MHP42L 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M) CONDIMENTOS, CONSOMÉ, SOPAS INSTANTÁNEAS, AGUAS GASEOSAS, BOLSITAS DE PRODUCTOS CHATARRA, GOSINAS?</td> <td>MHP42M 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A) TORTILLAS, PAN, FIDEOS, ARROZ, GALLETAS U OTRO ALIMENTO DE TRIGO, MAÍZ, ARROZ?	MHP42A 1	2	8	B) PAPA, CAMOTE, YUCA, ICHINTAL, MALANGA?	MHP42B 1	2	8	C) ZANAHORIA, GUICOY, HIERVAS, GÜISQUIL, TOMATE, PEPINO, BRÓCOLI U OTRAS VERDURAS?	MHP42C 1	2	8	D) BANANO, NARANJA, MANZANA, MELÓN, SANDÍA, PAPAYA U OTRAS FRUTAS?	MHP42D 1	2	8	E) CARNE DE RES, DE CERDO, DE CORDERO, CABRA, CONEJO, POLLO, PATO, CHUNTO (CHUMPE) U OTRAS AVES, VÍSCERAS: HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN, MOLLEJAS, U OTROS ÓRGANOS?	MHP42E 1	2	8	F) HUEVOS?	MHP42F 1	2	8	G) PESCADO Y MARISCOS	MHP42G 1	2	8	H) FRIJOLES, HABAS SECAS, LENTEJAS, GARBANZOS, MANÍAS Y NUECES?	MHP42H 1	2	8	I) LECHE DE VACA, LECHE DE CABRA, QUESO DE DIFERENTES TIPOS, YOGURT?	MHP42I 1	2	8	J) MANTECA, MANTEQUILLA, ACEITE VEGETAL, CREMA, MAYONESA?	MHP42J 1	2	8	K) AZÚCAR, MIEL, PANELA?	MHP42K 1	2	8	L) CAFÉ, TÉ?	MHP42L 1	2	8	M) CONDIMENTOS, CONSOMÉ, SOPAS INSTANTÁNEAS, AGUAS GASEOSAS, BOLSITAS DE PRODUCTOS CHATARRA, GOSINAS?	MHP42M 1	2	8	
	SI	NO	NS																																																								
A) TORTILLAS, PAN, FIDEOS, ARROZ, GALLETAS U OTRO ALIMENTO DE TRIGO, MAÍZ, ARROZ?	MHP42A 1	2	8																																																								
B) PAPA, CAMOTE, YUCA, ICHINTAL, MALANGA?	MHP42B 1	2	8																																																								
C) ZANAHORIA, GUICOY, HIERVAS, GÜISQUIL, TOMATE, PEPINO, BRÓCOLI U OTRAS VERDURAS?	MHP42C 1	2	8																																																								
D) BANANO, NARANJA, MANZANA, MELÓN, SANDÍA, PAPAYA U OTRAS FRUTAS?	MHP42D 1	2	8																																																								
E) CARNE DE RES, DE CERDO, DE CORDERO, CABRA, CONEJO, POLLO, PATO, CHUNTO (CHUMPE) U OTRAS AVES, VÍSCERAS: HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN, MOLLEJAS, U OTROS ÓRGANOS?	MHP42E 1	2	8																																																								
F) HUEVOS?	MHP42F 1	2	8																																																								
G) PESCADO Y MARISCOS	MHP42G 1	2	8																																																								
H) FRIJOLES, HABAS SECAS, LENTEJAS, GARBANZOS, MANÍAS Y NUECES?	MHP42H 1	2	8																																																								
I) LECHE DE VACA, LECHE DE CABRA, QUESO DE DIFERENTES TIPOS, YOGURT?	MHP42I 1	2	8																																																								
J) MANTECA, MANTEQUILLA, ACEITE VEGETAL, CREMA, MAYONESA?	MHP42J 1	2	8																																																								
K) AZÚCAR, MIEL, PANELA?	MHP42K 1	2	8																																																								
L) CAFÉ, TÉ?	MHP42L 1	2	8																																																								
M) CONDIMENTOS, CONSOMÉ, SOPAS INSTANTÁNEAS, AGUAS GASEOSAS, BOLSITAS DE PRODUCTOS CHATARRA, GOSINAS?	MHP42M 1	2	8																																																								



## SELECCION DE LA MUJER A ENTREVISTAR

SI NO HAY MUJERES (ELEGIBLES) DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, ANOTE "0" EN EL TOTAL Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA.

SI HAY MUJERES ELEGIBLES, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

Número de Orden	No. de línea en columna 14	NOMBRE DE LA MUJER DE 15 A 49 AÑOS (En el renglón 1 debe anotarse a la mujer de mayor edad)	EDAD (Años cumplidos)
1 <b>ORDEN_1</b>	<b>NHOG_1</b>		<b>HEDAD_1</b>
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8 <b>ORDEN_8</b>	<b>NHOG_8</b>		<b>HEDAD_8</b>

En el hogar viven en total **MEF**  **SI ES "0" ANOTE LO EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE EN LA PRIMERA PAGINA DE ESTE CUESTIONARIO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA**  
Mujeres de 15 a 49 años de edad

### CUADRO PARA SELECCION DE LA MUJER DE 15-49 AÑOS A ENTREVISTAR

ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DE CUESTIONARIO	NUMERO TOTAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>SELCUA</b> 0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA \_\_\_\_\_

No. DE LINEA, DE LA PERSONA SELECCIONADA, EN EL LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR **MLINEA**



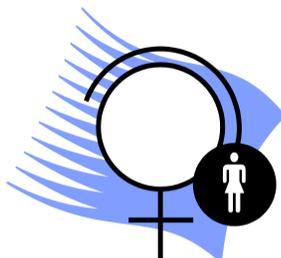
**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD  
MATERNO INFANTIL 2008  
ENSMI 2008  
CUESTIONARIO INDIVIDUAL  
(MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD)**



**IDENTIFICACION CARTOGRAFICA**

**MREG** **MDEPTO** **MMPIO** **MSECCION** **MSECTOR**

Región	Depto.	Mpio.	Sección	Sector



**IDENTIFICACION PARA DIGITACION**

**MPAQ** **MHOG** **MPERSONA**

Paquete	Hogar	Persona		

**NOMBRE DE LA PERSONA:** \_\_\_\_\_

<p><b>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</b></p> <p>1. URBANO    2. RURAL    <input type="checkbox"/> <b>MAREA</b></p> <p>DIRECCION: .....</p>	<p><b>UBICACION GEOGRAFICA:</b></p> <p>1. DEPARTAMENTO: .....</p> <p>2. MUNICIPIO: .....</p> <p>3. ALDEA/CASERIO/CANTON/FINCA: .....</p>
---	--

RESULTADOS DE LAS VISITAS	1ra.	2da.	3ra.	<p><b>*CODIGOS DE RESULTADO</b></p> <p>01- COMPLETA</p> <p>02- AUSENTE (NO ESTA EN CASA)</p> <p>03- POSPUESTA</p> <p>04- RECHAZO</p> <p>05- PARCIALMENTE COMPLETA</p> <p>06- PERSONA INCAPACITADA</p> <p>96- OTRO _____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>IDIOMA DE LA ENTREVISTA</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>IDIOMA MATERNO</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>IDIOMA DEL CUESTIONARIO</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>	IDIOMA DE LA ENTREVISTA			IDIOMA MATERNO			IDIOMA DEL CUESTIONARIO	0	1
IDIOMA DE LA ENTREVISTA													
IDIOMA MATERNO													
IDIOMA DEL CUESTIONARIO	0	1											
FECHA Y HORA													
ENCUESTADORA													
RESULTADO*													
PROXIMA VISITA	FECHA												
	HORA												
<b>VISITA FINAL</b>	DIA	MES	ANO										
	<b>MVFD</b>	<b>MVFM</b>	2 0 0	<b>MVFA</b>									
<b>MENC</b>	ENCUESTADORA	CODIGO	NOMBRE										
	RESULTADO DE ENTREVISTA *	<b>MRES</b>	Nº DE VISITAS	<b>MVISIT</b>									
	USO TRADUCTOR	<b>MTRA</b>											
	SI=1 NO=2												

- |              |             |              |               |               |
|--------------|-------------|--------------|---------------|---------------|
| 01 ESPAÑOL   | 03 Q'EQCHI' | 05 MAM       | 07 TZU'UTUJIL | 09 CHORTI     |
| 02 KAQCHIKEL | 04 K'ICHE'  | 06 POQOMCHI' | 08 KANJOBAL   | 10 POCOMAM    |
|              |             |              |               | 96 OTRO _____ |
- (ESPECIFIQUE)

*Estamos realizando la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2007, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En base al Decreto Ley 3-85, Artículo 25 de la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadística (INE), toda la información que proporcione es CONFIDENCIAL. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para esta investigación a nivel nacional.*

Está usted de acuerdo en ser entrevistada? SI  NO  FIRMA DE ENCUESTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

SI LA PERSONA NO ESTA DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CODIGO 04 (RECHAZO) EN EL RESULTADO.

CONTROL DE OFICINA	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE				
FECHA				
CODIGO	<input type="text"/> <b>MSUP</b>	<input type="text"/> <b>MEDC</b>	<input type="text"/> <b>MEDO</b>	<input type="text"/> <b>MDIG</b>

ESPAÑOL



**SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
100V	ESCRIBA LA HORA DE INICIO	HORAS ----- <b>MP100VH</b> <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ----- <b>MP100VM</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	
101Y	<b>Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar</b>		
102	¿Por favor dígame en que mes y año nació usted?	MES ----- <b>MP102M</b> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <b>MP102A</b> <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
103	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS --- <b>MP103</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104F	<b>COMPARE 102 Y 103.</b> SI COINCIDE <input type="text" value="1"/> <b>MP104F</b> NO COINCIDE <input type="text" value="2"/> → CORRIJA 102 Y/O 103		
105	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI ----- 1 NO ----- <b>MP105</b> 2	→ 112
106	¿Cuál es el último año de estudios que usted ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- <b>MP106U</b> 0 0 PRIMARIA ----- 1 SECUNDARIA ----- 2 SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 ALFABETIZACION ----- 4 0	<b>MP106N</b>
107	¿Estudia usted actualmente? <b>MP107</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 111
108	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de ir a estudiar? <b>MP108</b>	EDAD A LA QUE DEJO DE ESTUDIAR ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
109	¿Cuál fue la principal razón por la cual usted dejó de asistir? <b>MP109</b>	SE EMBARAZO ----- 01 SE CASO/UNIO ----- 02 CAMBIO DE RESIDENCIA ----- 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA ----- 04 NO PUDO PAGAR LA CUOTA ----- 05 NECESITABA TRABAJAR ----- 06 SE GRADUO/SUFICIENTE ESCOLARIDAD ----- 07 MALAS CALIFICACIONES ----- 08 NO LE GUSTABA LA ESCUELA ----- 09 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS ----- 10 POR ENFERMEDAD O RAZON MEDICA ----- 11 NO HABIA GRADO ----- 12 NO HABIA TRANSPORTE ----- 13 LOS PAPÁS NO LE PERMITIERON ----- 14 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
110P	<b>PASE A 112</b>		
111	¿Está repitiendo usted el grado este año? <b>MP111</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	
112	¿En los últimos 5 años, ha asistido o asiste actualmente a una escuela/centro de enseñanza técnica para recibir cursos de capacitación? (IFES, INTECAP, IGLESIAS, OTRAS ORGANIZACIONES, ETC.) <b>MP112</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	



**SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
113F	<p>REVISE 105 Y 106  <b>ALFABETIZACION ESCUELA PRIMARIA O MENOS O NO ASISTIO A LA ESCUELA</b></p> <p align="center">1</p> <p align="center">MP113F</p>	<p align="center">2 <b>SECUNDARIA O SUPERIOR</b></p>	115
114	<p>¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o le resulta imposible?</p> <p>MP114</p>	<p>FACILMENTE ----- 1</p> <p>CON DIFICULTAD ----- 2</p> <p>IMPOSIBLE ----- 3</p>	→ 116
115	<p>¿Lee usted un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?</p> <p>MP115</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
116	<p>¿Escucha radio todos los días?</p> <p>MP116</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
117	<p>¿Mira televisión al menos una vez a la semana?</p> <p>MP117</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
118	<p>¿Usted, Cómo se considera, indígena, ladino o de otra etnia?</p> <p>MP118</p>	<p>INDIGENA ----- 1</p> <p>LADINO ----- 2</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE ----- 8</p>	
119V	<p><b>GRUPO ETNICO (OBSERVACION DE LA ENTREVISTADORA)</b></p> <p>MP119V</p>	<p>INDIGENA ----- 1</p> <p>LADINO ----- 2</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
120	<p>¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos?</p> <p>MP120</p> <p>INDAGUE:                  ¿Qué idioma hablan sobre todo en las horas de comida?</p>	<p>ESPAÑOL ----- 01</p> <p>KAQCHIQUEL ----- 02</p> <p>Q'EQCHI ----- 03</p> <p>K'ICHE ----- 04</p> <p>MAM ----- 05</p> <p>POQOMCHI' ----- 06</p> <p>TZU'UTUJIL ----- 07</p> <p>KANJOBAL ----- 08</p> <p>CHORTI ----- 09</p> <p>POCOMAM ----- 10</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	→ 123
121	<p>¿Usted puede entender el español?</p> <p>MP121</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
122	<p>¿Usted puede hablar el español?</p> <p>MP122</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	→ 125
123	<p>¿Además del español, algún miembro del hogar habla un idioma Maya?</p> <p>MP123</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	→ 125



**SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
124	¿Qué idioma es? <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; color: red;">MP124</div>	KAQCHIQUEL ----- 02 Q'EQCHI ----- 03 K'ICHE ----- 04 MAM ----- 05 POQOMCHI' ----- 06 TZU'UTUJIL ----- 07 KANJOBAL ----- 08 CHORTI ----- 09 POCOMAM ----- 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
125	¿Cuál fue el último grado de estudios que ganó su papá?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; color: red;">MP125U</div> 0 0 PRIMARIA ----- 1 SECUNDARIA ----- 2 SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 ALFABETIZACION ----- 4 0 NO SABE ----- 9 8	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; color: red;">MP125N</div>
126	¿Cuál fue el último grado de estudios que ganó su mamá?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; color: red;">MP126U</div> 0 0 PRIMARIA ----- 1 SECUNDARIA ----- 2 SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 ALFABETIZACION ----- 4 0 NO SABE ----- 9 8	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; color: red;">MP126N</div>



**SECCION 2. NUPCIALIDAD, ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>200Y</b>	<b>Ahora quiero que hablemos sobre otro tema importante, su estado civil.</b>		
201	¿Está usted casada o unida ahora?  <b>MP201</b>	CASADA ----- 1 UNIDA ----- 2 NO ESTA EN UNION ----- 3	→ 206 → 206
202	¿Ha estado usted alguna vez casada o unida (ha vivido con un hombre)?  <b>MP202</b>	SI, ANTERIORMENTE CASADA ----- 1 SI, ANTERIORMENTE EN UNION ----- 2 NO ----- 3	→ 205 → 205
<b>203C</b>	<b>MARQUE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES HASTA ENERO DE 2003(2004).</b>		
<b>204P</b>	<b>PASE A 221Y</b>		
205	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?  <b>MP205</b>	VIUDA ----- 1 DIVORCIADA ----- 2 SEPARADA ----- 3	→ 207 → 207 → 207
206	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o vive él en alguna otra parte?  <b>MP206</b>	VIVE CON ENTREVISTADA ----- 1 VIVE EN OTRA PARTE ----- 2 ESPOSO DESAPARECIDO ----- 3	
207	¿Con cuántos hombres ha estado usted casada o unida?  <b>MP207</b>	NUMERO DE HOMBRES ----- <input type="text"/>	
208	REVISE 207  CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <b>1</b> CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <b>2</b>  ↓ ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir con su <b>primer</b> esposo/compañero?	MES ----- <b>MP208M</b> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <b>MP208A</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
209	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?  <b>MP209</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
210	¿Cuántos años cumplidos tenía su esposo/compañero cuando empezó a vivir con él?  <b>MP210</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8	
<b>210C</b>	<b>DETERMINE LOS MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 2003 (2004).</b>  <b>MARQUE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 2003 (2004)</b>  <b>PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS O QUE TENGAN MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE ELLA DEJO DE VIVIR EN UNION O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION POSTERIOR.</b>		
<b>211F</b>	REVISE 201 Y 202  ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <b>1</b> <b>MP211F</b> ANTERIORMENTE CASADA O EN UNION <b>2</b> → 218 PAG. 5		
<b>212Y</b>	<b>Ahora le haré algunas preguntas acerca de su esposo y del trabajo que él tiene.</b>		
213	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero actualmente?  <b>MP213</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
214	¿Alguna vez, asistió su esposo/compañero a la escuela?  <b>MP214</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 216 → 216





**SECCION 2. NUPCIALIDAD, ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
229	<p>REVISE 201 Y 202</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION</p> <p>NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION</p> <p>¿Su esposo /compañero está de acuerdo con que usted trabaje?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>230F</p>	<p>ESTA DE ACUERDO ----- 01</p> <p>NO ESTA DE ACUERDO ----- 02</p> <p>LO RECHAZA ----- 03</p> <p>LE ES INDIFFERENTE ----- 04</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
230F	<p>REVISE 228</p> <p>TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA</p> <p>1</p> <p>NO TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA</p> <p>2</p> <p>MP230F</p> <p>232</p>		
231	<p>En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses).</p> <p>¿Trabaja usted en <b>tierra propia</b> (de él), en <b>tierra de la familia</b>, en <b>tierra alquilada</b>, o trabaja en <b>tierra de alguien más</b>??</p> <p>MP231</p>	<p>TIERRA PROPIA ----- 1</p> <p>TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2</p> <p>TIERRA ALQUILADA ----- 3</p> <p>TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4</p> <p>OTRA ----- 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
232	<p>En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses).</p> <p>¿Trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más como empresas, organizaciones, etc.?</p>	<p>POR CUENTA PROPIA ----- 1</p> <p>PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA ----- 2</p> <p>PARA ALGUIEN MAS ----- 3</p>	
233	<p>En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses).</p> <p>¿Trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?</p>	<p>TODO EL AÑO ----- 1</p> <p>CIERTAS EPOCAS DEL AÑO ----- 2</p> <p>DE VEZ EN CUANDO ----- 3</p>	237
234	<p>En el último año (12 meses), ¿Durante cuántos meses trabajó?</p> <p>MP234</p>	<p>NUMERO DE MESES -----</p>	
235	<p>¿En qué meses trabaja?</p>	<p>DE MES A MES</p> <p>MP235AA A</p> <p>MP235AB B</p> <p>MP235AC C</p> <p>MP235BA</p> <p>MP235BB</p> <p>MP235BC</p>	
236	<p>En los meses que trabajó, ¿Aproximadamente cuántos días a la semana desempeñó dicho trabajo?</p>	<p>NUMERO DE DIAS -----</p> <p>MP236</p>	
237	<p>REVISE 201 Y 202</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION</p> <p>1</p> <p>NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION</p> <p>2</p> <p>¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sola, su esposo/compañero, usted junto con su esposo/compañero, o alguien más?</p> <p>¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más o usted junto con alguien más?</p>	<p>LA ENTREVISTADA DECIDE ----- 1</p> <p>ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE ----- 2</p> <p>JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO ----- 3</p> <p>ALGUIEN MAS DECIDE ----- 4</p> <p>JUNTO CON ALGUIEN MAS ----- 5</p> <p>MP237</p>	
238	<p>¿Realiza usted su trabajo actual (o de los últimos 12 meses) en la casa, o fuera de la casa?</p>	<p>EN LA CASA ----- 1</p> <p>FUERA DE LA CASA ----- 2</p> <p>MP238</p>	
239	<p>¿Cuántos años cumplidos tenía cuando comenzó a trabajar por primera vez en algo que le pagaban en dinero o especie?</p> <p>MP239</p>	<p>EDAD -----</p> <p>NUNCA HA TRABAJADO -----</p> <p>NO RECUERDA ----- 9 8</p>	
240	<p>¿Es usted afiliada o beneficiaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o IGSS?</p> <p>MP240</p>	<p>SI AFILIADA ----- 1</p> <p>SI BENEFICIARIA ----- 2</p> <p>NO ----- 3</p>	
241	<p>¿Tiene usted un plan de seguro privado de salud (que no sea el Seguro Social o IGSS)?</p> <p>MP241</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	



**SECCION 3A. REPRODUCCION**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>300Y</b>	<b>Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los embarazos que usted tuvo. No me refiero a hijos o hijas criad@s o adoptad@s por usted</b>		
301	¿Ha tenido algún hijo o hija que ha nacido vivo/a? <b>MP301</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 308
302	De los hijos e hijas que tuvo. ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo con usted? <b>MP302</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 305
303	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO <b>MP303</b>	HIJOS EN CASA -----	
304	¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNA <b>MP304</b>	HIJAS EN CASA -----	
305	De los hijos e hijas que tuvo. ¿Hay algún hijo o hija que ahora no esté viviendo con usted? <b>MP305</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 308
306	¿Cuántos hijos (varones) no viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO <b>MP306</b>	HIJOS FUERA -----	
307	¿Cuántas hijas (mujeres) no viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO <b>MP307</b>	HIJAS FUERA -----	
308	¿Dio alguna vez a luz un niño o niña que nació vivo pero que falleció después? SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE: ¿Tuvo algún hijo o hija que lloró o dio alguna señal de vida, pero que sólo sobrevivió por algunas horas o días? <b>MP308</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 311
309	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO <b>MP309</b>	HIJOS MUERTOS -----	
310	¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNA <b>MP310</b>	HIJAS MUERTAS -----	
311	¿Dio alguna vez a luz un niño o niña que nació muerto/a después de completar el sexto mes de embarazo? <b>MP311</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 313
312	¿Cuántos niños/as nacieron muertos? ESCRIBA EL TOTAL DE NACIDOS MUERTOS NO IMPORTA EL SEXO <b>MP312</b>	NACIDOS MUERTOS -----	
313	¿Cuántas pérdidas o abortos (embarazos que terminaron antes de completar el sexto mes) ha tenido usted? <b>MP313</b>	NÚMERO DE PERDIDAS O ABORTOS -----	
<b>314F</b>	<p><b>SI NUNCA HA DADO A LUZ ("NO" EN 301, 308, 311 312 Y 313), ESCRIBA "00"</b></p> <p><b>SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 303, 304, 306, 307, 309, 310, 312 Y 313 Y ESCRIBA EL TOTAL DE EMBARAZOS</b></p> <p><b>HUBO ALGÚN EMBARAZO MÚLTIPLE</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 <b>MP314F</b></p>	<p>TOTAL DE HIJOS VIVOS ----- (303+304+306+307)</p> <p>TOTAL DE NACIDOS VIVOS QUE MURIERON (309+310)</p> <p>TOTAL DE NACIDOS MUERTOS ----- (312)</p> <p>TOTAL DE PÉRDIDAS O ABORTOS ----- (313)</p> <p>TOTAL DE EMBARAZOS -----</p>	<p><b>MP314A</b></p> <p><b>MP314B</b></p> <p><b>MP314C</b></p> <p><b>MP314D</b></p> <p><b>MP314E</b></p>
<b>315F</b>	<p><b>REVISE 314F</b></p> <p>Sólo para estar segura de que tengo la información correcta: Usted tuvo en TOTAL _____ embarazos durante toda su vida.</p> <p>¿Está correcto? SI <input type="checkbox"/> 1 <b>MP315F</b> NO <input type="checkbox"/> 2 DE SER NECESARIO INDAGUE Y CORRIJA DE 303 A 313</p>		
<b>316F</b>	<p><b>REVISE 314F</b></p> <p>DOS O MAS NACID@S VIV@S <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 SOLO UN NACID@ VIV@ <input type="checkbox"/> 3 NINGUN NACID@ VIV@ <input type="checkbox"/> 3</p> <p><b>MP316F</b></p>		→ 319F → 334
317	¿Todas los hijos e hijas que usted ha tenido son del mismo papá? <b>MP317</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 319F
318	¿Con cuántos hombres ha tenido sus hijo/as? <b>MP318</b>	NUMERO DE HOMBRES ----- NO SABE/NO RESPONDE ----- 9 8	



**SECCION 3B. HISTORIA DE NACIMIENTOS**

**319F** *ESCRIBA EN 321 LOS NOMBRES DE TOD@S L@S NACID@S VIV@S Y PROSIGA HASTA LA 330 SEGUN CORRESPONDA. EMPIECE POR EL O LA MENOR EN LA FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTO DE MENOR A MAYOR*

**320Y** *Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos e hijas nacid@s viv@s que usted ha tenido, estén viv@s o muert@s. Empecemos por el/la últim@ (el/la menor) que tuvo.*

321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
¿Cuál es el nombre de su (último/a, etc.) hijo/a?	(NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(NOMBRE) ¿Está viv@?	SI ESTA VIVO,  ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE) ?	SI ESTA VIVO  ¿(NOMBRE) vive con usted?	¿Vive el padre de (NOMBRE) con usted?	SI FALLECIO  ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ESCRIBA LO SIGUIENTE:*	DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE). RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJ@ EN LA LINEA ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo otro nacimiento entre (NOMBRE) y EL (ANTERIOR NOMBRE)
01 ÚLTIMO  MP321_01	HOMBRE-1  MUJER--2  MP322_01	DIA MP323D_01 MES MP323M_01 AÑO MP323A_01	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328) MP324_01	EDAD MP325_01	SI ---- 1 NO ---- 2  MP326_01	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 327) MP327_01	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3  MP328_01		
02 PENULTIMO	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC) MP329_02	SI--- 1 NO--- 2  MP330_02
03 ANTE-PENULTIMO	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
04	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
05	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
06	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
07	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
08	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
09	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
10	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
11  MP321_11	HOMBRE-1  MUJER--2  MP322_11	DIA MP323D_11 MES MP323M_11 AÑO MP323A_11	SI --- 1 NO --- 2  (PASE A 328) MP324_11	EDAD MP325_11	SI ---- 1 NO ---- 2  MP326_11	SI ---- 1 NO ---- 2  (PASE A 329) MP327_11	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3  MP328_11	SI----- 1 NO----- 2  (SIGUIENTE NAC) MP329_11	SI--- 1 NO--- 2  MP330_11



**SECCION 3B. HISTORIA DE NACIMIENTOS**

321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
¿Cuál es el nombre de su (última, penúltima, etc.) hija?	(NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(NOMBRE) ¿Está viv@?	SI ESTA VIVA, ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	SI ESTA VIVA ¿(NOMBRE) vive con usted?	¿Vive el padre de (NOMBRE) con usted?	SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ESCRIBA LO SIGUIENTE:*	DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJA ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MÁS?	¿Hubo otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
12  <b>MP321_12</b>	HOMBRE-1  MUJER--2  <b>MP322_12</b>	DIA <b>MP323D_12</b> MES <b>MP323M_12</b> AÑO <b>MP323A_12</b>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 324) <b>MP324_12</b>	EDAD <b>MP325_12</b>	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 326) <b>MP326_12</b>	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 327) <b>MP327_12</b>	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3 <b>MP328_12</b>	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC) <b>MP329_12</b>	SI--- 1 NO--- 2  <b>MP330_12</b>
13	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
14	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
15	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
16	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
17	HOMBRE-1  MUJER--2	DIA MES AÑO	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
18  <b>MP321_18</b>	HOMBRE-1  MUJER--2  <b>MP322_18</b>	DIA <b>MP323D_18</b> MES <b>MP323M_18</b> AÑO <b>MP323A_18</b>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328) <b>MP324_18</b>	EDAD <b>MP325_18</b>	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329) <b>MP326_18</b>	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329) <b>MP327_18</b>	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3 <b>MP328_18</b>		

\*EN "DIAS" SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; -EN "MESES" SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS; -EN "AÑOS". SI ES DE 2 O MAS AÑOS SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES

<b>331E</b>	<p>COMPARE EL NUMERO DE NACID@S VIV@S REGISTRAD@S EN 321 CON EL NUMERO REGISTRADO EN 314F INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS</p> <p>A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:</p> <p>A) PARA CADA HIJ@ NACID@ VIV@: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 323) →</p> <p>B) PARA CADA HIJ@ VIV@: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 325) →</p> <p>C) PARA CADA HIJ@ FALLECID@: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 328) →</p> <p>D) PARA HIJ@S FALLECID@S ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 328): SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES →</p>
<b>332F</b>	<p>REVISE 323 Y ESCRIBA EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 2003(2004) SI NO HUBO NACIMIENTOS, REGISTRE "0"</p>
<b>333C</b>	<p>PARA CADA NACID@ VIV@ DESDE ENERO DE 2003(2004), ESCRIBA UNA "N" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ESCRIBA UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "N", REGRESE Y CONTINUE CON 334</p>



**SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
334	¿Está usted actualmente embarazada? <b>MP334</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO ESTA SEGURA ----- 8	→367F →367F
<b>335Y</b>	<b>REVISE LA PREGUNTA 314F Y VEA CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO, SI HA TENIDO 1 O MÁS, SIGA CON 337</b>		
336	Es este su primer embarazo? <b>MP336</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	
337	¿Cuántos meses de embarazo tiene? <b>MP337</b> ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE ----- 9	<input type="text"/> <input type="text"/> 8
<b>338C</b>	<b>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES DE EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 339</b>		
339	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada <b>entonces</b> , quería esperar <b>hasta más tarde</b> , o <b>no quería el embarazo</b> ? <b>MP339</b>	ENTONCES ----- 1 HASTA MAS TARDE ----- 2 NO QUERIA EL EMBARAZO----- 3	
340	¿El padre del hijo o hija que está esperando, deseaba que usted quedara embarazada <b>entonces</b> , quería esperar <b>hasta más tarde</b> , o <b>no quería el embarazo</b> ? <b>MP340</b>	ENTONCES ----- 1 HASTA MAS TARDE ----- 2 NO QUERIA EL EMBARAZO----- 3 NO SABE ----- 8	
341	¿La ha visitado algún médico privado, médico ambulatorio, guardián de salud, promotor de salud, comadrona u otra persona para ayudarle a controlar su embarazo? <b>MP341</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 343
342	¿Quién la visitó?  SONDEE: ¿Alguien más la ha visitado?	MEDICO ----- MEDICO AMBULATORIO ----- ENFERMERA ----- COMADRONA NO ESPECIFICADA ----- COMADRONA CAT ----- COMADRONA EMPIRICA ----- PROMOTOR DE SALUD ----- GUARDIAN DE SALUD ----- CURANDERO ----- OTRO -----  (ESPECIFIQUE)	<b>MP342A</b> A <b>MP342B</b> B <b>MP342C</b> C <b>MP342D</b> D <b>MP342E</b> E <b>MP342F</b> F <b>MP342G</b> G <b>MP342H</b> H <b>MP342I</b> I <b>MP342X</b> X
343	¿Ha ido usted a algún lugar o con alguna persona a control de este embarazo? <b>MP343</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 346
344	¿Por qué razón no ha ido a control prenatal? <b>MP344</b> ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:  _____  _____	EL ESTABLECIMIENTO ESTABA CERRADO ----- 01 NO HABIA PERSONAL QUE ATENDIERA EN EL LUGAR -- 02 NEGARON EL DERECHO A LA ATENCION ----- 03 HABIA QUE ESPERAR MUCHO ----- 04 HORARIO NO CONVENIENTE ----- 05 NO TENIA SUFICIENTE DINERO PARA PAGAR ----- 06 DEMASIADO LEJOS EL ESTABLECIMIENTO ----- 07 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ----- 08 POR COSTUMBRE ----- 09 NO HA TENIDO PROBLEMAS/MOLESTIAS ----- 10 NO TIENE TIEMPO ----- 11 OTRO ----- 96  (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
<b>345P</b>	<b>PASE A 360 (PAG. 12)</b>		



**SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																
346	<p>¿Quién o quienes la han controlado durante este embarazo y cuántas veces ha ido?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SONDEE: ¿Alguien más?</p> <p>¿Cuántas veces ha ido con cada una?</p> <p><b>CIRCULE TODAS LAS PERSONAS QUE LE HAN CONTROLADO INDICANDO EL NÚMERO DE VECES EN LOS RECUADROS</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">N° VECES</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICO -----</td> <td><b>MP346A</b></td> <td>A</td> <td></td> <td><b>MP346AV</b></td> </tr> <tr> <td>MEDICO AMBULATORIO -----</td> <td><b>MP346B</b></td> <td>B</td> <td></td> <td><b>MP346BV</b></td> </tr> <tr> <td>ENFERMERA -----</td> <td><b>MP346C</b></td> <td>C</td> <td></td> <td><b>MP346CV</b></td> </tr> <tr> <td>COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----</td> <td><b>MP346D</b></td> <td>D</td> <td></td> <td><b>MP346DV</b></td> </tr> <tr> <td>COMADRONA CAT -----</td> <td><b>MP346E</b></td> <td>E</td> <td></td> <td><b>MP346EV</b></td> </tr> <tr> <td>COMADRONA EMPIRICA -----</td> <td><b>MP346F</b></td> <td>F</td> <td></td> <td><b>MP346FV</b></td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR DE SALUD -----</td> <td><b>MP346G</b></td> <td>G</td> <td></td> <td><b>MP346GV</b></td> </tr> <tr> <td>GUARDIAN DE SALUD -----</td> <td><b>MP346H</b></td> <td>H</td> <td></td> <td><b>MP346HV</b></td> </tr> <tr> <td>CURANDERO -----</td> <td><b>MP346I</b></td> <td>I</td> <td></td> <td><b>MP346IV</b></td> </tr> <tr> <td>OTRA PERSONA _____</td> <td><b>MP346X</b></td> <td>X</td> <td></td> <td><b>MP346XV</b></td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>			N° VECES			MEDICO -----	<b>MP346A</b>	A		<b>MP346AV</b>	MEDICO AMBULATORIO -----	<b>MP346B</b>	B		<b>MP346BV</b>	ENFERMERA -----	<b>MP346C</b>	C		<b>MP346CV</b>	COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----	<b>MP346D</b>	D		<b>MP346DV</b>	COMADRONA CAT -----	<b>MP346E</b>	E		<b>MP346EV</b>	COMADRONA EMPIRICA -----	<b>MP346F</b>	F		<b>MP346FV</b>	PROMOTOR DE SALUD -----	<b>MP346G</b>	G		<b>MP346GV</b>	GUARDIAN DE SALUD -----	<b>MP346H</b>	H		<b>MP346HV</b>	CURANDERO -----	<b>MP346I</b>	I		<b>MP346IV</b>	OTRA PERSONA _____	<b>MP346X</b>	X		<b>MP346XV</b>																										
		N° VECES																																																																																	
MEDICO -----	<b>MP346A</b>	A		<b>MP346AV</b>																																																																															
MEDICO AMBULATORIO -----	<b>MP346B</b>	B		<b>MP346BV</b>																																																																															
ENFERMERA -----	<b>MP346C</b>	C		<b>MP346CV</b>																																																																															
COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----	<b>MP346D</b>	D		<b>MP346DV</b>																																																																															
COMADRONA CAT -----	<b>MP346E</b>	E		<b>MP346EV</b>																																																																															
COMADRONA EMPIRICA -----	<b>MP346F</b>	F		<b>MP346FV</b>																																																																															
PROMOTOR DE SALUD -----	<b>MP346G</b>	G		<b>MP346GV</b>																																																																															
GUARDIAN DE SALUD -----	<b>MP346H</b>	H		<b>MP346HV</b>																																																																															
CURANDERO -----	<b>MP346I</b>	I		<b>MP346IV</b>																																																																															
OTRA PERSONA _____	<b>MP346X</b>	X		<b>MP346XV</b>																																																																															
347	<p>¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue al primer control?</p> <p>ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES <b>MP347</b></p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SEMANAS -----</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES -----</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANAS -----	1		MESES -----	2		NO SABE -----	9	8																																																																								
SEMANAS -----	1																																																																																		
MESES -----	2																																																																																		
NO SABE -----	9	8																																																																																	
348	<p>Hasta ahora, ¿A qué establecimientos o lugares ha asistido usted a control y cuántas veces ha asistido durante este embarazo?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SONDEE: ¿Asistió a algún otro lugar?</p> <p><b>CIRCULE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CORRESPONDAN, INDICANDO EL NÚMERO DE VECES QUE ASISTIO AL LUGAR EN LOS RECUADROS</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ESTABLECIMIENTO</th> <th colspan="2">N° VECES</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOSPITAL PUBLICO -----</td> <td><b>MP348A</b></td> <td>A</td> <td></td> <td><b>MP348AV</b></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE SALUD -----</td> <td><b>MP348B</b></td> <td>B</td> <td></td> <td><b>MP348BV</b></td> </tr> <tr> <td>PUESTO DE SALUD -----</td> <td><b>MP348C</b></td> <td>C</td> <td></td> <td><b>MP348CV</b></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</td> <td><b>MP348D</b></td> <td>D</td> <td></td> <td><b>MP348DV</b></td> </tr> <tr> <td>MATERNIDAD CANTONAL -----</td> <td><b>MP348E</b></td> <td>E</td> <td></td> <td><b>MP348EV</b></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION PARTO C -----</td> <td><b>MP348F</b></td> <td>F</td> <td></td> <td><b>MP348FV</b></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION PARTO C -----</td> <td><b>MP348G</b></td> <td>G</td> <td></td> <td><b>MP348GV</b></td> </tr> <tr> <td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----</td> <td><b>MP348H</b></td> <td>H</td> <td></td> <td><b>MP348HV</b></td> </tr> <tr> <td>IGSS -----</td> <td><b>MP348I</b></td> <td>I</td> <td></td> <td><b>MP348IV</b></td> </tr> <tr> <td>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</td> <td><b>MP348J</b></td> <td>J</td> <td></td> <td><b>MP348JV</b></td> </tr> <tr> <td>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</td> <td><b>MP348K</b></td> <td>K</td> <td></td> <td><b>MP348KV</b></td> </tr> <tr> <td>APROFAM -----</td> <td><b>MP348L</b></td> <td>L</td> <td></td> <td><b>MP348LV</b></td> </tr> <tr> <td>CASA COMADRONA -----</td> <td><b>MP348M</b></td> <td>M</td> <td></td> <td><b>MP348MV</b></td> </tr> <tr> <td>CASA DE ENTREVISTADA -----</td> <td><b>MP348N</b></td> <td>N</td> <td></td> <td><b>MP348NV</b></td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td><b>MP348X</b></td> <td>X</td> <td></td> <td><b>MP348XV</b></td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	ESTABLECIMIENTO		N° VECES			HOSPITAL PUBLICO -----	<b>MP348A</b>	A		<b>MP348AV</b>	CENTRO DE SALUD -----	<b>MP348B</b>	B		<b>MP348BV</b>	PUESTO DE SALUD -----	<b>MP348C</b>	C		<b>MP348CV</b>	CENTRO DE ATENCION CAIMI -----	<b>MP348D</b>	D		<b>MP348DV</b>	MATERNIDAD CANTONAL -----	<b>MP348E</b>	E		<b>MP348EV</b>	CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	<b>MP348F</b>	F		<b>MP348FV</b>	CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	<b>MP348G</b>	G		<b>MP348GV</b>	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----	<b>MP348H</b>	H		<b>MP348HV</b>	IGSS -----	<b>MP348I</b>	I		<b>MP348IV</b>	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----	<b>MP348J</b>	J		<b>MP348JV</b>	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----	<b>MP348K</b>	K		<b>MP348KV</b>	APROFAM -----	<b>MP348L</b>	L		<b>MP348LV</b>	CASA COMADRONA -----	<b>MP348M</b>	M		<b>MP348MV</b>	CASA DE ENTREVISTADA -----	<b>MP348N</b>	N		<b>MP348NV</b>	OTRO _____	<b>MP348X</b>	X		<b>MP348XV</b>	
ESTABLECIMIENTO		N° VECES																																																																																	
HOSPITAL PUBLICO -----	<b>MP348A</b>	A		<b>MP348AV</b>																																																																															
CENTRO DE SALUD -----	<b>MP348B</b>	B		<b>MP348BV</b>																																																																															
PUESTO DE SALUD -----	<b>MP348C</b>	C		<b>MP348CV</b>																																																																															
CENTRO DE ATENCION CAIMI -----	<b>MP348D</b>	D		<b>MP348DV</b>																																																																															
MATERNIDAD CANTONAL -----	<b>MP348E</b>	E		<b>MP348EV</b>																																																																															
CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	<b>MP348F</b>	F		<b>MP348FV</b>																																																																															
CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	<b>MP348G</b>	G		<b>MP348GV</b>																																																																															
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----	<b>MP348H</b>	H		<b>MP348HV</b>																																																																															
IGSS -----	<b>MP348I</b>	I		<b>MP348IV</b>																																																																															
CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----	<b>MP348J</b>	J		<b>MP348JV</b>																																																																															
CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----	<b>MP348K</b>	K		<b>MP348KV</b>																																																																															
APROFAM -----	<b>MP348L</b>	L		<b>MP348LV</b>																																																																															
CASA COMADRONA -----	<b>MP348M</b>	M		<b>MP348MV</b>																																																																															
CASA DE ENTREVISTADA -----	<b>MP348N</b>	N		<b>MP348NV</b>																																																																															
OTRO _____	<b>MP348X</b>	X		<b>MP348XV</b>																																																																															
349	<p>REVISE 348</p> <p>SOLO UN CONTROL PRENATAL <b>1</b></p> <p>MAS DE UN CONTROL PRENATAL <b>2</b></p> <p>¿A qué establecimiento o lugar fue usted al primer control de este embarazo?</p> <p>¿A qué establecimiento o lugar acudió usted para el primer y último control de este embarazo?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>MP349P</b></th> <th>PRIMER CONTROL</th> <th>ULTIMO CONTROL</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOSPITAL PUBLICO -----</td> <td></td> <td>11</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE SALUD -----</td> <td></td> <td>12</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PUESTO DE SALUD -----</td> <td></td> <td>13</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</td> <td></td> <td>14</td> <td>14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MATERNIDAD CANTONAL -----</td> <td></td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS --</td> <td></td> <td>16</td> <td>16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -</td> <td></td> <td>17</td> <td>17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----</td> <td></td> <td>18</td> <td>18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IGSS -----</td> <td></td> <td>19</td> <td>19</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</td> <td></td> <td>21</td> <td>21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</td> <td></td> <td>22</td> <td>22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APROFAM -----</td> <td></td> <td>24</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CASA COMADRONA -----</td> <td></td> <td>41</td> <td>41</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CASA DE ENTREVISTADA -----</td> <td></td> <td>42</td> <td>42</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td></td> <td>96</td> <td>96</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>		<b>MP349P</b>	PRIMER CONTROL	ULTIMO CONTROL		HOSPITAL PUBLICO -----		11	11		CENTRO DE SALUD -----		12	12		PUESTO DE SALUD -----		13	13		CENTRO DE ATENCION CAIMI -----		14	14		MATERNIDAD CANTONAL -----		15	15		CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS --		16	16		CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -		17	17		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----		18	18		IGSS -----		19	19		CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----		21	21		CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----		22	22		APROFAM -----		24	24		CASA COMADRONA -----		41	41		CASA DE ENTREVISTADA -----		42	42		OTRO _____		96	96		
	<b>MP349P</b>	PRIMER CONTROL	ULTIMO CONTROL																																																																																
HOSPITAL PUBLICO -----		11	11																																																																																
CENTRO DE SALUD -----		12	12																																																																																
PUESTO DE SALUD -----		13	13																																																																																
CENTRO DE ATENCION CAIMI -----		14	14																																																																																
MATERNIDAD CANTONAL -----		15	15																																																																																
CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS --		16	16																																																																																
CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -		17	17																																																																																
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----		18	18																																																																																
IGSS -----		19	19																																																																																
CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----		21	21																																																																																
CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----		22	22																																																																																
APROFAM -----		24	24																																																																																
CASA COMADRONA -----		41	41																																																																																
CASA DE ENTREVISTADA -----		42	42																																																																																
OTRO _____		96	96																																																																																
350	<p>¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para que el niño no sufriera tétanos (convulsiones después de nacido)?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI -----</td> <td><b>MP350</b></td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO -----</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SI -----	<b>MP350</b>	1		NO -----		2		→ 353																																																																								
SI -----	<b>MP350</b>	1																																																																																	
NO -----		2																																																																																	



**SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
351	Durante este embarazo, ¿Cuántas veces recibió la inyección en el brazo para evitar el tétanos? <b>MP351</b>	NUMERO DE VECES (INYECCIONES) ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8	
<b>352P</b>	<b>PASE A 354</b>		
353	¿Por qué no se ha vacunado?	LA VACUNA LA PUEDE ENFERMAR ----- <b>MP353A</b> A NO TIENE ACCESO AL SERVICIO ----- <b>MP353B</b> B NO SABIA QUE DEBE HACERLO ----- <b>MP353C</b> C SU RELIGION NO LO PERMITE ----- <b>MP353D</b> D EL MEDICO NO LO HA RECOMENDADO ----- <b>MP353E</b> E HACE DAÑO AL BEBE ----- <b>MP353F</b> F OTRA ----- <b>MP353X</b> X  (ESPECIFIQUE)	
354	Durante este embarazo, ¿Le han realizado exámenes médicos o de laboratorio? <b>MP354</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 357 NO SABE ----- 8 → 357	
355	¿Qué exámenes médicos o de laboratorio le han realizado a usted durante este embarazo? <b>ENTREVISTADORA:</b> <b>INDAGUE POR LOS EXAMENES REALIZADOS EN UN LABORATORIO CLINICO BIOLOGICO. SONDEE:</b>  ¿Le han realizado algún otro examen médico o de laboratorio?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:  _____	EXAMEN DE SANGRE ----- <b>MP355A</b> A → 357 EXAMEN GINECOLOGICO ----- <b>MP355B</b> B → 357 EXAMEN DE ORINA/HECES FECALES ----- <b>MP355C</b> C → 357 RAYOS X ----- <b>MP355D</b> D → 357 ULTRASONIDO ----- <b>MP355E</b> E → 357 VIH / SIDA ----- <b>MP355F</b> F SIFILIS ----- <b>MP355G</b> G OTRO ----- <b>MP355X</b> X → 357  (ESPECIFIQUE)	
356	<b>REVISE 355 SI MARCÓ F Y/O G, PREGUNTE</b> ¿Le dieron el resultado del examen?	F G SI ----- <b>MP356F</b> 1 1 <b>MP356G</b> NO ----- 2 2 NO SABE ----- 8 8	
357	¿Tiene usted carnet de control prenatal?  <b>SI TIENE EL CARNET, PIDA QUE SE LO MUESTRE Y COPIE EL NUMERO DE CONTROLES ANOTADOS</b>  <b>MP357R</b>	SI (CARNET VISTO) ----- 1 (COPIE DEL CARNET EL NUMERO DE CONTROLES) NUMERO DE CONTROLES----- <input type="text"/> <input type="text"/> <b>MP357N</b>  SI (CARNET NO VISTO) ----- 2 NO ----- 3 NUNCA LE HAN DADO ----- 4 NO SABE ----- 8	
358	¿Ha tomado sulfato ferroso/ hierro, ácido fólico o pastillas prenatales, durante este embarazo?	SI NO SULFATO FERROSO ----- <b>MP358A</b> 1 2 ACIDO FÓLICO ----- <b>MP358B</b> 1 2 PRENATALES/MULTIVITAMINAS ----- <b>MP358C</b> 1 2	
359	<b>REVISE 358. POR LO MENOS UN SI PREGUNTE:</b> ¿Quién se las recetó?  <b>ENTREVISTADORA:</b> <b>SONDEE: ¿Alguien más le recetó sulfato ferroso/ hierro, ácido fólico o pastillas prenatales?</b>	MEDICO ----- <b>MP359A</b> A MEDICO AMBULATORIO ----- <b>MP359B</b> B ENFERMERA ----- <b>MP359C</b> C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ----- <b>MP359D</b> D COMADRONA CAT ----- <b>MP359E</b> E COMADRONA EMPIRICA ----- <b>MP359F</b> F PROMOTOR DE SALUD ----- <b>MP359G</b> G GUARDIAN DE SALUD ----- <b>MP359H</b> H FARMACÉUTICO ----- <b>MP359I</b> I ELLA MISMA ----- <b>MP359J</b> J OTRA PERSONA ----- <b>MP359X</b> X  (ESPECIFIQUE)	
360	¿Ha tenido algún problema de salud durante este embarazo? <b>MP360</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 367F	



**SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
361	<p>Qué problemas de salud ha tenido usted durante este embarazo?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> <b>SONDEE:</b> ¿Ha tenido algún otro problema de salud?</p> <p><b>LEA TODAS LAS OPCIONES</b></p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>HEMORRAGIA VAGINAL ----- MP361A</p> <p>DOLOR DE CABEZA QUE NO CALMA CON ANALGESICOS ----- MP361B</p> <p>VISION BORROSA ----- MP361C</p> <p>DOLOR FUERTE DE ESTÓMAGO ----- MP361D</p> <p>FIEBRE ALTA ----- MP361E</p> <p>LE CUESTA RESPIRAR ----- MP361F</p> <p>SALIDA DE LÍQUIDO CLARO POR LA VAGINA ----- MP361G</p> <p>ATAQUES O CONVULSIONES ----- MP361H</p> <p>HINCHAZÓN DE MANOS O CARA ----- MP361I</p> <p>PRESION ALTA ----- MP361J</p> <p>MAL DE ORIN ----- MP361K</p> <p>OTRO _____ MP361X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
362	<p>¿A dónde acudió usted para curarse de ese (esos) problema(s) de salud?</p> <p>INDAGUE: ¿A qué lugar fue? ¿Algún otro lugar o persona?</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO ----- MP362A</p> <p>CENTRO DE SALUD ----- MP362B</p> <p>PUESTO DE SALUD ----- MP362C</p> <p>CENTRO DE ATENCION CAIMI ----- MP362D</p> <p>MATERNIDAD CANTONAL ----- MP362E</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS ----- MP362F</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP ----- MP362G</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- MP362H</p> <p>IGSS ----- MP362I</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- MP362J</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- MP362K</p> <p>APROFAM ----- MP362L</p> <p>CASA COMADRONA ----- MP362M</p> <p>OTRO _____ MP362X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUNO ----- MP362Y</p>	
<b>363F</b>	<p><b>REVISE 361</b></p> <p><b>MP363F</b> CIRCULO UNO O MAS DE LOS CODIGOS DE A a la K <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 NO CIRCULO NINGUN CODIGO DE LA A a la K <input type="checkbox"/></p>		<b>367F</b>
364	<p>Al llegar con/al (PERSONA/LUGAR), ¿Le dijeron que fuera a otro lugar o establecimiento para curarse?</p> <p align="right"><b>MP364</b></p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	<b>367F</b>
365	<p>¿A qué lugar la mandaron?</p> <p align="right"><b>MP365</b></p>	<p>HOSPITAL PUBLICO ----- 11</p> <p>CENTRO DE SALUD ----- 12</p> <p>PUESTO DE SALUD ----- 13</p> <p>CENTRO DE ATENCION CAIMI ----- 14</p> <p>MATERNIDAD CANTONAL ----- 15</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS ----- 16</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP ----- 17</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 18</p> <p>IGSS ----- 19</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- 22</p> <p>APROFAM ----- 24</p> <p>CASA COMADRONA ----- 41</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>	
366	<p>¿Fue atendida en ese lugar?</p> <p align="right"><b>MP366</b></p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
<b>367F</b>	<p><b>REVISE 312 y 313 PAG.7</b></p> <p><b>HA TENIDO NACIDOS MUERTOS ABORTOS O PERDIDAS</b> <input type="checkbox"/> 1 <b>MP367F</b> <input type="checkbox"/> 2 <b>NINGUN NACIDO MUERTO ABORTO O PERDIDA</b> <input type="checkbox"/></p>		<b>374</b>



**SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
368	Hablemos de los nacidos muertos, abortos o pérdidas que tuvo.  ¿En que mes y año tuvo usted el último nacido muerto, aborto o pérdida?  FECHA: _____	MES ----- <b>MP368M</b> ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <b>MP368A</b> ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
369	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía?  <b>MP369</b>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE -----9 9 8	
<b>370P</b>	<b>REVISE EN 312 Y 313, SI MÁS DE UN NACIDO MUERTO O PERDIDAS O ABORTOS CONTINUE EN 371A, SI SOLAMENTE UNO PASE A 372F</b>		
371A	Además del nacido muerto, aborto o pérdida que mencionó. ¿En que mes y año tuvo usted el anterior nacido muerto, aborto o pérdida?  FECHA: _____	MES ----- <b>MP371AM</b> ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <b>MP371AA</b> ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
371B	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía?  <b>MP371B</b>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE -----9 9 8	
<b>372F</b>	<p align="center"><b>REVISE 368 Y 371</b></p> <p align="center"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>MP372F</b></span> </p> <p> <span style="color: red;">ULTIMO NACIDO MUERTO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="margin-left: 100px;">ULTIMO NACIDO MUERTO ANTES</span> <span style="margin-left: 100px;">DE ENERO DE 2003(2004)</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> <span style="float: right; margin-right: 20px;">→ 374</span> </p> <p style="color: red; font-size: small;">             A PARTIR DE ENERO DE 2003(2004)         </p>		
<b>373C</b>	<p><b>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DEL EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 374</b></p> <p><b>PREGUNTE POR FECHA Y DURACION DE OTROS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN NACIDO MUERTO, PERDIDA O ABORTO. ESCRIBA UNA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 374</b></p>		
374	¿Qué edad tenía cuando le vino su regla por primera vez?  <b>MP374</b>	EDAD ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO ----- 9 7 → 376 NO RECUERDA ----- 9 8	
375	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?  <b>INDAGUE:</b> ¿La fecha de la última regla? <b>MP375</b>  <b>SI LE DAN LA FECHA ESCRIBALA Y LUEGO HAGA EL CALCULO DE DIAS, SEMANAS, MESES, ETC.</b>  FECHA: _____	ESTA MENSTRUANDO ----- 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HACE DIAS ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES ----- 3 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE AÑOS ----- 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MENOPAUSIA ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5 ANTES DEL EMBARAZO ACTUAL ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6 NO SABE ----- 9 9 8	
376	Entre una regla y otra, ¿Sabe usted si hay días en los cuales una mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada?  <b>MP376</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 400F NO SABE ----- 8 → 400F	
377	¿En cuáles días entre una regla y otra, cree usted que la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL <b>MP377</b>	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ----- 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA ----- 02 EN LA MITAD ENTRE UNA REGLA Y OTRA ----- 03 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA ----- 04 EN CUALQUIER MOMENTO ----- 05 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL

400F	REVISE 323 PAG 8 UNO O MAS NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 2003(2004) <input type="text" value="1"/> <b>MP400F</b> <input type="text" value="2"/> NINGUN NACID@ VIV@ DESDE ENERO DE 2003(2004) O SIN HIJ@S <b>600F PAG 29</b>
401F	ANOTE EN 402F EN CADA COLUMNA, EL NÚMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2003 (2004). COMIENZE CON EL/LA ÚLTIM@ NACID@. SI HAY MAS DE TRES NACID@S, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES, ANOTE EN 403F SI EL NIÑ@ ESTA VIV@ O MUERT@
402F	REVISE 321 PAG 8, PARA: ULTIM@ NACID@ VIV@ <b>MP402F_1</b> <input type="text"/> PENULTIM@ NACID@ VIV@ <input type="text"/> ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ <input type="text"/> NUMERO DE LINEA (VEA PAG.8) NOMBRE
403F	COPIE DE LA PREGUNTA 324 <b>MP403F_1</b> VIV@ MUERT@ <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
404Y	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacid@s viv@s que tuvo en los últimos cinco años.
405	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada entonces, quería esperar hasta más tarde, o no quería tener (más) hij@s? <b>MP405_1</b> ENTONCES ----- 1 (PASE A 407) ← MAS TARDE ----- 2 NO QUERIA ----- 3 (PASE A 407) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar? <b>MP406_1</b> MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
407	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), usted fue a control prenatal de su embarazo? <b>MP407_1</b> SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8 (PASE A 420) ←
408	¿Cuántas visitas de control prenatal tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)? <b>MP408_1</b> NUMERO DE VISITAS ---- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ---- 9 8
409	A. A dónde fue a control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)? ¿Fue a algún otro lugar? B. ¿Cuántas veces fue a cada lugar? 98 = NO RECUERDA NUMERO DE VECES C. ¿Qué lugar visito primero, si es que fue a más de uno? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS. 9 = NO RECUERDA EL ORDEN DE VISITAS <b>MP409A_1</b> HOSPITAL PUBLICO --A <b>MP409B_1</b> CENTRO DE SALUD --B <b>MP409C_1</b> PUESTO DE SALUD --C <b>MP409D_1</b> CENTRO ATEN CAIMI --D <b>MP409E_1</b> MATERNIDAD CANTON --E <b>MP409F_1</b> CENTRO AT PAR CAPS F <b>MP409G_1</b> CENTRO AT PAR CENA G <b>MP409H_1</b> CENTRO COM SALUD -H <b>MP409I_1</b> IGSS -----I <b>MP409J_1</b> CLINICA/HOSP. PRIV J <b>MP409K_1</b> CONSULT/MED. PRIV -K <b>MP409L_1</b> APROFAM -----L <b>MP409M_1</b> CASA/COMADRONA ---M <b>MP409N_1</b> CASA/ENTREVISTADA -N <b>MP409X_1</b> OTRO -----X (ESPECIFIQUE) N°VECES ORDEN
410	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) por primera vez? <b>MP410_1</b> SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
411	¿Qué profesional le atendió en este primer control? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA <b>MP411A_1</b> MEDICO ----- A <b>MP411B_1</b> MEDICO AMBULATORIO ----- B <b>MP411C_1</b> ENFERMERA ----- C <b>MP411D_1</b> COMADRONA SIN ESPECIFICAR --- D <b>MP411E_1</b> COMADRONA CAT ----- E <b>MP411F_1</b> COMADRONA EMPIRICA ----- F <b>MP411G_1</b> PROMOTOR DE SALUD ----- G <b>MP411H_1</b> GUARDIAN DE SALUD ----- H <b>MP411X_1</b> OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) <b>MP411Z_1</b> NO SABE/NO RECUERDA ----- Z
412F	REVISE 408 NUMERO DE VECES QUE RECIBIO CONTROL PRENATAL <b>MP412F_1</b> MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text" value="1"/> UNA VEZ <input type="text" value="2"/> (PASE A 421)
413	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) la última vez? <b>MP413_1</b> SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --9 <input type="text"/> <input type="text"/>



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
414	¿Qué profesional le atendió en este control? <b>MP414_1</b>	MEDICO ----- 01 MEDICO AMBULATORIO ----- 02 ENFERMERA ----- 03 COMADRONA SIN ESPECIFICAR --- 04 COMADRONA CAT ----- 05 COMADRONA EMPIRICA ----- 06 PROMOTOR DE SALUD ----- 07 GUARDIAN DE SALUD ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
415	¿Pagó para el control prenatal? <b>MP415_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 417) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
416	¿Cuánto pagó por el último control prenatal? <b>MP416_1</b>	QUETZALES - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 9 9 8		
417	¿Compró medicinas cuando estaba embarazada? <b>MP417_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 421) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
418	¿Cuánto gastó en medicinas mientras estaba embarazada? <b>MP418_1</b>	QUETZALES - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 9 9 8		
<b>419</b>	<b>PASE A 421</b>			
420	¿Por qué razón no vio a alguien para el control del embarazo de (NOMBRE)? <b>MP420_1</b>	DISTANCIA AL LUGAR ----- 01 CONTROLES EN SU CASA ----- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 INSTITUCION ESTABA CERRADA -- 06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO --- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 MALA EXPERIENCIA ANTERIOR --- 09 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
421	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron alguna inyección en el brazo para que el niño no sufriera tétanos (convulsiones después de nacido)? <b>MP421_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 423) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
422	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo? <b>MP422_1</b>	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA----- 9 8		
423	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), tomó usted: sulfato ferroso/hierro, ácido fólico ó pastillas prenatales,? <b>MP423A_1</b> <b>MP423B_1</b> <b>MP423C_1</b>	SI NO NS SULFATO FERROSO/HIERRO -- 1 2 8 ACIDO FÓLICO ----- 1 2 8 PRENATALES ----- 1 2 8		
424	Quando estaba embarazada de (NOMBRE) usted recuerda si tuvo....? <b>MP424A_1</b> <b>MP424B_1</b> <b>MP424C_1</b> <b>MP424D_1</b> <b>MP424E_1</b> <b>MP424F_1</b> <b>MP424G_1</b> <b>MP424H_1</b> <b>MP424I_1</b> <b>MP424J_1</b> <b>MP424K_1</b> <b>MP424X_1</b>	SI NO NS A. HEMORRAGIA VAGINAL --- 1 2 8 B. DOLOR DE CABEZA QUE NO SE CALMA CON ANALGESICOS ----- 1 2 8 C. VISION BORROSA ----- 1 2 8 D. DOLOR FUERTE DE ESTÓMAGO ----- 1 2 8 E. FIEBRE ALTA ----- 1 2 8 F. LE CUESTA RESPIRAR --- 1 2 8 G. SALIDA DE LÍQUIDO CLARO POR LA VAGINA -- 1 2 8 H. ATAQUES O CONVULSIONES-1 2 8 I. HINCHAZÓN DE MANOS O CARA ----- 1 2 8 J. PRESION ALTA ----- 1 2 8 K. MAL DE ORIN ----- 1 2 8 X. OTRO _____ 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
425	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?  ¿Dónde nació (NOMBRE)?  <b>MP425_1</b>	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA ----- 23 OTRO ----- 96  (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA ----- 23 OTRO ----- 96  (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA ----- 23 OTRO ----- 96  (ESPECIFIQUE)
426	¿Quién le atendió el parto de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguien más?  INDAGUE QUE PERSONAS FUERON Y MARQUE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE.  SI MENCIONA COMADRONA, INDAGUE PARA DETERMINAR SI ES "ADIESTRADA" (CAT) O "EMPIRICA" (NO ADIESTRADA)	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR --- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I FAMILIAR/AMIGA ----- J OTRO ----- X  (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	<b>MP426A_1</b> <b>MP426B_1</b> <b>MP426C_1</b> <b>MP426D_1</b> <b>MP426E_1</b> <b>MP426F_1</b> <b>MP426G_1</b> <b>MP426H_1</b> <b>MP426I_1</b> <b>MP426J_1</b> <b>MP426K_1</b> <b>MP426L_1</b> <b>MP426M_1</b> <b>MP426N_1</b> <b>MP426O_1</b> <b>MP426P_1</b> <b>MP426Q_1</b> <b>MP426R_1</b> <b>MP426S_1</b> <b>MP426T_1</b> <b>MP426U_1</b> <b>MP426V_1</b> <b>MP426W_1</b> <b>MP426X_1</b> <b>MP426Y_1</b> <b>MP426Z_1</b>	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR --- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I FAMILIAR/AMIGA ----- J OTRO ----- X  (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z
427	Durante el parto de (NOMBRE) usted recuerda si tuvo lo siguiente:	SI NO NS A. DOLOR DE CABEZA QUE NO SE CALMA CON ANALGESICOS ----- 1 2 8 B. VISION BORROSA ----- 1 2 8 C. ATAQUES O CONVULSIONES 1 2 8 D. FIEBRE ALTA ----- 1 2 8 E. LE CUESTA RESPIRAR --- 1 2 8 F. DOLORES DE PARTO DE MAS DE 12 HORAS ----- 1 2 8 G. HEMORRAGIA VAGINAL --- 1 2 8 H. LA PLACENTA SE TARDO MAS DE 30 MINUTOS EN SALIR----- 1 2 8 I. NIÑO ATRAVESADO----- 1 2 8 X. OTRO ----- 1 2 8  (ESPECIFIQUE)	<b>MP427A_1</b> <b>MP427B_1</b> <b>MP427C_1</b> <b>MP427D_1</b> <b>MP427E_1</b> <b>MP427F_1</b> <b>MP427G_1</b> <b>MP427H_1</b> <b>MP427I_1</b> <b>MP427J_1</b> <b>MP427K_1</b> <b>MP427L_1</b> <b>MP427M_1</b> <b>MP427N_1</b> <b>MP427O_1</b> <b>MP427P_1</b> <b>MP427Q_1</b> <b>MP427R_1</b> <b>MP427S_1</b> <b>MP427T_1</b> <b>MP427U_1</b> <b>MP427V_1</b> <b>MP427W_1</b> <b>MP427X_1</b> <b>MP427Y_1</b> <b>MP427Z_1</b>	
428	En los 45 días después del parto de (NOMBRE) usted recuerda si tuvo lo siguiente:  LEA LAS OPCIONES	SI NO NS A. HEMORRAGIA VAGINAL ABUNDANTE ----- 1 2 8 B. DOLOR FUERTE DE ESTÓMAGO ----- 1 2 8 C. FIEBRE ALTA ----- 1 2 8 D. COAGULOS CON MAL OLOR 1 2 8 E. ATAQUES O CONVULSIONES 1 2 8 X. OTRO ----- 1 2 8  (ESPECIFIQUE)	<b>MP428A_1</b> <b>MP428B_1</b> <b>MP428C_1</b> <b>MP428D_1</b> <b>MP428E_1</b> <b>MP428F_1</b> <b>MP428G_1</b> <b>MP428H_1</b> <b>MP428I_1</b> <b>MP428J_1</b> <b>MP428K_1</b> <b>MP428L_1</b> <b>MP428M_1</b> <b>MP428N_1</b> <b>MP428O_1</b> <b>MP428P_1</b> <b>MP428Q_1</b> <b>MP428R_1</b> <b>MP428S_1</b> <b>MP428T_1</b> <b>MP428U_1</b> <b>MP428V_1</b> <b>MP428W_1</b> <b>MP428X_1</b> <b>MP428Y_1</b> <b>MP428Z_1</b>	
429F	REVISE 424, 427 Y 428  <b>MP429F_1</b>	ALGUNA COMPLICACION <b>1</b> ↓	NINGUNA COMPLICACION <b>2</b> ↓ (PASE A 431)	
430	¿Adónde acudió usted para curarse de la/s complicaciones?  INDAGUE: ¿A que lugar fue? ¿Algún otro lugar?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  _____  _____  _____	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C CENTRO ATENCION CAIMI ----- D MATERNIDAD CANTONAL ----- E CENTRO ATENCION PARTO CAPS - F CENTRO ATENCION PARTO CENAP - G CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- H IGSS ----- I HOSPITAL PRIVADO ----- J CLINICA PRIVADA ----- K APROFAM----- L CASA DE COMADRONA ----- M NINGUNA PARTE ----- N OTRO ----- X  (ESPECIFIQUE)	<b>MP430A_1</b> <b>MP430B_1</b> <b>MP430C_1</b> <b>MP430D_1</b> <b>MP430E_1</b> <b>MP430F_1</b> <b>MP430G_1</b> <b>MP430H_1</b> <b>MP430I_1</b> <b>MP430J_1</b> <b>MP430K_1</b> <b>MP430L_1</b> <b>MP430M_1</b> <b>MP430N_1</b> <b>MP430O_1</b> <b>MP430P_1</b> <b>MP430Q_1</b> <b>MP430R_1</b> <b>MP430S_1</b> <b>MP430T_1</b> <b>MP430U_1</b> <b>MP430V_1</b> <b>MP430W_1</b> <b>MP430X_1</b> <b>MP430Y_1</b> <b>MP430Z_1</b>	



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@																																				
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE																																				
431	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre) <b>MP431_1</b>	SI -----1 NO -----2 <b>MP431_1</b>	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2																																				
432	¿Cuánto gastó en el parto de (NOMBRE)? <b>MP432_1</b>	QUETZALES <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE -- 9 9 9 9 8																																						
433	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella <b>más grande</b> que lo normal, <b>normal</b> , <b>más pequeño</b> que lo normal, o <b>muy pequeño</b> ? <b>MP433_1</b>	MAS GRANDE QUE LO NORMAL ---- 1 LO NORMAL ----- 2 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL ---- 3 MUY PEQUEÑO ----- 4 NO SABE ----- 8	MAS GRANDE QUE LO NORMAL ---- 1 LO NORMAL ----- 2 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL ---- 3 MUY PEQUEÑO ----- 4 NO SABE ----- 8	MAS GRANDE QUE LO NORMAL ---- 1 LO NORMAL ----- 2 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL ---- 3 MUY PEQUEÑO ----- 4 NO SABE ----- 8																																				
434	¿Pesaron a (NOMBRE) cuando nació? <b>MP434_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 436) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8																																				
435	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? PIDA A LA MADRE EL CARNET DE SALUD Y COPIE EL PESO DEL CARNET SI LA MADRE SE LO PUEDE <b>MP435_1</b>	LBS S/N CARNET - 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> LBS S/N MADRE -- 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE ----- 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>									9	9	9	8	LBS S/N CARNET - 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> LBS S/N MADRE -- 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE ----- 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>									9	9	9	8	LBS S/N CARNET - 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> LBS S/N MADRE -- 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE ----- 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>									9	9	9	8
9	9	9	8																																					
9	9	9	8																																					
9	9	9	8																																					
436	¿Cuándo nació (NOMBRE) le midieron el grosor del brazo (arriba del codo)? <b>MP436_1</b>	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8																																						
437	¿Le indicaron si (NOMBRE) tenía bajo peso cuando nació? <b>MP437-1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8																																						
438	¿Refirieron a (NOMBRE) a algún lugar o centro de atención en salud? <b>MP438_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8																																						
439	¿A que lugar refirieron a (NOMBRE)? <b>MP439_1</b>	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)																																						
440	¿Inscribió el nacimiento de (NOMBRE) en el <b>Registro Civil</b> de la municipalidad? <b>MP440_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 443F) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 443F) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 443F) ← NO SABE ----- 8																																				
441	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo/a inscribió? ESCRIBA 00 SI ES MENOS DE UNA SEMANA <b>MP441_1</b>	SEMANAS -----1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA --9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8	SEMANAS -----1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA --9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8	SEMANAS -----1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA --9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8																		
9	8																																							
9	8																																							
9	8																																							
442	¿En qué lugar inscribió el nacimiento de (NOMBRE)? LEA LAS OPCIONES <b>MP442_1</b>	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR NACIMIENTO NIÑO/A ----- 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR NACIMIENTO NIÑO/A ----- 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR NACIMIENTO NIÑO/A ----- 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)																																				
<b>443F</b>	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <b>MP443F_1</b>	ESTA MUERT@      ESTA VIV@ <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> (PASE A 447)	1	2	ESTA MUERT@      ESTA VIV@ <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> (PASE A 447)	1	2	ESTA MUERT@      ESTA VIV@ <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> (PASE A 447)	1	2																														
1	2																																							
1	2																																							
1	2																																							
444	¿Declaró el fallecimiento de (NOMBRE) en el <b>Registro Civil</b> de la municipalidad? <b>MP444_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8 (PASE A 447) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8 (PASE A 447) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8 (PASE A 447) ←																																				
445	¿Cuánto tiempo después del fallecimiento de (NOMBRE) lo declaró? <b>MP445_1</b>	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	8																		
9	8																																							
9	8																																							
9	8																																							



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@  NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@  NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@  NOMBRE
446	¿En qué lugar declaró el fallecimiento de (NOMBRE)  <b>MP446_1</b>	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR DE FALLECIMIENTO NIÑO/A - 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR DE FALLECIMIENTO NIÑO/A-- 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)	LUGAR RESIDENCIA DE MADRE ----- 1 LUGAR DE FALLECIMIENTO NIÑO/A - 2 LUGAR DE ORIGEN DE PADRES ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE)
447	¿Llevó a (NOMBRE) a control del/la niñ@ san@?  <b>MP447_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8 (PASE A 451)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8 (PASE A 451)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8 (PASE A 451)
448	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo llevó al primer control de crecimiento (niñ@ san@)? <b>SI EL TIEMPO ES MENOR A 2 MESES ESCRIBALO EN DÍAS</b> <b>MP448_1</b>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8
449	¿Cuántos controles ha tenido hasta la fecha? <b>ESCRIBA LA FECHA DEL ÚLTIMO CONTROL</b> <b>MP449_1</b>	NUMERO DE CONTROLES NO RECUERDA ----- 9 8 MES AÑO <b>MP449M_1</b> <b>MP449A_1</b> NO SABE/NO RECUERDA 9 8 9 9 9 8		
450	¿Pesaron a (NOMBRE) como parte de su último control?  <b>MP450_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
451	¿Usted fue a control después del parto de (NOMBRE)?  <b>MP451_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 455)	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 467F)	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 467F)
452	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) fue a control post natal para usted? <b>SI EL TIEMPO ES MENOR A 2 MESES ESCRIBALO EN DÍAS</b>  <b>MP452_1</b>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8		
453	¿Quién la atendió la <b>primera vez</b> que fue a control después del parto de (NOMBRE)?  <b>INDAGUE: ¿La atendió alguien más la primera vez que fue a control post natal?</b>  <b>ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS</b>	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ---- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	<b>MP453A_1</b> <b>MP453B_1</b> <b>MP453C_1</b> <b>MP453D_1</b> <b>MP453E_1</b> <b>MP453F_1</b> <b>MP453G_1</b> <b>MP453H_1</b> <b>MP453I_1</b> <b>MP453X_1</b>	
454	¿A qué lugar fue para el <b>primer control</b> después del nacimiento de (NOMBRE)?  <b>MP454_1</b>	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA DE COMADRONA ----- 23 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA DE COMADRONA ----- 23 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 467F)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 CENTRO ATENCION CAIMI ----- 14 MATERNIDAD CANTONAL ----- 15 CENTRO ATENCION PARTO CAPS - 16 CENTRO ATENCION PARTO CENAP - 17 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD- 18 IGSS ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 20 CLINICA PRIVADA ----- 21 APROFAM----- 22 CASA DE COMADRONA ----- 23 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 467F)
455	¿Después del parto de (NOMBRE), tomó usted: <b>sulfato ferroso/hierro, ácido fólico ó pastillas prenatales,</b> ?  <b>MP455A_1</b> <b>MP455B_1</b> <b>MP455C_1</b>	SI NO NS SULFATO FERROSO/HIERRO -- 1 2 8 ACIDO FÓLICO ----- 1 2 8 PRENATALES ----- 1 2 8		
456	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación?)  <b>MP456_1</b>	MESES ----- NO HA MENSTRUADO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8		
457F	<b>REVISE 334 PAG. 10</b>  <b>MP457F_1</b>	LA MUJER NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <b>1</b> ↓ (PASE A 459)	LA MUJER SI ESTA EMBARAZADA <b>2</b> ↓ (PASE A 459)	



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
458	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)? <b>MP458_1</b>	SI -----1 NO -----2 (PASE A 460) ←	<b>MP458_1</b>	
459	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? <b>MP459_1</b>	DIAS ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> 8		
460	¿Le dio pecho alguna vez a (NOMBRE)? <b>MP460_1</b>	SI -----1 NO -----2 (PASE A 474F) ←		
461	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1/2 HORA, CIRCULE "0" , SI EL TIEMPO ES MENOR DE 24 HORAS, ANOTE EL NUMERO DE HORAS; DE OTRA MANERA ANOTE EL NUMERO DE DIAS. <b>MP461_1</b>	INMEDIATAMENTE ----- 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 0 0 HORAS ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>MP461_1</b>	
461F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <b>MP461F_1</b>	ESTA VIV@ <input type="text"/> ↓ ESTA MUERT@ <input type="text"/> (PASE A 466)		
462F	REVISE 323 ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <b>MP462F_1</b>	TIENE 2 AÑOS MENOS <input type="text"/> ↓ ES MAYOR DE 2 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 478Y)		
463	¿Todavía le esta dando pecho a (NOMBRE)? <b>MP463_1</b>	SI ----- 1 (PASE A 468) ← NO ----- 2		
464	¿Por cuántos meses le dio <b>solo</b> pecho a (NOMBRE), sin ningún otro líquido o comida? <b>MP464_1</b>	MESES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LE DIO----- 0 0 NO SABE ----- 9 8		
465	¿Por cuántos meses le dio <b>pecho y también otros alimentos</b> como la leche artificial, atoles, o jugos de frutas, etc.? <b>MP465_1</b>	MESES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LE DIO----- 0 0 NO SABE ----- 9 8		
466	¿Por qué dejó de darle de mamar a (NOMBRE)? <b>MP466_1</b>	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑ@ ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑ@ MURIO ----- 03 NIÑO HOSPITALIZADO ----- 04 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 05 LECHE INSUFICIENTE ----- 06 DEBIA TRABAJAR ----- 07 NIÑ@ NO QUERIA ----- 08 EDAD DE DESTETE ----- 09 QUEDO EMBARAZADA ----- 10 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 11 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 12 POR ESTETICA ----- 13 SE LE FUE LA LECHE ----- 14 EL TRABAJO NO LE PERMITIÓ --- 15 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)		
467F	REVISE 403F ESCRIBA SI: ESTA VIV@ O MUERT@ EL NIÑ@ <b>MP467_1</b>	VIV@ <input type="text"/> ↓ PASE 475 MUERT@ <input type="text"/> ↓ PASE A 478Y	VIV@ <input type="text"/> ↓ PASE 478Y MUERT@ <input type="text"/> ↓ PASE A 478Y	VIV@ <input type="text"/> ↓ PASE 478Y MUERT@ <input type="text"/> ↓ PASE A 478Y
468	¿A qué edad piensa dejar de darle de mamar a (NOMBRE)? <b>MP468_1</b>	MESES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO EL QUIERA 9 7 NO SABE ----- 9 8		
469	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) <b>MP469_1</b>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>MP469_1</b>	
470	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) <b>MP470_1</b>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>MP470_1</b>	
471	¿Además del pecho (leche materna), recibe (NOMBRE) algún otro líquido o comida? <b>MP471_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8		
472	¿(NOMBRE) tomó algo de una pacha ayer o anoche? <b>MP472_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8		



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE																																																																								
473	¿Regularmente, (NOMBRE) toma pacha durante el día o la noche? <b>MP473_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8																																																																										
474F	REVISE 403F  ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <b>MP474F_1</b>	VIV@ <b>1</b> ↓	MUERT@ <b>2</b> ↓ PASE A 478Y																																																																									
475	¿Entre ayer y hoy, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua pura? <b>MP475A_1</b></li> <li>• Agua azucarada? <b>MP475B_1</b></li> <li>• Jugo? <b>MP475C_1</b></li> <li>• Té / agüita de alguna h <b>MP475D_1</b></li> <li>• Fórmula para bebé o le <b>MP475E_1</b></li> <li>para bebé?</li> <li>• Leche diluida o en polv <b>MP475F_1</b></li> <li>• Leche fresca? (De vac <b>MP475G_1</b></li> <li>• Otros líquidos? <b>MP475H_1</b></li> <li>• Alimento preparado de <b>MP475I_1</b></li> <li>Avena, Arroz, INCAPA (Atoles)?</li> <li>• VITACEREAL? <b>MP475J_1</b></li> <li>• Alimento preparado de <b>MP475K_1</b></li> <li>verduras/frutas?</li> <li>• Huevo, pescado, pollo <b>MP475L_1</b></li> <li>• Carne, hígado? <b>MP475M_1</b></li> <li>• Caldo de frijol? <b>MP475N_1</b></li> <li>• Frijol <b>MP475O_1</b></li> <li>• Tortilla? <b>MP475P_1</b></li> <li>• Pan? <b>MP475Q_1</b></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>AGUA PURA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AGUA AZUCARADA ----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JUGO -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TE -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FORMULA PARA BEBE -</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LECHE DILUIDA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LECHE FRESCA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS LIQUIDOS ----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PREPAR. DE CEREAL -</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VITACEREAL -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VERDURAS/ FRUTAS -</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>HUEVO/PESCADO/POLLO-</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CARNE HIGADO -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CALDO DE FRIJOL ---</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRIJOL -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TORTILLA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PAN -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	AGUA PURA -----	1	2	8	AGUA AZUCARADA ----	1	2	8	JUGO -----	1	2	8	TE -----	1	2	8	FORMULA PARA BEBE -	1	2	8	LECHE DILUIDA -----	1	2	8	LECHE FRESCA -----	1	2	8	OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8	PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8	VITACEREAL -----	1	2	8	VERDURAS/ FRUTAS -	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8	CARNE HIGADO -----	1	2	8	CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8	FRIJOL -----	1	2	8	TORTILLA -----	1	2	8	PAN -----	1	2	8		
	SI	NO	NS																																																																									
AGUA PURA -----	1	2	8																																																																									
AGUA AZUCARADA ----	1	2	8																																																																									
JUGO -----	1	2	8																																																																									
TE -----	1	2	8																																																																									
FORMULA PARA BEBE -	1	2	8																																																																									
LECHE DILUIDA -----	1	2	8																																																																									
LECHE FRESCA -----	1	2	8																																																																									
OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8																																																																									
PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8																																																																									
VITACEREAL -----	1	2	8																																																																									
VERDURAS/ FRUTAS -	1	2	8																																																																									
HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8																																																																									
CARNE HIGADO -----	1	2	8																																																																									
CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8																																																																									
FRIJOL -----	1	2	8																																																																									
TORTILLA -----	1	2	8																																																																									
PAN -----	1	2	8																																																																									
476F	REVISE 475  <b>MP476F_1</b>	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <b>1</b> ↓	"NO/NO SABE" A TODAS <b>2</b> ↓ (PASE A 478Y)																																																																									
477	Cuántas veces comió (NOMBRE) durante el día de ayer, incluyendo comidas y refacciones? <b>SI 7 O MAS VECES, ANOTE 7</b> <b>MP477_1</b>	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NIÑO NO COME ----- 0 NO SABE ----- 8																																																																										
478Y	<i>Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con problemas especiales de salud en algunos niño/as</i>																																																																											
479	¿Al nacer o antes de cumplir un año le diagnosticaron a su hijo/a, algún problema especial (anomalías congénitas)? <b>MP479_1</b>	SI -----1 NO -----2 (PASE A 482) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 482) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 482) ←																																																																								
480	¿A su hijo/a le han diagnosticado alguna <b>malformación congénita</b> ?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	¿LABIO LEPORINO / PALADAR ----- A <b>MP480A_1</b> ¿ESPINA BIFIDA?----- B <b>MP480B_1</b> ¿HIDROCEFALIA? ----- C <b>MP480C_1</b> ¿MICROCEFALIA? ----- D <b>MP480D_1</b> ¿PIE EQUINO? (PIE MALFORMADO)-- E <b>MP480E_1</b> ¿CARDIOPATÍA CONGÉNITA?----- F <b>MP480F_1</b> OTRA ----- X <b>MP480X_1</b> (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y <b>MP480Y_1</b>	¿LABIO LEPORINO / PALADAR ----- A ¿ESPINA BIFIDA?----- B ¿HIDROCEFALIA? ----- C ¿MICROCEFALIA? ----- D ¿PIE EQUINO? (PIE MALFORMADO)-- E ¿CARDIOPATÍA CONGÉNITA?----- F OTRA ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y	¿LABIO LEPORINO / PALADAR ----- A ¿ESPINA BIFIDA?----- B ¿HIDROCEFALIA? ----- C ¿MICROCEFALIA? ----- D ¿PIE EQUINO? (PIE MALFORMADO)-- E ¿CARDIOPATÍA CONGÉNITA?----- F OTRA ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y																																																																								
481	¿Qué edad tenía su hijo/a (nombre) cuando le diagnosticaron este problema?  <b>MP481_1</b>	HORAS ----- 1 <input type="text"/> DÍAS ----- 2 <input type="text"/> MESES ----- 3 <input type="text"/> AÑOS ----- 4 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORAS ----- 1 <input type="text"/> DÍAS ----- 2 <input type="text"/> MESES ----- 3 <input type="text"/> AÑOS ----- 4 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORAS ----- 1 <input type="text"/> DÍAS ----- 2 <input type="text"/> MESES ----- 3 <input type="text"/> AÑOS ----- 4 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																								
482	¿A su hijo/a le han diagnosticado alguna <b>enfermedad crónica</b> ?  ¿Cuál?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	¿PROBLEMAS RESPIRATORIOS? ASMA A <b>MP482A_1</b> ¿DESNUTRICIÓN?----- B <b>MP482B_1</b> ¿ANEMIA?----- C <b>MP482C_1</b> ¿INSUFICIENCIA RENAL?----- D <b>MP482D_1</b> ¿DIABETES (AZUCAR EN SANGRE) -- E <b>MP482E_1</b> ¿EPILEPSIA (CONVULSIONES)?---- F <b>MP482F_1</b> ¿CANCER? ----- G <b>MP482G_1</b> OTRA ----- X <b>MP482X_1</b> (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y <b>MP482Y_1</b>	¿PROBLEMAS RESPIRATORIOS? ASMA A ¿DESNUTRICIÓN?----- B ¿ANEMIA?----- C ¿INSUFICIENCIA RENAL?----- D ¿DIABETES (AZUCAR EN SANGRE) -- E ¿EPILEPSIA (CONVULSIONES)?---- F ¿CANCER? ----- G OTRA ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y	¿PROBLEMAS RESPIRATORIOS? ASMA A ¿DESNUTRICIÓN?----- B ¿ANEMIA?----- C ¿INSUFICIENCIA RENAL?----- D ¿DIABETES (AZUCAR EN SANGRE) -- E ¿EPILEPSIA (CONVULSIONES)?---- F ¿CANCER? ----- G OTRA ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y																																																																								



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
483	¿A su hijo/a le han diagnosticado alguna <b>discapacidad</b> ?  ¿Cuál?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	¿MOTORA? (PARÁLISIS CEREBRAL) - A ¿AUDITIVA? (SORDO) ----- B ¿VISUAL? (CIEGO)----- C ¿SÍNDROME DE DOWN?----- D  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y	MP483A_1 (PARÁLISIS CEREBRAL) - A MP483B_1 (SORDO) ----- B MP483C_1 (CIEGO)----- C MP483D_1 DE DOWN?----- D  MP483X_1 _____ X (ESPECIFIQUE) MP483Y_1 ----- Y	¿MOTORA? (PARÁLISIS CEREBRAL) - A ¿AUDITIVA? (SORDO) ----- B ¿VISUAL? (CIEGO)----- C ¿SÍNDROME DE DOWN?----- D  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y
484F	REVISE 479, 482 Y 483  <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP484F_1</span>	POR LO MENOS UN PROBLEMA      NINGUN PROBLEMA  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> ↓                         </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> ↓                          (PASE A 487F)                     </div> </div>	POR LO MENOS UN PROBLEMA      NINGUN PROBLEMA  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> ↓                         </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> ↓                          (PASE A 487F)                     </div> </div>	POR LO MENOS UN PROBLEMA      NINGUN PROBLEMA  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> ↓                         </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> ↓                          (PASE A 487F)                     </div> </div>
485	¿De cuál organización o personal médico recibe atención para esta(s) condición(es)?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PROMOTOR/A VOLUNTARIO/A ----- A UNA PERSONA ESPECIALIZADA----- B CENTRO EDUCACIÓN TEMPRANA CET C CENTRO DE FUNDABIEM ----- D PROCIEGOS ----- E FUNDACION PEDIATRICA ----- F EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD--- G EDUCACIÓN ESPECIAL----- H UNICAR ----- I NO LO ATIENDE NADIE----- J (PASE A 487F) ← OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	MP485A_1 VOLUNTARIO/A ----- A MP485B_1 A ESPECIALIZADA----- B MP485C_1 CACIÓN TEMPRANA CET C MP485D_1 FUNDABIEM ----- D MP485E_1 ----- E MP485F_1 PEDIATRICA ----- F MP485G_1 CIMIENTO DE SALUD--- G MP485H_1 ESPECIAL----- H MP485I_1 ----- I MP485J_1 NDE NADIE----- J (PASE A 487F) ← MP485X_1 _____ X (ESPECIFIQUE)	PROMOTOR/A VOLUNTARIO/A ----- A UNA PERSONA ESPECIALIZADA----- B CENTRO EDUCACIÓN TEMPRANA CET C CENTRO DE FUNDABIEM ----- D PROCIEGOS ----- E FUNDACION PEDIATRICA ----- F EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD--- G EDUCACIÓN ESPECIAL----- H UNICAR ----- I NO LO ATIENDE NADIE----- J (PASE A 487F) ← OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)
486	Qué tipo de ayuda le da esa organización?	ECONOMICA -----A REHABILITACION -----B ORIENTACION -----C MEDICAMENTOS -----D OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	MP486A_1 -----A MP486B_1 -----B MP486C_1 -----C MP486D_1 -----D MP486X_1 _____ X (ESPECIFIQUE)	ECONOMICA -----A REHABILITACION -----B ORIENTACION -----C MEDICAMENTOS -----D OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)
487F	REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 500F			



**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A**

<b>500F</b>	<b>ANOTE EN 501F Y 502F, DE LAS PREGUNTAS 402F Y 403F, EL NUMERO DE LINEA, NOMBRE Y ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE L@S NACID@S DESDE ENERO DE 2003(2004), EMPEZANDO POR EL ULTIM@. (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<b>501F</b>	<b>REVISE 402F PARA:</b>			<b>ULTIM@ NACID@ VIV@</b>			<b>PENULTIM@ NACID@ VIV@</b>			<b>ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	NUMERO DE LINEA NOMBRE <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">MP501F_1</div>			<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">                     [ ] [ ]                      NOMBRE                 </div>			<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">                     [ ] [ ]                      NOMBRE                 </div>			<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">                     [ ] [ ]                      NOMBRE                 </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>502F</b>	<b>COPIE DE LA PREGUNTA 403F</b>			VIV@ MUERT@ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 556P)			VIV@ MUERT@ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 556P)			VIV@ MUERT@ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 556P)																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>503</b>	¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual están registradas las vacunas de su hij@ (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES "SI" ¿Puedo verla, por favor?			SI, FUE VISTA ----- 1 (PASE A 504V) ←  SI, NO FUE VISTA ----- 2 (PASE A 511) ←  NO HAY TARJETA ----- 3			SI, FUE VISTA ----- 1 (PASE A 504V) ←  SI, NO FUE VISTA ----- 2 (PASE A 511) ←  NO HAY TARJETA ----- 3			SI, FUE VISTA ----- 1 (PASE A 504V) ←  SI, NO FUE VISTA ----- 2 (PASE A 511) ←  NO HAY TARJETA ----- 3																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>504</b>	¿Tuvo alguna vez una tarjeta o carnet de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?			SI ----- 1 (PASE A 511) ←  NO ----- 2			SI ----- 1 (PASE A 511) ←  NO ----- 2			SI ----- 1 (PASE A 511) ←  NO ----- 2																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>504V</b>	COPIE DEL CARNET LAS FECHAS PARA CADA VACUNA  ANOTE "98" SI FALTA EL DIA O EL MES. ANOTE "98" SI FALTA EL AÑO.  SI HAY INDICACION EN LA TARJETA DE QUE SE PUSO LA VACUNA PERO NO HAY FECHA, ANOTE "44" EN LA CASILLA PARA "DIA"			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>VACUNA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>VACUNA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPIONSPR</td><td></td><td></td><td></td><td>NSPR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF1 POLIO</td><td></td><td></td><td></td><td>LIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF2 POLIO</td><td></td><td></td><td></td><td>LIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF1 DPT</td><td></td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF2 DPT</td><td></td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td><td>AA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				VACUNA	DIA	MES	AÑO	VACUNA	DIA	MES	AÑO	BCG								POLIO 1								POLIO 2								POLIO 3								DPT/PENTA 1				TA 1				DPT/PENTA 2				TA 2				DPT/PENTA 3				TA 3				SARAMPIONSPR				NSPR				REF1 POLIO				LIO				REF2 POLIO				LIO				REF1 DPT				T				REF2 DPT				T				VITAMINA A				AA				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>VACUNA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>VACUNA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td><td>TA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPIONSPR</td><td></td><td></td><td></td><td>NSPR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF1 POLIO</td><td></td><td></td><td></td><td>LIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF2 POLIO</td><td></td><td></td><td></td><td>LIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF1 DPT</td><td></td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF2 DPT</td><td></td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td><td>AA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				VACUNA	DIA	MES	AÑO	VACUNA	DIA	MES	AÑO	BCG								POLIO 1								POLIO 2								POLIO 3								DPT/PENTA 1				TA 1				DPT/PENTA 2				TA 2				DPT/PENTA 3				TA 3				SARAMPIONSPR				NSPR				REF1 POLIO				LIO				REF2 POLIO				LIO				REF1 DPT				T				REF2 DPT				T				VITAMINA A				AA																																																											
VACUNA	DIA	MES	AÑO	VACUNA	DIA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																																																																												
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
DPT/PENTA 1				TA 1																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DPT/PENTA 2				TA 2																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DPT/PENTA 3				TA 3																																																																																																																																																																																																																																																																																															
SARAMPIONSPR				NSPR																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF1 POLIO				LIO																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF2 POLIO				LIO																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF1 DPT				T																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF2 DPT				T																																																																																																																																																																																																																																																																																															
VITAMINA A				AA																																																																																																																																																																																																																																																																																															
VACUNA	DIA	MES	AÑO	VACUNA	DIA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																																																																												
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
POLIO 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
DPT/PENTA 1				TA 1																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DPT/PENTA 2				TA 2																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DPT/PENTA 3				TA 3																																																																																																																																																																																																																																																																																															
SARAMPIONSPR				NSPR																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF1 POLIO				LIO																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF2 POLIO				LIO																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF1 DPT				T																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REF2 DPT				T																																																																																																																																																																																																																																																																																															
VITAMINA A				AA																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<b>505V</b>	OBSERVE EL CARNET Y CIRCULE EL CODIGO SEGÚN LA INSTITUCION QUE VACUNO AL NIÑ@  SI MARCA OTRO (6), ESPERE			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>VACUNA</th> <th>MSPAS</th> <th>IGSS</th> <th>PRIVADO</th> <th>OTRO</th> <th>VACUNA</th> <th>MSPAS</th> <th>IGSS</th> <th>PRIVADO</th> <th>OTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF1 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF1 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF2 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF2 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF2 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF2 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>VITAMINA A</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>				VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	BCG	1	2	3	6	BCG	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>VACUNA</th> <th>MSPAS</th> <th>IGSS</th> <th>PRIVADO</th> <th>OTRO</th> <th>VACUNA</th> <th>MSPAS</th> <th>IGSS</th> <th>PRIVADO</th> <th>OTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>POLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT/PENTA 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>DPT/PENTA 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF1 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF1 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF2 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF2 POLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF2 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>REF2 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>VITAMINA A</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>				VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	BCG	1	2	3	6	BCG	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6
VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																										
BCG	1	2	3	6	BCG	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 3	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
SARAMPION	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF1 POLIO	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF2 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF1 DPT	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF2 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
VITAMINA A	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																										
BCG	1	2	3	6	BCG	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 1	1	2	3	6	POLIO 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 2	1	2	3	6	POLIO 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
POLIO 3	1	2	3	6	POLIO 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 1	1	2	3	6	DPT/PENTA 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 2	1	2	3	6	DPT/PENTA 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DPT/PENTA 3	1	2	3	6	DPT/PENTA 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
SARAMPION	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF1 POLIO	1	2	3	6	REF1 POLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF2 POLIO	1	2	3	6	REF2 POLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF1 DPT	1	2	3	6	REF1 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
REF2 DPT	1	2	3	6	REF2 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
VITAMINA A	1	2	3	6	VITAMINA A	1	2	3	6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<b>506F</b>	REVISE 505V  FUE ALGUNA VACUNA ADMINISTRADA POR EL MSPAS			SI NO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> PASE 508			SI NO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> PASE 508			SI NO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: center;">2</div> </div> PASE 508																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>507</b>	¿En qué lugar ha vacunado a (NOMBRE) con más frecuencia?			CASA ----- 1 CENTRO DE CONVERGENCIA ----- 2 PUESTO DE SALUD ----- 3 CENTRO DE SALUD ----- 4 HOSPITAL ----- 5 OTRO ----- 6 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8				CASA ----- 1 CENTRO DE CONVERGENCIA ----- 2 PUESTO DE SALUD ----- 3 CENTRO DE SALUD ----- 4 HOSPITAL ----- 5 OTRO ----- 6 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8				CASA ----- 1 CENTRO DE CONVERGENCIA ----- 2 PUESTO DE SALUD ----- 3 CENTRO DE SALUD ----- 4 HOSPITAL ----- 5 OTRO ----- 6 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<b>508</b>	El carnet de (NOMBRE) es el primer carnet o es reposición?			PRIMER CARNET ----- 1 PRIMERA REPOSICION ----- 2 SEGUNDA REPOSICION ----- 3 TERCERA REPOSICION O MAS ----- 4 NO SABE ----- 8				PRIMER CARNET ----- 1 PRIMERA REPOSICION ----- 2 SEGUNDA REPOSICION ----- 3 TERCERA REPOSICION O MAS ----- 4 NO SABE ----- 8				PRIMER CARNET ----- 1 PRIMERA REPOSICION ----- 2 SEGUNDA REPOSICION ----- 3 TERCERA REPOSICION O MAS ----- 4 NO SABE ----- 8																																																																																																																																																																																																																																																																																							



**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A**

		ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
NUMERO DE LINEA	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
509	¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no están registradas en este carnet? <b>MP509_1</b> ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, PENTA 1-3 POLIO 1-3, SARAMPIÓN.	SI ----- 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) NO ----- 2 NO SABE ----- 8
<b>510P PASE A 521</b>				
511	¿Por qué razón no tiene carnet? <b>MP511_1</b>	NUNCA LE HAN DADO ----- 1 LO PERDIO ----- 2 LO TIENE EN OTRO LUGAR ----- 3 SE DETERIORÓ ----- 4	NUNCA LE HAN DADO ----- 1 LO PERDIO ----- 2 LO TIENE EN OTRO LUGAR ----- 3 SE DETERIORÓ ----- 4	NUNCA LE HAN DADO ----- 1 LO PERDIO ----- 2 LO TIENE EN OTRO LUGAR ----- 3 SE DETERIORÓ ----- 4
512	¿Ha vacunado alguna vez a su hij@? <b>MP512_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 524) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 524) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 524) ← NO SABE ----- 8
513	¿Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas: <b>MP513_1</b> BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo que deja una cicatriz y se administra generalmente al nacer?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
514	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la Polio, administrada mediante gotas en la boca? <b>MP514_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 517) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 517) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 517) ← NO SABE ----- 8
515	¿Cuántas veces? <b>MP515_1</b>	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
516	¿La primera vacuna contra la Polio fue dada a los 2 meses de edad? <b>MP516_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
517	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, o PENTAVALENTE vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio y se aplica en la nalga o en el muslo? <b>MP517_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 519) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 519) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 519) ← NO SABE ----- 8
518	¿Cuántas veces? <b>MP518_1</b>	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
519	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión y rubéola o tres viral (SPR) o dupla viral (SR)? <b>MP519_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 521) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 521) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 521) ← NO SABE ----- 8
520	¿Cuántas veces? <b>MP520_1</b>	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
521	¿Por qué vacuna usted a (NOMBRE)?	PARA PREVENIR O EVITAR ENFERMEDAD ----- A LA EXIGEN PARA EL REGISTRO CIVIL ----- B OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	PARA PREVENIR O EVITAR ENFERMEDAD ----- A LA EXIGEN PARA EL REGISTRO CIVIL ----- B OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	PARA PREVENIR O EVITAR ENFERMEDAD ----- A LA EXIGEN PARA EL REGISTRO CIVIL ----- B OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)
522	¿Quién es la persona que generalmente lleva a vacunar a (NOMBRE)?	LA MADRE/ENTREVISTADA ----- A LA ABUELA ----- B TIA / OTRO FAMILIAR ----- C OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	ENTREVISTADA ----- A ----- B OTRO FAMILIAR ----- C OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	LA MADRE/ENTREVISTADA ----- A LA ABUELA ----- B TIA / OTRO FAMILIAR ----- C OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)
<b>523P PASE A 525</b>				
524	¿Por qué no vacuna usted a (NOMBRE)?	LA VACUNA LO ENFERMA ----- A EL SERVICIO DE SALUD ESTA LEJOS ----- B NO SABIA QUE DEBE HACERLO ----- C SU RELIGION NO LO PERMITE ----- D NO VINIERON A VACUNAR A LA CASA ----- E NO SUPO CUANDO VACUNARON EN LA COMUNIDAD ----- F EL ESPOSO NO AUTORIZA VACUNAR ----- G OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	LA VACUNA LO ENFERMA ----- A EL SERVICIO DE SALUD ESTA LEJOS ----- B NO SABIA QUE DEBE HACERLO ----- C SU RELIGION NO LO PERMITE ----- D NO VINIERON A VACUNAR A LA CASA ----- E NO SUPO CUANDO VACUNARON EN LA COMUNIDAD ----- F EL ESPOSO NO AUTORIZA VACUNAR ----- G OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	LA VACUNA LO ENFERMA ----- A EL SERVICIO DE SALUD ESTA LEJOS ----- B NO SABIA QUE DEBE HACERLO ----- C SU RELIGION NO LO PERMITE ----- D NO VINIERON A VACUNAR A LA CASA ----- E NO SUPO CUANDO VACUNARON EN LA COMUNIDAD ----- F EL ESPOSO NO AUTORIZA VACUNAR ----- G OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)
525	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo con fiebre en las últimas 2 semanas? <b>MP525_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8



**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A**

		ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
NUMERO DE LINEA	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
526	¿Ha estado (NOMBRE) enferm@ con tos en las últimas 2 semanas? <b>MP526_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 537) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 537) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 537) ← NO SABE ----- 8
527	¿Cuántos días ha estado enfermo con tos y/o fiebre? <b>MP527_1</b>	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8
528	¿Cuando (NOMBRE) estaba enferm@ de la tos, respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)? <b>MP528_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
529	¿Cuando (NOMBRE) estaba enferm@ de la tos, le dio a tomar lo mismo de líquidos, más líquidos, o menos líquidos como cuando no está enferm@ de la tos? <b>MP529_1</b>	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8
530	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo tos, le dio a (NOMBRE): <b>MP530A_1</b> <b>MP530B_1</b> <b>MP530C_1</b> <b>MP530D_1</b> <b>MP530E_1</b>	SI NO NS JARABE PARA LA TOS ----- 1 2 8 AGUA CON MIEL ----- 1 2 8 ANTIBIOTICOS ----- 1 2 8 MEDICINA PARA BAJAR FIEBRE ----- 1 2 8 REMEDIOS CASEROS ----- 1 2 8	SI NO NS JARABE PARA LA TOS ----- 1 2 8 AGUA CON MIEL ----- 1 2 8 ANTIBIOTICOS ----- 1 2 8 MEDICINA PARA BAJAR FIEBRE ----- 1 2 8 REMEDIOS CASEROS ----- 1 2 8	SI NO NS JARABE PARA LA TOS ----- 1 2 8 AGUA CON MIEL ----- 1 2 8 ANTIBIOTICOS ----- 1 2 8 MEDICINA PARA BAJAR FIEBRE ----- 1 2 8 REMEDIOS CASEROS ----- 1 2 8
531	¿Buscó consejo o tratamiento para la tos de (NOMBRE)? <b>MP531_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 535) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 535) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 535) ←
532	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la tos de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J FARMACIA ----- K CASA DE COMADRONA ----- L OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	PUBLICO ----- A SALUD ----- B SALUD ----- C ----- D MUNITARIO DE SALUD ----- E BULATORIO ----- F DE SALUD ----- G DE SALUD ----- H ----- I OSPITAL PRIVADO ----- J ----- K OMADRONA ----- L ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J FARMACIA ----- K CASA DE COMADRONA ----- L OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)
533	¿Con quién consultó para el tratamiento de la tos de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ----- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I AMIGO/FAMILIAR ----- J OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	<b>MP532A_1</b> <b>MP532B_1</b> <b>MP532C_1</b> <b>MP532D_1</b> <b>MP532E_1</b> <b>MP532F_1</b> <b>MP532G_1</b> <b>MP532H_1</b> <b>MP532I_1</b> <b>MP532J_1</b> <b>MP532K_1</b> <b>MP532L_1</b> <b>MP532X_1</b> (ESPECIFIQUE) <b>MP533A_1</b> <b>MP533B_1</b> <b>MP533C_1</b> <b>MP533D_1</b> <b>MP533E_1</b> <b>MP533F_1</b> <b>MP533G_1</b> <b>MP533H_1</b> <b>MP533I_1</b> <b>MP533J_1</b> <b>MP533K_1</b> <b>MP533L_1</b> <b>MP533X_1</b> (ESPECIFIQUE) <b>MP533Z_1</b>	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ----- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I AMIGO/FAMILIAR ----- J OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z
534P	<b>PASE A 536</b>			
535	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de la tos de (NOMBRE)? <b>MP535_1</b>	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA -- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION -- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION --- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT. -- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA -- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION --- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT. --06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA -- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION -- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION --- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT. -- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
536	¿Se restableció o curó (NOMBRE) de la tos? <b>MP536_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
537	¿Ha tenido (NOMBRE) asientos o diarrea en las últimas dos semanas? <b>MP537_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 554) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 554) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 554) ← NO SABE ----- 8



**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A**

		ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
NUMERO DE LINEA	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
538	¿Por cuántos días ha tenido <b>asientos o diarrea</b> (NOMBRE)? <b>MP538_1</b>	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8
539	¿Había sangre en los <b>asientos o diarrea</b> de (NOMBRE)? <b>MP539_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
540	¿En el peor día de los <b>asientos o diarrea</b> , cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)? <b>MP540_1</b>	NUMERO DE DEPOSICIONES --- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES --- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES --- NO SABE ----- 9 8
541	¿Le dio a tomar la <b>misma cantidad</b> de líquidos, <b>más líquidos, o menos líquidos</b> como cuando no se encuentra enferm@ de los asientos? <b>MP541_1</b>	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8
542	¿Le dio de comer la <b>misma cantidad</b> de sólidos, <b>más sólidos o menos sólidos</b> como cuando no tenía asientos o no estaba enferm@? <b>MP542_1</b>	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8
543F	<b>REVISE 463</b> <b>PAG 20</b> <b>MP543F_1</b>	AUN LE DA PECHO 1 NO LE DA PECHO 2 (PASE A 545)		
544	¿Le siguió dando de mamar el <b>mismo número de veces, más veces o menos veces</b> que cuando no estaba enferm@ o no tenía asientos, o <b>le dejó de dar pecho</b> ? <b>MP544_1</b>	EL MISMO NUMERO DE VECES----- 1 MAS VECES ----- 2 MENOS VECES --- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
545	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo los <b>asientos</b> , le dio a (NOMBRE): <ul style="list-style-type: none"><li>¿Un líquido preparado de un paquete especial (SRO/suero)?</li><li>¿Líquido preparado con arroz?</li><li>¿Sopa / caldo?</li><li>¿Solución casera / infusión sin azúcar?</li><li>¿Infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, café?</li><li>¿Leche o fórmula para bebés?</li><li>¿Té/aguita de alguna hierba?</li><li>¿Agua pura?</li><li>¿Otros líquidos?</li></ul>	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION--- 1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ----- 1 2 8 SOPA/CALDO----- 1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR- 1 2 8 INFUSIONES CON AZUCAR --- 1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES- 1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS----- 1 2 8 AGUA PURA----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8	SI NO NS DE REHIDRATAACION--- 1 2 8 O CON ARROZ----- 1 2 8 ALDO----- 1 2 8 ON CASERA SIN AZUCAR-1 2 8 ONES CON AZUCAR --- 1 2 8 FORMULA PARA BEBES- 1 2 8 ITA DE HIERBAS----- 1 2 8 URA----- 1 2 8 LIQUIDOS ----- 1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION--- 1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ----- 1 2 8 SOPA/CALDO----- 1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR- 1 2 8 INFUSIONES CON AZUCAR --- 1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES- 1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS----- 1 2 8 AGUA PURA----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8
546	¿Le dieron o hicieron algo más para tratarle los <b>asientos</b> ? <b>MP546_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 548) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 548) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 548) ←
547	¿Qué le dieron o hicieron para el tratamiento de los <b>asientos</b> ? <b>SONDEE: ¿Algo más?</b> <b>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	SOLUCION CASERA RECOMENDADA--- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS--- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA--- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS--- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA--- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS--- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)
548	¿Buscó consejo o tratamiento para curar a (NOMBRE) de los <b>asientos</b> ? <b>MP548_1</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 552) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 552) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 552) ←
549	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para curar de los asientos a (NOMBRE)? <b>SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona?</b> <b>MARQUE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA</b>	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD--- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR-- G A PROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD--- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR-- G A PROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD--- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR-- G A PROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)



SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A			
	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
NUMERO DE LINEA			
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
550	¿Con quién consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguien más?	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ---- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA SIN ESPECIFICAR ---- D COMADRONA CAT ----- E COMADRONA EMPIRICA ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H CURANDERO ----- I OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)
551P	PASE A 553		
552	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)?  MP552_1	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA--- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION---02 FALTA DE CONFIANZA-----03 CREE QUE ATENCION ES MALA----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION---- 05 NO HAY MEDICAMEN.EN INSTIT---- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO----- 07 COSTO DE LA CONSULTA----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA--- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION---02 FALTA DE CONFIANZA-----03 CREE QUE ATENCION ES MALA----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION---- 05 NO HAY MEDICAMEN.EN INSTIT---- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO----- 07 COSTO DE LA CONSULTA----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
553	¿Se restableció o curó su hijo/a de los asientos?  SI ----- 1 NO ----- MP553_1 ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
554	¿Cuántas veces ha recibido (NOMBRE) vitamina "A" en los últimos 12 meses?  MP554_1	NUMERO DE VECES----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
555	¿En los últimos 12 meses ha recibido (NOMBRE) sulfato ferroso o hierro?  SI ----- 1 NO ----- MP555_1 ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
556P	REGRESE A LA PREGUNTA 503 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA PREGUNTA 557		

SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
557	¿Cree usted que cuando un niño@ tiene asientos, se le debe dar menor cantidad de líquidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?  MP557	MENOS LIQUIDOS ----- 1 MISMA CANTIDAD LIQUIDOS ----- 2 MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	
558	¿Cree usted que cuando un/a niño@ tiene asientos, se le debe dar menor cantidad de alimentos sólidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?  MP558	MENOS SOLIDOS ----- 1 MISMA CANTIDAD SOLIDOS ----- 2 MAYOR CANTIDAD DE SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	
559	Cuando un/a niño@ tiene asientos, y si él o ella todavía maman o reciben pecho, ¿Cree que se le debe dar menos veces el pecho, igual número de veces, o más veces de lo usual?  MP559	MENOS VECES ----- 1 MISMO NUMERO DE VECES ----- 2 MAS VECES ----- 3 NO SE LE DEBE DAR DE MAMAR ----- 4 NO SABE ----- 8	
560	Cuando un niño@ está enfermo con asientos, ¿Cuáles cree usted que son los síntomas que le indican que él/ella debe recibir atención médica?  SONDEE: ¿Algún otro síntoma?  MARQUE TODOS LOS SINTOMAS MENCIONADOS ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____	DEPOSICIONES REPETIDAS ----- MP560A ----- A DEPOSICIONES FLOJAS ----- MP560B ----- B VOMITO ----- MP560C ----- C SANGRE EN LAS DEPOSICIONES ----- MP560D ----- D FIEBRE (CALENTURA) ----- MP560E ----- E MUCHA SED ----- MP560F ----- F NO BEBE O NO COME BIEN ----- MP560G ----- G PONIÉNDOSE MAS O MUY ENFERMO ----- MP560H ----- H NO SE MEJORA ----- MP560I ----- I OJOS HUNDIDOS ----- MP560J ----- J OTRA RAZON ----- MP560X ----- X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- MP560Y ----- Y	

**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD DEL NIÑO/A**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>561F</b>	<p><b>REVISE 545 TODAS LAS COLUMNAS</b>  <b>NINGUN NIÑO RECIBIO SRO</b>  <b>O PREGUNTA 545 ESTA EN BLANCO</b></p>	<p align="center">1      2      <b>ALGUN NIÑO RECIBIO SRO</b></p> <p align="center"><b>MP561F</b></p>	<b>565</b>
562	¿Ha oído usted hablar de un producto llamado SRO (Sales de Rehidratación Oral) que puede conseguir para el tratamiento de la diarrea?	SI ----- 1 NO ----- 2	565
563	¿Ha visto usted alguna vez un sobre como éste? (MUESTRE EL SOBRE DE SRO)	SI ----- 1 NO ----- 2	565
564	¿Tiene usted en este momento, en casa, un sobre como este? (MUESTRE EL SOBRE. SI LA RESPUESTA ES SI, PIDA QUE LE MUESTRE EL SOBRE QUE ELLA DICE TENER EN CASA)	SI TIENE SOBRE (SI LO MOSTRO) ----- 1 SI TIENE SOBRE (NO LO MOSTRO) ----- 2 NO TIENE SRO EN SU CASA ----- 3	
565	Cuando un niñ@ está enfermo con <b>tos</b> , ¿Cuáles cree usted que son los síntomas que le indican que él/ella debe recibir atención médica?  SONDEE: ¿Algún otro síntoma?  MARQUE TODOS LOS SINTOMAS MENCIONADOS ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____	RESPIRACION AGITADA ----- <b>MP565A</b> A DIFICULTAD PARA RESPIRAR ----- <b>MP565B</b> B RESPIRACION RUIDOSA ----- <b>MP565C</b> C FIEBRE (CALENTURA) ----- <b>MP565D</b> D INCAPAZ DE BEBER ----- <b>MP565E</b> E NO BEBE O NO COME BIEN ----- <b>MP565F</b> F PONIÉNDOSE MAS O MUY ENFERMO ----- <b>MP565G</b> G NO SE MEJORA ----- <b>MP565H</b> H OTRA RAZON _____ <b>MP565X</b> X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- <b>MP565Y</b> Y	
566	¿Cree usted que cuando un niñ@ tiene <b>tos</b> , se le debe dar menor cantidad de líquidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?	MENOS LIQUIDOS ----- 1 MISMA CANTIDAD LIQUIDOS ----- 2 MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	
567	¿Cree usted que cuando un/a niñ@ tiene <b>tos</b> , se le debe dar menor cantidad de alimentos sólidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?	MENOS SOLIDOS ----- 1 MISMA CANTIDAD SOLIDOS ----- 2 MAYOR CANTIDAD DE SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	
568	Cuando un/a niñ@ tiene <b>tos</b> , y si él o ella todavía maman o reciben pecho, ¿Cree que se le debe dar menos veces el pecho, igual número de veces, o más veces de lo usual?	MENOS VECES ----- 1 MISMO NUMERO DE VECES ----- 2 MAS VECES ----- 3 NO SE LE DEBE DAR DE MAMAR ----- 4 NO SABE ----- 8	



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

- 600F**
- **CIRCULE EL CODIGO 1 EN 602 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.**
  - **PARA CADA METODO NO MENCIONADO PREGUNTE 603 Y LEA EL NOMBRE DEL METODO Y LA DESCRIPCION, SI ES NECESARIO.**
  - **CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO; EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDE.**
  - **PREGUNTE EN 604 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2)**
- 601Y** *Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para cuidarse y demorar o evitar un embarazo.*

602 ¿Qué métodos conoce usted o de cuáles ha escuchado hablar?	603 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?			604 ¿Ha usado usted o su pareja o están usando (METODO)?
	SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO RECONOCIDO	PARA EL CONDON (METODO 6 Y 7), Y PARA LA ESTERILIZACION (8 Y 9), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS
<b>01. PASTILLAS, PILDORAS</b> Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada. <span style="float:right">MP603_01</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_01</span> ----- 2
<b>02. T DE COBRE (DIU)</b> Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una "T" de cobre por un médico o una enfermera. <span style="float:right">MP603_02</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_02</span> ----- 2
<b>03. INYECCION</b> Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazadas. <span style="float:right">MP603_03</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_03</span> ----- 2
<b>04. NORPLANT (IMPLANTES)</b> Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 6 palillos pequeños los cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años. <span style="float:right">MP603_04</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_04</span> ----- 2
<b>05. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES</b> Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales. <span style="float:right">MP603_05</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_05</span> ----- 2
<b>06. CONDON O PRESERVATIVO</b> Consiste en una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que se coloca sobre el pene antes de tener relaciones sexuales. <span style="float:right">MP603_06</span>	1	2	3	¿Usted y su esposo o pareja han usado alguna vez el condón? SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_06</span> ----- 2
<b>07. CONDON FEMENINO</b> Consiste en una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que la mujer se coloca en la vagina antes de tener relaciones sexuales. <span style="float:right">MP603_07</span>	1	2	3	¿Usted y su esposo o pareja han usado alguna vez el condón femenino? SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_07</span> ----- 2
<b>08. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS-OPERACION)</b> Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s. <span style="float:right">MP603_08</span>	1	2	3	¿Se ha usted operado alguna vez para no tener hij@s? SI <span style="float:right">MP604_08</span> ----- 1 NO ----- 2
<b>09. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA -OPERACION)</b> Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s. <span style="float:right">MP603_09</span>	1	2	3	¿Su esposo o pareja se ha operado para no tener hij@s? SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_09</span> ----- 2
<b>10. RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MOCO CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse. <span style="float:right">MP603_10</span>	1	2	3	SI <span style="float:right">MP604_10</span> ----- 1 NO ----- 2
<b>11. RETIRO (COITO INTERRUPTO)</b> Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de eyacular. <span style="float:right">MP603_11</span>	1	2	3	SI ----- 1 NO <span style="float:right">MP604_11</span> ----- 2
<b>12. METODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)</b> La mujer no ha visto su regla después del parto, da de mamar exclusivamente de día y de noche cuando el/la niñ@ es menor de 6 meses de edad. <span style="float:right">MP603_12</span>	1	2	3	SI <span style="float:right">MP604_12</span> ----- 1 NO ----- 2
<b>13. OTROS METODOS</b> Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. <span style="float:right">MP603_13</span>	1	2	3	<span style="float:right">MP604_13</span> SI ----- 1 NO ----- 2
¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																								
605F	<p><b>REVISE 604</b></p> <p>NI UN SOLO "SI" EN 604 (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;"><b>MP605F</b></p>	<p>POR LO MENOS UN "SI" EN 604 (ALGUNA VEZ HA USADO) <input type="checkbox"/> 2</p>	611																																																								
606	¿Alguna vez usted o su esposo/ una pareja suya, han usado algo o hecho algo para evitar o demorar un embarazo?	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- <b>MP606</b> ----- 2</p>	609																																																								
607C	VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO																																																										
608P	PASE A 639																																																										
609	¿Qué ha usado o qué ha hecho? ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL																																																										
610F	CORRIJA 603-604 SI ES NECESARIO																																																										
611	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted usó un método o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada). <b>MP611</b></p> <p>¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar o demorar quedar embarazada?</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p>	<p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09</p> <p>RETIRO ----- 10</p> <p>MELA ----- 11</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>																																																									
612	<p>¿Cuántos hij@s tenía usted cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada? <b>MP612</b></p> <p>SI NINGUNO ESCRIBA "00"</p>	<p>NUMERO DE HIJ@S ----- <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																																									
613F	<p><b>REVISE 334 PAG 10</b></p> <p>NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;"><b>MP613F</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 EMBARAZADA</p>	633C																																																								
614	¿Actualmente está usted o su esposo o pareja usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- <b>MP614</b> ----- 2</p>	633C																																																								
615	<p>¿Qué método o métodos están usando? ¿Qué está(n) haciendo para que usted no quede embarazada?</p> <p><b>ENTREVISTADORA</b> MARQUE EL MÉTODO QUE USA EN LA COLUMNA DEL PRIMER METODO. SI USA MAS DE UNO MARQUELO EN LA SEGUNDA COLUMNA SEGÚN EL ORDEN DE EFECTIVIDAD</p> <p><b>ORDEN DE EFECTIVIDAD</b></p> <p>1 ESTERILIZACION MASCULINA      7 PRESERVATIVO/CONDON 2 ESTERILIZACION FEMENINA      8 DIAFRAGMA / ESPUMA 3 DIU                                      9 ABSTINENCIA (RITMO) 4 INYECCIONES                      10 RETIRO 5 NORPLANT                            11 MELA 6 PILDORA                              12 OTRO</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRIMER</th> <th>SEGUNDO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PILDORA -----</td> <td><b>MP615P</b> 01</td> <td>01</td> <td><b>MP615U</b></td> </tr> <tr> <td>DIU -----</td> <td>02</td> <td>02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INYECCIONES -----</td> <td>03</td> <td>03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NORPLANT (IMPLANTES) -----</td> <td>04</td> <td>04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----</td> <td>05</td> <td>05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRESERVATIVO (CONDON) -----</td> <td>06</td> <td>06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACION FEMENINA -----</td> <td>07</td> <td>07</td> <td>616</td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACION MASCULINA -----</td> <td>08</td> <td>08</td> <td>616</td> </tr> <tr> <td>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----</td> <td>09</td> <td>09</td> <td>629</td> </tr> <tr> <td>RETIRO -----</td> <td>10</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MELA -----</td> <td>11</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>96</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRIMER	SEGUNDO		PILDORA -----	<b>MP615P</b> 01	01	<b>MP615U</b>	DIU -----	02	02		INYECCIONES -----	03	03		NORPLANT (IMPLANTES) -----	04	04		DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----	05	05		PRESERVATIVO (CONDON) -----	06	06		ESTERILIZACION FEMENINA -----	07	07	616	ESTERILIZACION MASCULINA -----	08	08	616	ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----	09	09	629	RETIRO -----	10	10		MELA -----	11	11		OTRO -----	96	96			(ESPECIFIQUE)			
	PRIMER	SEGUNDO																																																									
PILDORA -----	<b>MP615P</b> 01	01	<b>MP615U</b>																																																								
DIU -----	02	02																																																									
INYECCIONES -----	03	03																																																									
NORPLANT (IMPLANTES) -----	04	04																																																									
DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----	05	05																																																									
PRESERVATIVO (CONDON) -----	06	06																																																									
ESTERILIZACION FEMENINA -----	07	07	616																																																								
ESTERILIZACION MASCULINA -----	08	08	616																																																								
ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----	09	09	629																																																								
RETIRO -----	10	10																																																									
MELA -----	11	11																																																									
OTRO -----	96	96																																																									
	(ESPECIFIQUE)																																																										
615P	PASE A 630																																																										



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
616	¿Dónde tuvo la operación de esterilización?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP616</span>  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 CLINICA APROFAM ----- 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
617	¿Conversó usted con su esposo/pareja la idea de esterilización (operarse)?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP617</span>  Si, es SI, ¿Quién inició la conversación del tema?	SI, PAREJA INICIO ----- 1 SI, ENTREVISTADA INICIO ----- 2 NO ----- 3	→ 619  → 619
618	¿Cuál fue la reacción de su esposo/pareja acerca de la idea de esterilización (operarse)?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:  _____  _____	DE APOYO DESDE COMIENZO ----- 01 INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO ----- 02 NEUTRAL ----- 03 OPUESTO ----- 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
619	¿Cuánto gastó por la esterilización (operación) ?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP619</span>	COSTO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS ----- 9 9 9 9 6 NO SABE ----- 9 9 9 9 8	
<b>620F</b>	<b>REVISE 604</b>  LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP620F</span> ↓	LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA ESPOSO / PAREJA ESTA ESTERILIZADO <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span>	→ 622
621	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP621</span>  Si la respuesta es <b>SI</b> pregunte: ¿Fue éste un parto por cesárea?	SI, PARTO POR CESAREA ----- 1 SI, PARTO NORMAL ----- 2 NO ----- 3	
622	¿Se arrepiente usted (su esposo) de haberse operado para no tener más hij@s?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP622</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 624
623	¿Por qué se arrepiente (se arrepintió)?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP623</span>	MUJER QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 01 ESPOSO QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 02 EFECTOS SECUNDARIOS ----- 03 HIJ@ HA MUERTO ----- 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
624	¿Le recomendaría la esterilización femenina (masculina/la operación) a un familiar o amig@?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP624</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	
625	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP625M</span> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP625A</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8		
626	¿Qué edad tenía usted (él) cuando fue operad@?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP626</span>	EDAD A LA QUE FUE OPERAD@ ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA----- 9 8	
<b>627C</b>	<b>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA EL CODIGO DE ESTERILIZACION DE PREGUNTA 625 EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O HASTA ENERO DE 2003 (2004). REGRESE Y CONTINUE CON 628F.</b>		
<b>628F</b>	<b>REVISE 625</b>  ESTERILIZADA/O ANTES DE ENERO DE 2003(2004) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP628F</span> ↓ PASE A 642	ESTERILIZADA/O EN/O DESPUES DE ENERO DE 2003(2004) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> ↓ PASE A 633C	



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
629	¿Cómo decide usted en que días no puede tener relaciones sexuales para no quedar embarazada? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;"><b>MP629</b></div>	CALENDARIO/CUENTA DIAS ----- 01 TEMPERATURA DEL CUERPO ----- 02 MOCO CERVICAL/ (BILLINGS) ----- 03 TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL ----- 04 NO METODO ESPECIFICO ----- 05 COLLAR ----- 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
630	¿Están satisfechos (contentos) los dos con el método que están usando actualmente, o sólo uno de ustedes está satisfecho? (INDAGUE SI ES NECESARIO QUIEN ESTA SATISFECHO) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;"><b>MP630</b></div>	LOS DOS SATISFECHOS ----- 1 LOS DOS INSATISFECHOS ----- 2 SOLO EL SATISFECHO ----- 3 SOLO ELLA SATISFECHA ----- 4 INDIFERENTES LOS DOS ----- 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	
631	¿Quién decidió usar el método que actualmente usan? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;"><b>MP631</b></div> Usted? Su pareja? O los dos juntos?	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	

**632C METODO QUE USA ACTUALMENTE**

VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO DE 615 EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:** ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método?

**633C METODO QUE HA USADO**

Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años, durante los cuales usted o su pareja han usado un método para demorar o evitar que usted quede embarazada.

USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 2003(2004). LA COLUMNA 1 DEBE QUEDAR SIN MESES EN BLANCO.

USE LOS NOMBRES DE HIJ@S, FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2, ESCRIBA LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES CORRESPONDIENTE AL ULTIMO MES DE USO, PARA CADA PERIODO DE USO.

EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN EL COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1.

PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO.

SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE ACCIDENTAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 1:** ¿Cuándo fue la última vez que usó un método? ¿Qué método era ése? ¿Cuándo comenzó a usar ése método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Cuánto tiempo usó entonces el método?

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 2:** ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?

SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada?. Y ESCRIBA "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
634P	REVISE 615:  SI LA PREGUNTA 615 NO SE HIZO, CIRCULE "00" (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP634</div>  SI LA PREGUNTA 615 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.  SI LA MUJER ENTREVISTADA DICE USAR "MELA", ENTONCES VERIFIQUE QUE TIENE UN HIJ@ MENOR DE 1 AÑO.	NO SE PREGUNTO 615 ----- 00 PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 MELA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 639         → 642 → 642 → 640 → 640 → 640 → 640
635	¿Dónde consiguió (EL METODO) la última vez?  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP635</div>	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17 PROMOTOR DE SALUD ----- 18 MEDICO AMBULATORIO ----- 19 GUARDIAN DE SALUD ----- 20 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- 22 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 FARMACIA COMUNITARIA ----- 26 TIENDA DE CONVENIENCIA ----- 27 CASA COMADRONA ----- 28 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE ----- 98	
636	La gente selecciona el lugar para obtener métodos de planificación familiar por diferentes razones.  En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA COLUMNA DE RESPUESTAS.  <hr/>  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP636</div>	MAS CERCANO A LA CASA ----- 11 CERCANO AL MERCADO/TRABAJO ----- 12 TRANSPORTE DISPONIBLE ----- 13 PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ----- 21 INSTALACIONES MAS LIMPIAS ----- 22 OFRECE MEJOR PRIVACIDAD ----- 23 MENOR TIEMPO DE ESPERA ----- 24 HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ----- 25 PUEDE USAR OTROS SERVICIOS ALLI ----- 26 MENOR COSTO ----- 31 NO QUERIA QUE SE DIERAN CUENTA ----- 41 ES AFILIADA ----- 42 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE ----- 98	



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
637	ENTREVISTADORA REVISE 615 MARQUE EL MÉTODO QUE USA Y PREGUNTE <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP637</span>  ¿Cuánto le cuesta o costó (EL METODO) la ultima vez?  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 PILDORA</td> <td style="width: 50%;">4 NORPLANT</td> </tr> <tr> <td>2 DIU</td> <td>5 DIAFRAGMA / ESPUMA</td> </tr> <tr> <td>3 INYECCIONES</td> <td>6 PRESERVATIVO/CONDON</td> </tr> </table>	1 PILDORA	4 NORPLANT	2 DIU	5 DIAFRAGMA / ESPUMA	3 INYECCIONES	6 PRESERVATIVO/CONDON	COSTO ----- GRATIS ----- 9 9 9 9 6 NO SABE ----- 9 9 9 9 8	
1 PILDORA	4 NORPLANT								
2 DIU	5 DIAFRAGMA / ESPUMA								
3 INYECCIONES	6 PRESERVATIVO/CONDON								
<b>638P</b>	<b>PASE A 642</b>								
639	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no está usando un método de planificación familiar?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP639</span>  ESCRIBA AQUÍ TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y LUEGO CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL  _____ _____ _____ _____	NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 HISTERECTOMIZADA ----- 14 → 729 NO TIENE VIDA SEXUAL ----- 21 SEXO INFRECLENTE ----- 22 MENOPAUSICA/ MUY VIEJA ----- 23 → 729 SUBFERTIL/INFERTIL NO SE PUEDE EMBARAZAR ----- 24 → 729 POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25 DESEA MAS HIJ@S ----- 26 ESTA EMBARAZADA ----- 27 ELLA NO QUIERE ----- 31 EL ESPOSO/PAREJA NO QUIERE ----- 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33 POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34 NO CONOCE METODO ----- 41 NO CONOCE FUENTE ----- 42 PREOCUPACIONES DE SALUD/HACE DAÑO A LA SALUD - 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52 MUY CARO ----- 54 LE DA VERGÜENZA COMPRAR UN METODO ----- 55 ES RESPONSABILIDAD DE LA PAREJA ----- 56 FALTA DE ACCESO A SERVICIOS ----- 57 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98							
640	¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP640</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 642							
641	¿Cuál es el principal lugar que usted conoce?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP641</span>  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- 22 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 FARMACIA COMUNITARIA ----- 26 CASA COMADRONA ----- 41 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98							
642	¿Cree usted que dar de mamar (la lactancia materna) puede aumentar o disminuir las posibilidades de quedar embarazada?  <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP642</span>	AUMENTA LA POSIBILIDAD ----- 1 DISMINUYE POSIBILIDAD ----- 2 NO AFECTA LA POSIBILIDAD ----- 3 DEPENDE ----- 4 NO SABE ----- 8							

**SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A														
700F	<p>REVISE 604 PAG 29</p> <p>NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO</p> <p align="center">MP700F</p>		714														
701Y	<p><i>Ahora quiero que platiquemos acerca de su vida, pero en lo que piensa para el futuro.</i></p>																
702	<p>REVISE 334 (PAG. 10)</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>¿Quisiera usted tener un/a (otr@) hij@ o preferiría no tener (más) hij@s?      Después del hij@ que está esperando, ¿Quisiera usted tener otro hij@ o preferiría no tener más hij@s?</p> <p align="center">MP702</p>	<p>TENER UN (OTR@) HIJ@ ----- 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO ----- 2 → 704F</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 3 → 714</p> <p>INDECISA O NO SABE ----- 8 → 704F</p> <p align="center">MP702</p>															
703	<p>REVISE 702</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes de tener (un/otr@) hij@?      ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hij@ que está esperando, para tener otr@ hij@?</p> <p align="center">MP703</p>	<p>MESES ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AÑOS ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 714</p> <p>PRONTO/AHORA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>3</td></tr></table> → 705</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>4</td></tr></table></p> <p>DESPUES DE CASARSE ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>5</td></tr></table></p> <p>OTRO ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>6</td></tr></table></p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table></p>					9	3	9	4	9	5	9	6	9	8	
9	3																
9	4																
9	5																
9	6																
9	8																
704F	<p>REVISE 702</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ESTE EMBARAZADA</p> <p align="center">MP704F</p>		707														
705	<p>Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Se sentiría contenta, triste, preocupada o no le importaría?</p> <p align="center">MP705</p>	<p>CONTENTA ----- 1</p> <p>TRISTE ----- 2</p> <p>ENOJADA ----- 3</p> <p>PREOCUPADA ----- 4</p> <p>NO LE IMPORTARIA ----- 5</p> <p>NO SABE ----- 8</p>															
706F	<p>REVISE 615 PAG. 30</p> <p>ACTUALMENTE NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 615 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE</p> <p align="center">MP706F</p>		714														
707	<p>¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los próximos doce meses?</p> <p align="center">MP707</p> <p>(¿Al terminar este embarazo piensa usar un método para evitar embarazarse en los siguientes doce meses?)</p>	<p>SI ----- 1 → 709</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO SABE ----- 8</p>															
708	<p>¿Piensa usar en el futuro algún método para evitar quedar embarazada?</p> <p align="center">MP708</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2 → 711</p> <p>NO SABE ----- 3 → 711</p>															
709	<p>¿Cuál método preferiría utilizar?</p> <p align="center">MP709</p>	<p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09</p> <p>RETIRO ----- 10</p> <p>MELA ----- 11</p> <p>OTRO ----- 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO ESTA SEGURA ----- 98</p>															
710P	<p>PASE A 714</p>																



SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
711	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método?  <b>MP711</b>  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL	NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 NO TIENE VIDA SEXUAL ----- 21 SEXO INFRECUENTE ----- 22 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA / MUY VIEJA----- 23 SUBFERTIL/INFERTIL / NO PUEDE EMBARAZARSE---- 24 POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25 DESEA MAS HIJOS ----- 26 ELLA NO QUIERE ----- 31 EL ESPOSO/COMPAÑERO NO QUIERE ----- 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33 POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34 NO CONOCE METODO ----- 41 NO CONOCE FUENTE ----- 42 HACE DAÑO A LA SALUD ----- 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52 LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53 MUY CARO ----- 54 INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	→ 713
<b>712P</b>	<b>PASE A 714</b>		
713	¿Utilizaría un método si estuviese casada o unida?  <b>MP713</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
714	<b>REVISE 324 PAG. 8</b> SIN HIJ@S VIV@S <b>1</b> TIENE HIJ@S VIV@S <b>2</b>  Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?  Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijo/as y pudiera elegir cuántos tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.	<b>MP714</b> NUMERO ----- HASTA TENER UN VARÓN ----- 9 5 OTRO _____ 9 6 (ESPECIFIQUE) LO QUE DIOS QUIERA ----- 9 7 NINGUNO ----- 0 0	→ 716F → 716F → 726F → 716F
715	¿Cuántos le gustaría que fueran varones y cuántas que fueran mujeres?	No. DE VARONES ----- <b>MP715A</b> A No. DE MUJERES ----- <b>MP715B</b> B NO IMPORTA SEXO ----- <b>MP715C</b> C	
<b>716F</b>	<b>REVISE 201 Y 202 PAG 4</b> <b>MP716F</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>NO ESTA CASADA O UNIDA</b> <b>722F</b>		
<b>717F</b>	<b>REVISE 700F</b> <b>MP717F</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO</b> <b>729</b>		
718	<b>REVISE 334 PAG 10</b> NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <b>1</b> EMBARAZADA <b>2</b>  ¿Piensa que su esposo o pareja quisiera que usted tuviera un/a (otr@) hij@ o preferiría no tener (más) hij@s?  Después del hij@ que está esperando, ¿Piensa que su esposo o pareja quisiera que usted tuviera otro hij@ o preferiría no tener más hij@s?  <b>MP718</b>	TENER UN (OTR@) HIJ@ ----- 1 NO MAS/NINGUNO ----- 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 3 INDECISA O NO SABE ----- 8	→ 720



SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
719	Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Cómo piensa que sentiría su esposo o pareja: contento, triste, enojado, preocupado o no le importaría? <b>MP719</b>	CONTENTO ----- 1 TRISTE ----- 2 ENOJADO ----- 3 PREOCUPADO ----- 4 NO LE IMPORTARIA ----- 5 NO SABE ----- 8							
720	REVISE 714 SIN HIJ@S VIV@S <b>1</b> TIENE HIJ@S VIV@S <b>2</b> Si su esposo o pareja pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que usted tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? Si su esposo o pareja pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijo/as y pudiera elegir cuántos tendría en toda su vida ¿Cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.	<b>MP720</b> NUMERO ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HASTA TENER UN VARÓN ----- 9 5 → 722F OTRO _____ 9 6 → 722F (ESPECIFIQUE) LO QUE DIOS QUIERA ----- 9 7 → 722F NO SABE ----- 9 8 → 722F NINGUNO ----- 0 0 → 722F							
721	¿A su esposo o pareja, cuántos le gustaría que fueran varones y cuántas que fueran mujeres?	No. DE VARONES ----- <b>MP721A</b> A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> No. DE MUJERES ----- <b>MP721B</b> B <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NO IMPORTA SEXO ----- <b>MP721C</b> C <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
<b>722F</b>	REVISE 700F NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <b>1</b> <b>2</b> ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO <b>729</b> <b>MP722F</b>								
<b>723F</b>	REVISE 704 NO QUIERE TENER MAS HIJOS <b>1</b> <b>2</b> QUIERE (OTRO) HIJO O NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA <b>729</b> <b>MP723F</b>								
724	¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos? <b>MP724</b>	PROBLEMAS ECONÓMICOS----- 01 POR RAZONES DE SALUD ----- 02 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS----- 03 SE SIENTE VIEJA----- 04 SU TRABAJO NO LE PERMITE----- 05 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS----- 06 INESTABILIDAD CONYUGAL----- 07 POR QUE EL ESPOSO O PAREJA NO QUIERE ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98							
725	¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos? <b>MP725</b>	SI----- 1 NO----- 2 → 728							



**SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
726	<p>¿Cuál es la razón principal por la cual no se ha operado?</p> <p align="center"><b>MP726</b></p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p>	<p>MIEDO A LA OPERACIÓN----- 01</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES----- 02</p> <p>INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO----- 03</p> <p>MUY CARO ----- 04</p> <p>RAZONES RELIGIOSAS----- 06</p> <p>CERCA DE LA MENOPAUSIA----- 08</p> <p>PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES----- 09</p> <p>COMPAÑERO SE OPONE----- 10</p> <p>SIN VIDA SEXUAL----- 11</p> <p>ES TODAVÍA MUY JOVEN----- 12</p> <p>NUNCA PENSÓ EN ELLO----- 13</p> <p>NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO-- 14</p> <p>TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS----- 15</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE----- 98</p>	
<b>727P</b>	<b>PASE A 729</b>		
728	<p>¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?</p> <p align="center"><b>MP728</b></p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p>	<p>MIEDO A LA OPERACIÓN----- 01</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES----- 02</p> <p>INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO----- 03</p> <p>MUY CARO ----- 04</p> <p>RAZONES RELIGIOSAS----- 06</p> <p>CERCA DE LA MENOPAUSIA----- 08</p> <p>PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES----- 09</p> <p>COMPAÑERO SE OPONE----- 10</p> <p>SIN VIDA SEXUAL----- 11</p> <p>ES TODAVÍA MUY JOVEN----- 12</p> <p>NUNCA PENSÓ EN ELLO----- 13</p> <p>NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO-- 14</p> <p>TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS----- 15</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE----- 98</p>	
729	<p>¿En general, está usted de acuerdo con que las parejas usen métodos o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?</p> <p align="center"><b>MP729</b></p>	<p>ESTA DE ACUERDO ----- 1</p> <p>NO ESTA DE ACUERDO ----- 2</p> <p>SIN OPINION ----- 8</p>	
730	<p>¿Es aceptable para usted que se transmita por la <b>radio</b> información sobre planificación familiar?</p> <p>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita....?)</p>	<p>SI ----- <b>MP730</b> ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO SABE ----- 8</p>	
731	<p>¿Es aceptable para usted que se transmita por la <b>televisión</b> información sobre planificación familiar?</p> <p>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita....?)</p>	<p>SI ----- <b>MP731</b> ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO SABE ----- 8</p>	
732	<p>¿En los últimos 6 meses, ha conversado usted sobre la práctica de la planificación familiar con algun@ de sus familiares o amig@s?</p>	<p>SI ----- <b>MP732</b> ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	→ 734

**SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
733	¿Con quién? SONDEE: ¿Alguien más? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONA	ESOSO/COMPAÑERO ----- MP733A A MADRE ----- MP733B B PADRE ----- MP733C C HERMANAS ----- MP733D D HERMANOS ----- MP733E E HIJ@ ----- MP733F F SUEGR@ ----- MP733G G AMIG@S ----- MP733H H OTRO ----- MP733X X (ESPECIFIQUE)	
734	Según usted, ¿Cuánto tiempo es apropiado para esperar entre el nacimiento de un/a hij@ y otr@?  <b>MP734</b>	MESES ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> OTRO ----- 9 9 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 9 9 8	
<b>735F</b>	<b>REVISE 314F PAG.7</b>  AL MENOS UN EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 <b>MP735F</b> <input type="checkbox"/> 2 NO HA TENIDO NINGUN EMBARAZO <input type="checkbox"/> 800F		
736	¿Con su primer embarazo tuvo un hij@ nacid@ viv@, o un nacid@ muert@ o fue un aborto?  <b>MP736</b>	NACID@ VIV@ ----- 1 → 800F NACID@ MUERT@ ----- 2 → 800F PERDIDA O ABORTO ----- 3 EMBARAZO ECTOPICO ----- 4 → 800F AUN EMBARAZADA ----- 5 → 800F	
737	¿La pérdida o aborto fue espontánea o provocada?  <b>MP737</b>	ESPONTANEA ----- 1 PROVOCADA ----- 2	
738	¿Dónde la atendieron para el tratamiento de la pérdida o aborto?  <b>MP738</b>	EN CASA CON APOYO FAMILAR ----- 1 EN CASA CON APOYO DE MEDICO O ENFERMERA ----- 2 EN CASA CON APOYO DE COMADRONA ----- 3 EN PUESTO O CENTRO DE SALUD ----- 4 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO ----- 5 HOSPITAL PUBLICO ----- 6	
739	¿Pagó por la atención o tratamiento?  <b>MP739</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 741	
740	¿Cuánto pagó por la atención o tratamiento?  <b>MP740</b>	QUETZALES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	
741	¿Compró medicinas para el tratamiento?  <b>MP741</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 743	
742	¿Cuánto gastó en medicinas para el tratamiento?  <b>MP742</b>	QUETZALES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	
743	¿Tuvo tratamiento médico después del aborto?  <b>MP743</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 800F	
744	¿Cuánto gastó en el tratamiento después del aborto?  <b>MP744</b>	QUETZALES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	



**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																												
<b>800F</b>	<b>REVISE 102 Y 103 PAG.1</b> MUJER DE 15 A 24 AÑOS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP800F</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> MUJER DE 25 A 49 AÑOS	<b>835Y</b>																												
<b>801Y</b>	<i>Ahora le haré unas preguntas sobre temas de educación sexual y del inicio de su vida sexual.</i>																														
802	¿En la escuela o colegio, alguna vez recibió alguna lección, curso o charla sobre educación sexual?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP802</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO FUE A LA ESCUELA ----- 3 NO SABE NO RECUERDA ----- 8	→ 806 → 806 → 806																												
803	¿Qué edad tenía cuando recibió la primera lección, curso o charla?  <b>SI NO RECUERDA, SONDEAR EDAD,</b> Ej.: ¿hace cuánto tiempo fue el curso?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP803</span>	EDAD ----- <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ----- 98																													
804	¿En que grado estaba cuando recibió la primera lección, curso o charla en la escuela o colegio?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP804</span>	PRIMARIA ----- 1 SECUNDARIA BASICOS----- 2 DIVERSIFICADO ----- 3 SUPERIOR UNIVERSITARIA----- 4 NO RECUERDA ----- 8																													
805	¿En esa lección, curso o charla se comentó algo sobre:  a. Menstruación o regla b. Embarazo y el parto c. Relaciones sexuales d. Infecciones de transmisión sexual e. Métodos anticonceptivos f. El SIDA  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805B</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805C</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805E</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805F</span>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. MENSTRUACION O REGLA -----</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>B. EMBARAZO Y EL PARTO -----</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>C. RELACIONES SEXUALES -----</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>D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -</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>E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----</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>F. EL SIDA -----</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	A. MENSTRUACION O REGLA -----	1	2	8	B. EMBARAZO Y EL PARTO -----	1	2	8	C. RELACIONES SEXUALES -----	1	2	8	D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -	1	2	8	E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----	1	2	8	F. EL SIDA -----	1	2	8	
	SI	NO	NR																												
A. MENSTRUACION O REGLA -----	1	2	8																												
B. EMBARAZO Y EL PARTO -----	1	2	8																												
C. RELACIONES SEXUALES -----	1	2	8																												
D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -	1	2	8																												
E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----	1	2	8																												
F. EL SIDA -----	1	2	8																												
806	¿Fuera de la escuela o colegio ha participado en una lección, curso o charla sobre educación sexual?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP806</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE NO RECUERDA ----- 8	→ 810 → 810																												
807	¿Qué institución dio la lección, curso o charla?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807B</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807C</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807E</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807F</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807X</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP807Z</span>	ONG ----- A (ESPECIFIQUE) IGLESIA ----- B MSPAS ----- C INSTITUCIÓN EDUCATIVA ----- D APROFAM ----- E MUNICIPALIDAD ----- F OTRO: ----- X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA ----- Z																													
808	¿Qué edad tenía cuando participó la primera vez en esa lección, curso o charla?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP808</span>	EDAD----- <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 8																													
809	¿En esa lección, curso o charla se comentó algo sobre:  a. Menstruación o regla b. Embarazo y el parto c. Relaciones sexuales d. Infecciones de transmisión sexual e. Métodos anticonceptivos f. El SIDA  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805B</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805C</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805E</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP805F</span>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. MENSTRUACION O REGLA -----</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>B. EMBARAZO Y EL PARTO -----</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>C. RELACIONES SEXUALES -----</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>D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -</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>E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----</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>F. EL SIDA -----</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	A. MENSTRUACION O REGLA -----	1	2	8	B. EMBARAZO Y EL PARTO -----	1	2	8	C. RELACIONES SEXUALES -----	1	2	8	D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -	1	2	8	E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----	1	2	8	F. EL SIDA -----	1	2	8	
	SI	NO	NR																												
A. MENSTRUACION O REGLA -----	1	2	8																												
B. EMBARAZO Y EL PARTO -----	1	2	8																												
C. RELACIONES SEXUALES -----	1	2	8																												
D. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -	1	2	8																												
E. METODOS ANTICONCEPTIVOS -----	1	2	8																												
F. EL SIDA -----	1	2	8																												



**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																
810	¿En su opinión cuál es el método anticonceptivo mas adecuado para los adolescentes hombres?  ¿Cual es el método anticonceptivo mas adecuado para las adolescentes mujeres?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">HOMBRE</td> <td align="right">MUJER</td> </tr> <tr> <td>PILDORA -----</td> <td align="right">MP810H 01</td> <td align="right">01</td> </tr> <tr> <td>DIU -----</td> <td align="right">02</td> <td align="right">02</td> </tr> <tr> <td>INYECCIONES -----</td> <td align="right">03</td> <td align="right">03</td> </tr> <tr> <td>NORPLANT (IMPLANTES) -----</td> <td align="right">04</td> <td align="right">04</td> </tr> <tr> <td>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----</td> <td align="right">05</td> <td align="right">05</td> </tr> <tr> <td>PRESERVATIVO (CONDON) -----</td> <td align="right">06</td> <td align="right">06</td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACION FEMENINA -----</td> <td align="right">07</td> <td align="right">07</td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACION MASCULINA -----</td> <td align="right">08</td> <td align="right">08</td> </tr> <tr> <td>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----</td> <td align="right">09</td> <td align="right">09</td> </tr> <tr> <td>RETIRO -----</td> <td align="right">10</td> <td align="right">10</td> </tr> <tr> <td>MELA -----</td> <td align="right">11</td> <td align="right">11</td> </tr> <tr> <td>NINGUN METODO -----</td> <td align="right">12</td> <td align="right">12</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td align="right">96</td> <td align="right">96</td> </tr> <tr> <td align="center">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">98</td> <td align="right">98</td> </tr> </table>		HOMBRE	MUJER	PILDORA -----	MP810H 01	01	DIU -----	02	02	INYECCIONES -----	03	03	NORPLANT (IMPLANTES) -----	04	04	DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----	05	05	PRESERVATIVO (CONDON) -----	06	06	ESTERILIZACION FEMENINA -----	07	07	ESTERILIZACION MASCULINA -----	08	08	ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----	09	09	RETIRO -----	10	10	MELA -----	11	11	NINGUN METODO -----	12	12	OTRO _____	96	96	(ESPECIFIQUE)			NO SABE -----	98	98	MP810H
	HOMBRE	MUJER																																																	
PILDORA -----	MP810H 01	01																																																	
DIU -----	02	02																																																	
INYECCIONES -----	03	03																																																	
NORPLANT (IMPLANTES) -----	04	04																																																	
DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----	05	05																																																	
PRESERVATIVO (CONDON) -----	06	06																																																	
ESTERILIZACION FEMENINA -----	07	07																																																	
ESTERILIZACION MASCULINA -----	08	08																																																	
ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----	09	09																																																	
RETIRO -----	10	10																																																	
MELA -----	11	11																																																	
NINGUN METODO -----	12	12																																																	
OTRO _____	96	96																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																			
NO SABE -----	98	98																																																	
811	En su opinión. ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales? <span style="float:right">MP811</span>	<table border="0"> <tr> <td>SI -----</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>NO -----</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>	SI -----	1	NO -----	2	NO SABE -----	8																																											
SI -----	1																																																		
NO -----	2																																																		
NO SABE -----	8																																																		
812	¿En qué mes y año tuvo usted su primera relación sexual con un hombre? <span style="float:right">MP812R</span>	<table border="0"> <tr> <td>ENTREVISTADA DA FECHA -----</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>MES -----</td> <td align="right">MP812M <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE MES -----</td> <td align="right">9 8</td> </tr> <tr> <td>AÑO -----</td> <td align="right">MP812A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIO -----</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>NUNCA HA TENIDO RELACIONES-----</td> <td align="right">3</td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA -----</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>	ENTREVISTADA DA FECHA -----	1	MES -----	MP812M <input type="text"/> <input type="text"/>	NO SABE MES -----	9 8	AÑO -----	MP812A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIO -----	2	NUNCA HA TENIDO RELACIONES-----	3	NO RECUERDA -----	8	900Y																																		
ENTREVISTADA DA FECHA -----	1																																																		
MES -----	MP812M <input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
NO SABE MES -----	9 8																																																		
AÑO -----	MP812A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIO -----	2																																																		
NUNCA HA TENIDO RELACIONES-----	3																																																		
NO RECUERDA -----	8																																																		
813	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre? <span style="float:right">MP813</span>	<table border="0"> <tr> <td>EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----</td> <td align="right"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">9 8</td> </tr> </table>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----	<input type="text"/> <input type="text"/>	NO SABE -----	9 8																																													
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
NO SABE -----	9 8																																																		
814	¿Qué edad tenía el hombre con quien tuvo la primera relación sexual? <span style="float:right">MP814</span>	<table border="0"> <tr> <td>EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----</td> <td align="right"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">9 8</td> </tr> </table>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----	<input type="text"/> <input type="text"/>	NO SABE -----	9 8																																													
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
NO SABE -----	9 8																																																		
815	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento? <span style="float:right">MP815</span>	<table border="0"> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO-----</td> <td align="right">01</td> </tr> <tr> <td>PROMETIDO-----</td> <td align="right">02</td> </tr> <tr> <td>NOVIO-----</td> <td align="right">03</td> </tr> <tr> <td>AMIGO-----</td> <td align="right">04</td> </tr> <tr> <td>COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO -----</td> <td align="right">05</td> </tr> <tr> <td>AMANTE -----</td> <td align="right">06</td> </tr> <tr> <td>FAMILIAR -----</td> <td align="right">07</td> </tr> <tr> <td>JEFE -----</td> <td align="right">08</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO -----</td> <td align="right">09</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td align="right">96</td> </tr> <tr> <td align="center">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA-----</td> <td align="right">98</td> </tr> </table>	ESPOSO/COMPAÑERO-----	01	PROMETIDO-----	02	NOVIO-----	03	AMIGO-----	04	COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO -----	05	AMANTE -----	06	FAMILIAR -----	07	JEFE -----	08	DESCONOCIDO -----	09	OTRO _____	96	(ESPECIFIQUE)		NO RECUERDA-----	98																									
ESPOSO/COMPAÑERO-----	01																																																		
PROMETIDO-----	02																																																		
NOVIO-----	03																																																		
AMIGO-----	04																																																		
COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO -----	05																																																		
AMANTE -----	06																																																		
FAMILIAR -----	07																																																		
JEFE -----	08																																																		
DESCONOCIDO -----	09																																																		
OTRO _____	96																																																		
(ESPECIFIQUE)																																																			
NO RECUERDA-----	98																																																		
816	¿Su primera relación sexual ocurrió por que su pareja y usted lo decidieron juntos, usted lo convenció, él la convenció, su pareja la obligó o fue forzada o violada <span style="float:right">MP816</span>	<table border="0"> <tr> <td>DECIDIERON JUNTOS-----</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>ELLA LO CONVENCIO -----</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>EL LA CONVENCIO -----</td> <td align="right">3</td> </tr> <tr> <td>EL LA OBLIGO -----</td> <td align="right">4</td> </tr> <tr> <td>FORZADA O VIOLADA -----</td> <td align="right">5</td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>	DECIDIERON JUNTOS-----	1	ELLA LO CONVENCIO -----	2	EL LA CONVENCIO -----	3	EL LA OBLIGO -----	4	FORZADA O VIOLADA -----	5	NO SABE -----	8	822F																																				
DECIDIERON JUNTOS-----	1																																																		
ELLA LO CONVENCIO -----	2																																																		
EL LA CONVENCIO -----	3																																																		
EL LA OBLIGO -----	4																																																		
FORZADA O VIOLADA -----	5																																																		
NO SABE -----	8																																																		
817	¿Usó usted o su pareja algún método para prevenir enfermedad de transmisión sexual o embarazo durante esa primera relación sexual? <span style="float:right">MP817</span>	<table border="0"> <tr> <td>SI -----</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>NO -----</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE -----</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>	SI -----	1	NO -----	2	NO SABE -----	8	820 822F																																										
SI -----	1																																																		
NO -----	2																																																		
NO SABE -----	8																																																		



**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
818	¿Por qué no hicieron algo o no usaron un método para evitar tener hij@s en esa primera relación? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP818</div> ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL <hr/> <hr/>	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO --- 01 NO CONOCIA NINGUN METODO ----- 02 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD ----- 03 QUERIA TENER UN HIJ@ ----- 04 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON ANTICONCEP --- 05 QUERIA USAR PERO NO CONSIGUIO ----- 06 OPOSICION DE LA PAREJA ----- 07 PENSABA QUE NO PODIA EMBARAZARSE ----- 08 NO TENIA DINERO ----- 09 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO ----- 10 LA RELIGION NO SE LO PERMITIA ----- 11 NO QUERIA USAR/NO LE GUSTABA ----- 12 ERA LA PRIMERA VEZ ----- 13 POR QUE ESTABA TOMADA/O ----- 14 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	PASE A
<b>819P</b>	<b>PASE A 822F</b>		
820	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la primera relación sexual? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP820</div>	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 PASTILLAS DE EMERGENCIA ----- 12 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA ----- 98 → 822F	
821	¿Quién decidió usar el método en esa primera relación sexual? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP821</div>	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 LOS DOS ----- 3 NO RECUERDA ----- 9	
<b>822F</b>	REVISE 314F PAG. 7 Y 334 PAG. 10 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <span style="color: red;">ALGUNA VEZ EMBARAZADA</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP822F</span> </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> <span style="color: red;">NUNCA EMBARAZADA/ NO ESTA SEGURA SI ESTA EMBARAZADA</span> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">→ 844</div>		
823	Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP823</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
824	Cuando se embarazó por primera vez, ¿Pensó que podía quedar embarazada? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP824</div>	SI ----- 1 → 826 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	



**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
825	¿Por qué pensó que no podía quedar embarazada? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP825</span>	ERA LA PRIMERA VEZ ----- 01 NO TENIA RELACIONES FRECUENTES ----- 02 USO ANTICONCEPTIVOS ----- 03 CREIA NO ESTAR EN SU PERIODO FERTIL ----- 04 CREIA QUE NO TENIA EDAD ----- 05 SU PAREJA LE DIJO QUE NO LA EMBARAZABA ----- 06 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
826	¿Qué edad tenía el hombre que la embarazó la primera vez? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP826</span>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
827	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP827</span>	ESPOSO/COMPAÑERO----- 01 PROMETIDO----- 02 NOVIO----- 03 AMIGO----- 04 COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO ----- 05 AMANTE ----- 06 FAMILIAR ----- 07 JEFE ----- 08 DESCONOCIDO ----- 09 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA----- 98	→ 832         → 832 → 832
828	¿Su pareja /compañero vivía con usted cuando quedó embarazada por primera vez? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP828</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	
829	¿Ahora viven juntos en el mismo hogar? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP829</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 832
830	¿Mantiene relaciones amigables con él? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP830</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	
831	¿Le da /dio algún apoyo económico, afectivo o los dos? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP831</span>	SOLO ECONOMICO ----- 1 SOLO AFECTIVO ----- 2 AMBOS ----- 3 NINGUNO ----- 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
832	¿Con el primer embarazo, quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería el embarazo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP832</span>	QUERIA EN ESE MOMENTO ----- 1 ESPERAR MAS TIEMPO ----- 2 NO LO QUERIA ----- 3 NO SABE ----- 8	→ 834P
833	¿Pensó en interrumpir el embarazo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP833</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 8	
<b>834P</b>	<b>PASE A 844</b>		
<b>835Y</b>	<b>Ahora le haré unas preguntas sobre temas de educación sexual y del inicio de su vida sexual.</b>		
836	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP836</span>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8	→ 900Y
837	¿Qué edad tenía el hombre con quien tuvo su primera relación sexual? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP837</span>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	



**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
838	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP838</span>	ESPOSO/COMPAÑERO----- 04 PROMETIDO----- 03 NOVIO----- 02 AMIGO----- 01 COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO ----- 05 AMANTE ----- 06 FAMILIAR ----- 07 JEFE ----- 08 DESCONOCIDO ----- 09 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
839	¿Su primera relación sexual ocurrió por que su pareja y usted lo <b>decidieron juntos, usted lo convenció, él la convenció, su pareja la obligó</b> o fue <b>forzada o violada</b> ? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP839</span>	DECIDIERON JUNTOS----- 1 ELLA LO CONVENCIO ----- 2 EL LA CONVENCIO ----- 3 EL LA OBLIGO ----- 4 FORZADA O VIOLADA ----- 5 NO SABE ----- 8	→ 844
840	¿Cuál fue el método para prevenir enfermedades o un embarazo que usó usted o su pareja en su primera relación sexual? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP840</span>  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 PASTILLAS DE EMERGENCIA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NINGUNO ----- 97 NO RECUERDA ----- 98	→ 843 → 843
841	¿Quién decidió usar el método en esa primera relación sexual? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP841</span>	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 LOS DOS ----- 3 NO RECUERDA ----- 8	
<b>842P</b>	<b>PASE A 844</b>		

**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A										
843	¿Por qué no hicieron algo o no usaron un método para evitar tener hij@s en esa primera relación? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP843</div> ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL <hr/> <hr/>	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO ---- 01 NO CONOCIA NINGUN METODO ----- 02 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD ----- 03 QUERIA TENER UN HIJ@ ----- 04 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON ANTICONCEP ---- 05 QUERIA USAR PERO NO CONSIGUIO ----- 06 OPOSICION DE LA PAREJA ----- 07 PENSABA QUE NO PODIA EMBARAZARSE ----- 08 NO TENIA DINERO ----- 09 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO ----- 10 LA RELIGION NO SE LO PERMITIA ----- 11 NO QUERIA USAR/NO LE GUSTABA ----- 12 ERA LA PRIMERA VEZ ----- 13 POR QUE ESTABA TOMADA/O ----- 14 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98											
844	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? (SI ES MENOS DE 24 HORAS ESCRIBA "00" EN EL RECUADRO DIAS) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP844</div>	DIAS ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMANAS ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES ----- 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ----- 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>									9	8	→ 847F → 847F
9	8												
845	¿Con cuántos hombres tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP845</div>	NÚMERO DE HOMBRES ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NO RECUERDA PERO POR LO MENOS 3 ----- 55 NO RESPONDE ----- 98											
846	¿Desde el inicio de su vida sexual, con cuántos hombres tuvo relaciones sexuales? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP846</div> (SI LA ENTREVISTADA NO SE RECUERDA EL NÚMERO ES EXACTO PREGUNTE SI ES MAS O MENOS DE 10)	NÚMERO DE HOMBRES----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MENOS DE DIEZ ----- 55 MAS DE DIEZ ----- 66 NO SABE NO RECUERDA ----- 98											
847F	VEA EN 844 HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ULTIMA RELACIÓN SEXUAL: <div style="text-align: right; border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP847F</div>	HACE MENOS DE UN AÑO----- 1 HACE UN AÑO O MÁS----- 2	→ 900Y → 900Y										
848	¿Usó condón en su última relación sexual? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP848</div>	SI----- 1 NO----- 2	→ 900Y										
849	¿Por qué no usó condon en su última relación sexual? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MP849</div>	NO SABE DONDE OBTENERLO----- 01 DÍFICIL DE OBTENER----- 02 ES CARO / COSTO----- 03 TIENE UNA SOLA PAREJA----- 04 USA (USABA) OTRO MÉTODO----- 05 DISMINUYE EL PLACER / INCÓMODO----- 06 NO ES SEGURO----- 07 ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO----- 08 SU PAREJA ES FIEL----- 09 A SU PAREJA NO LE GUSTA----- 10 NO TENÍA EN ESE MOMENTO----- 11 NUNCA LO HA USADO----- 12 ESTA HISTERECTOMIZADA ----- 13 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)											



**SECCION 9. SALUD DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A																												
<b>900Y</b>	<b><i>Cambiando de tema, le voy a hacer algunas preguntas de su salud como mujer.</i></b>																														
901	¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas?  <b>MP901</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 906																												
902	¿En los últimos 30 días ha tomado bebidas alcohólicas?  <b>MP902</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 906																												
903	¿Qué licor o bebida ha tomado durante los últimos 30 días?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  <b>MP903A</b> <b>MP903B</b> <b>MP903C</b> <b>MP903D</b> <b>MP903E</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">BEBIDA</th> <th colspan="2">CODIGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Y NO RECUERDA -----</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	BEBIDA		CODIGO		A	_____			B	_____			C	_____			D	_____			E	_____			Y NO RECUERDA -----		9	8	→ 905
BEBIDA		CODIGO																													
A	_____																														
B	_____																														
C	_____																														
D	_____																														
E	_____																														
Y NO RECUERDA -----		9	8																												
904	¿La última vez que tomó (NOMBRE DE BEBIDA MENCIONADA) qué cantidad consumió?  REVISE 903 ESCRIBA LA CANTIDAD EN LOS RECUADROS Y LA UNIDAD EN EL ESPACIO EN BLANCO.  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  <b>MP904AN</b> <b>MP904BN</b> <b>MP904CN</b> <b>MP904DN</b> <b>MP904EN</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NUMERO</th> <th>UNIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td></td> <td><b>MP904AU</b></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td><b>MP904BU</b></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td><b>MP904CU</b></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td><b>MP904DU</b></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> <td><b>MP904EU</b></td> </tr> </tbody> </table>		NUMERO	UNIDAD	A		<b>MP904AU</b>	B		<b>MP904BU</b>	C		<b>MP904CU</b>	D		<b>MP904DU</b>	E		<b>MP904EU</b>											
	NUMERO	UNIDAD																													
A		<b>MP904AU</b>																													
B		<b>MP904BU</b>																													
C		<b>MP904CU</b>																													
D		<b>MP904DU</b>																													
E		<b>MP904EU</b>																													
905	¿Con qué frecuencia llega usted tomada o ebria al hogar?  <b>MP905</b>	ALGUNAS VECES AL AÑO ----- 01 UNA VEZ AL MES ----- 02 UNA VEZ A LA QUINCENA ----- 03 UNA VEZ A LA SEMANA ----- 04 CADA FIN DE SEMANA ----- 05 CASI DIARIO ----- 06 NUNCA ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)																													
906	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?  <b>MP906</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 910																												
907	¿Durante los últimos 30 días, ha fumado cigarrillos?  <b>MP907</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 910																												
908	Durante los últimos 30 días, en promedio ¿Cuántos cigarrillos fumó usted por día?  <b>MP908</b>	NUMERO ----- FUMA OCASIONALMENTE ----- OTRO ----- NO RECUERDA -----	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>			9	5	9	6	9	8																				
9	5																														
9	6																														
9	8																														
910	En las <b>últimas cuatro semanas</b> ¿ha tomado algún medicamento o remedio para:  a) Ayudarle a calmarse o para dormir? b) Calmar algún dolor? c) Ayudarla a no sentirse triste o deprimida?  <b>MP910A</b> <b>MP910B</b> <b>MP910C</b>  PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA, INDAGUE:  ¿Con que frecuencia? ¿Una o dos veces, algunas veces o muchas veces?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NO</th> <th>UNA O DOS VECES</th> <th>POCAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) PARA DORMIR -----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>B) PARA ALGUN DOLOR ----</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>C) PARA LA DEPRESION ---</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		NO	UNA O DOS VECES	POCAS VECES	MUCHAS VECES	A) PARA DORMIR -----	1	2	3	4	B) PARA ALGUN DOLOR ----	1	2	3	4	C) PARA LA DEPRESION ---	1	2	3	4									
	NO	UNA O DOS VECES	POCAS VECES	MUCHAS VECES																											
A) PARA DORMIR -----	1	2	3	4																											
B) PARA ALGUN DOLOR ----	1	2	3	4																											
C) PARA LA DEPRESION ---	1	2	3	4																											
911	En las <b>últimas cuatro semanas</b>  ¿Ha consultado usted con alguien porque se sentía enferma?  SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDAGUE: ¿Con quien? con un doctor u otro profesional de salud, de farmacia o curandero  ¿Además consultó a otra persona?	MEDICO ----- ENFERMERA O AUXILIAR----- PSICOLOGO ----- FARMACEUTICO ----- CURANDERO ----- NO CONSULTO A NADIE----- OTRO ----- (ESPECIFIQUE)	<b>MP911A</b> A <b>MP911B</b> B <b>MP911C</b> C <b>MP911D</b> D <b>MP911E</b> E <b>MP911F</b> F <b>MP911X</b> X																												

**SECCION 9. SALUD DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS				PASE A
912	¿Cuánto tiempo le lleva ir a la farmacia más cercana? ¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir? NOMBRE _____	MINUTOS ----- 1 HORAS ----- 2 NO SABE ----- 9	TIEMPO 9 8	CODIGOS 1. BUS 2. CARRO 3. MOTO 4. TUCTUC 5. A PIE 6. OTRO	MEDIO <input type="checkbox"/> <b>MP912B</b>	
913	¿Cuánto tiempo le lleva ir al puesto de salud más cercano? ¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir? NOMBRE _____	MINUTOS ----- 1 HORAS ----- 2 NO SABE ----- 9	TIEMPO 9 8	CODIGOS 1. BUS 2. CARRO 3. MOTO 4. TUCTUC 5. A PIE 6. OTRO	MEDIO <input type="checkbox"/> <b>MP913B</b>	
914	¿Cuánto tiempo le lleva ir al centro de salud más cercano? ¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir? NOMBRE _____	MINUTOS ----- 1 HORAS ----- 2 NO SABE ----- 9	TIEMPO 9 8	CODIGOS 1. BUS 2. CARRO 3. MOTO 4. TUCTUC 5. A PIE 6. OTRO	MEDIO <input type="checkbox"/> <b>MP914B</b>	
915	¿Cuánto tiempo le lleva ir al hospital más cercano? ¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir? NOMBRE _____	MINUTOS ----- 1 HORAS ----- 2 NO SABE ----- 9	TIEMPO 9 8	CODIGOS 1. BUS 2. CARRO 3. MOTO 4. TUCTUC 5. A PIE 6. OTRO	MEDIO <input type="checkbox"/> <b>MP915B</b>	
<b>916Y</b>	<b>Las siguientes preguntas están relacionadas con otros problemas que pueden haber estado molestandole en las últimas cuatro semanas.</b>					
<b>917</b>	En las <b>últimas 4 semanas</b> usted en algún momento .....	<b>918</b>				¿Con qué frecuencia le ha pasado en las últimas 4 semanas?
<b>SI RESPONDE SI EN 917, PREGUNTE 918</b>		<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>POCAS VECES</b>	<b>NO RESPONDE</b>	
a) ¿Ha tenido dolores de cabeza con frecuencia?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917A</b>	1 <b>MP918A</b>	2	3	8	
b) ¿Ha tenido poco apetito?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917B</b>	1 <b>MP918B</b>	2	3	8	
c) ¿Ha tenido problemas para dormir?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917C</b>	1 <b>MP918C</b>	2	3	8	
d) ¿Se ha sentido nerviosa, tensa o preocupada?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917D</b>	1 <b>MP918D</b>	2	3	8	
e) ¿Ha tenido mala digestión? (todo le cae mal al estomago)	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917E</b>	1 <b>MP918E</b>	2	3	8	
f) ¿Ha tenido tristeza o depresión?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917F</b>	1 <b>MP918F</b>	2	3	8	
g) ¿Ha llorado más de lo usual?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917G</b>	1 <b>MP918G</b>	2	3	8	
h) ¿Se ha sentido cansada más de lo normal?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917H</b>	1 <b>MP918H</b>	2	3	8	
i) ¿Alguna vez en su vida ha pensado o intentado suicidarse?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↓ <b>MP917I</b>	1 <b>MP918I</b>	2	3	8	
<b>919Y</b>	<b>Las siguientes preguntas están relacionadas con el cáncer de matriz y el cáncer de mama.</b>					
920	¿Ha oído hablar del examen para diagnosticar cáncer en la matriz, papanicolau o ácido acético (IVAA) que se realizan las mujeres? <b>MP920</b>	SI ----- 1 NO ----- 2				→ 928
921	¿Se ha hecho alguna vez en su vida éste examen? <b>MP921</b> SI LA RESPUESTA ES SI PREGUNTE SI FUE PAPANICOLAU O ÁCIDO ACÉTICO	SI, PAPANICOLAU ----- 1 SI, ACIDO ACETICO ----- 2 SI, NO RECUERDA EL METODO ----- 3 NO ----- 4				→ 924 → 924 → 924



**SECCION 9. SALUD DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A								
922	¿Por qué no se ha hecho un examen de papanicolau o ácido acético (IVAA)? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP922</span>	NO SABE QUE ES ----- 01 NO SABE DONDE LO HACEN ----- 02 LE DA VERGÜENZA ----- 03 NO CREE QUE ES IMPORTANTE ----- 04 POR LA DISTANCIA ----- 05 FALTA DE DINERO ----- 06 MUY JOVEN / SIN VIDA SEXUAL ----- 07 NO TIENE LA EDAD / ES MUY JOVEN ----- 08 FALTA DE TIEMPO ----- 09 TIENE MIEDO DEL EXAMEN ----- 10 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98									
<b>923P</b>	<b>PASE A 928</b>										
924	¿Qué edad tenía cuando se hizo el examen de papanicolau/ ácido acético (IVAA) por primera vez?	EDAD EN AÑOS ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP924</span> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8									
925	¿Hace cuánto tiempo se hizo por última vez el examen de papanicolau/ ácido acético (IVAA)? SI LE DICE LA FECHA, CALCULE PARA ANOTAR LOS DIAS, MESES O AÑOS QUE CORRESPONDAN FECHA:	DIAS ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP925</span> ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AÑOS ----- 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td></tr></table>							9	8	
9	8										
926	¿En qué lugar le hicieron el examen? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP926</span>  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR ----- 23 APROFAM ----- 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA ----- 98									
927	¿Qué le dijeron cuando le entregaron el resultado del examen? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP927</span>	NO HA RECIBIDO LOS RESULTADOS ----- 01 RESULTADO NEGATIVO (NORMAL) ----- 02 DEBIA REPETIRLO INMEDIATAMENTE ----- 03 DEBIA REPETIRLO EN MENOS DE UN AÑO ----- 04 LA TENIAN QUE OPERAR ----- 05 ESTABA ENFERMA ----- 06 QUE TENIA CANCER ----- 07 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98									
928	¿Ha oído hablar del cáncer de mama (de seno o de los pechos)? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP928</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 9									
929	¿En alguna consulta de salud, alguna vez le han examinado los pechos? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP929</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 9									
930	¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos usted sola? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP930</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 9	→ 932Y → 932Y								



SECCION 9. SALUD DE LA MUJER

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A		
931	¿Hace cuánto tiempo se hizo el examen usted misma? <b>MP931</b>	DIAS ----- 1 SEMANAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NUNCA SE LO HA HECHO ----- 9 9 7 NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 9 8			
<b>932Y</b>	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de algunas vacunas para usted.</b>				
932A	¿Se vacunó contra Sarampión y Rubéola (SR) en la campaña de abril y mayo 2007? <b>MP932A</b> <b>PIDA QUE LE MUESTRE EL CARNET DE VACUNACION A LA ENTREVISTADA</b>	SI Y MUESTRA CARNET ----- 1 SI Y NO MUESTRA CARNET ----- 2 NO ----- 2 NO, FUERA DEL RANGO DE EDAD + DE 39 AÑOS ----- 3 NO, ESTABA EMBARAZADA ----- 4	933 933 933 933		
932B	¿Por qué no se vacunó contra el sarampión y rubéola durante la campaña de abril y mayo 2007? <b>MP932B</b>	POR MIEDO ----- 1 LA RELIGIÓN NO LE PERIMITE ----- 2 NO LLEGARON A VACUNAR DONDE ESTABA ----- 3 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)			
933	REVISE 314F PAG. 7 HA TENIDO UN O MAS EMBARAZOS <b>1</b> NO HA TENIDO EMBARAZOS <b>2</b> A partir de los 10 años, en la época en que no ha estado embarazada, ¿Usted recibió alguna inyección en el brazo para evitar el tétanos? A partir de los 10 años, ¿Usted recibió alguna inyección en el brazo para evitar el tétanos? <b>MP933</b>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	935F 935F		
934	¿Cuántas veces ha recibido la inyección en el brazo para evitar el tétanos? <b>MP934</b>	NUMERO DE VECES (INYECCIONES) ----- NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8			
<b>935F</b>	REVISE 102 Y 103 PAG.1 MUJER DE 30 A 49 AÑOS <b>1</b> <b>MP935F</b> <b>2</b> MUJER DE 15 A 29 AÑOS 943Y				
<b>936Y</b>	<b>Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con algunos exámenes de salud.</b>				
937	¿Alguna vez un medico, una enfermera u otro profesional de la salud le han hecho un examen para saber si tiene problemas de .....? SI LA RESPUESTA ES SI, SI NO/NO SABE	938 ¿Hace cuanto tiempo se hizo este examen? HACE CUANTO TIEMPO	939 ¿Cual fue el resultado del examen de....? NORMAL ANORMAL NS/NR	940 ¿Con ese resultado qué le recomendaron? CODIGO	941 ¿A dónde acude para tratar este problema de salud? CODIGO
1. DIABETES (GLUCOSA) (Azúcar en la sangre) <b>MP937_01</b>	1 2 <b>MP938_01</b>	MESES 1 AÑOS 2 <b>MP938_01</b>	1 2 VALOR NO SABE 9 9 <b>MP939_01</b> <b>MP939_01V</b>	<b>MP940_01</b> Si Cod= 0	<b>MP941_01</b>
2. COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS (Grasa en la sangre) <b>MP937_02</b>	1 2 <b>MP938_02</b>	MESES 1 AÑOS 2 <b>MP938_02</b>	1 2 VALOR NO SABE 9 9 <b>MP939_02</b> <b>MP939_02V</b>	<b>MP940_02</b> Si Cod= 0	<b>MP941_02</b>
3. HIPERTENSION ARTERIAL (Presión alta) <b>MP937_03</b>	1 2 <b>MP938_03</b>	MESES 1 AÑOS 2 <b>MP938_03</b>	1 2 VALOR NO SABE 9 9 <b>MP939_03</b> <b>MP939_03VA</b> <b>MP939_03VB</b>	<b>MP940_03</b> Si Cod= 0	<b>MP941_03</b>
4. OSTEOPOROSIS (Examen de los huesos) <b>MP937_04</b>	1 2 <b>MP938_04</b>	MESES 1 AÑOS 2 <b>MP938_04</b>	1 2 <b>MP939_04</b>	<b>MP940_04</b> Si Cod= 0	<b>MP941_04</b>
<b>CODIGOS PREGUNTA 940</b> 1. DEBE REPETIRLOS 2. LA REFIRIERON A HOSPITAL 3. LA REFIRIERON A ESPECIALISTA 4. LE DIERON TRATAMIENTO 0. NO LE RECOMENDARON NADA		<b>CODIGOS PREGUNTA 941</b> 1. HOSPITAL PUBLICO 2. CENTRO DE SALUD 3. PUESTO DE SALUD 4. IGSS 5. HOSPITAL PRIVADO 6. CLINICA PRIVADA 7. CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR 8. APROFAM 9. OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE)			
942	POR LO MENOS UN SI EN 937, PREGUNTE: ¿En total, aproximadamente cuánto gastó en exámenes de laboratorio y tratamiento en el mes anterior? <b>MP942</b>	QUETZALES ----- NO SABE/NO RESPONDE ----- 9 9 9 8			



**SECCION 9. SALUD DE LA MUJER**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A																				
<b>943Y</b>	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su peso.</b>																						
944	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se pesó?  <b>MP944</b>	DIA ----- 1 MES ----- 2 AÑO ----- 3 NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 9 8 NUNCA SE HA PESADO ----- 9 9 9	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
945	¿La última vez que consulto con un médico o enfermera u otro profesional de la salud le dijo si está pasada de peso, bien de peso o está baja de peso?  <b>MP945</b>	SOBREPESO ----- 1 NORMAL ----- 2 BAJO PESO ----- 3 NO LE DIJO NADA ----- 4 NO HA CONSULTADO CON NADIE ----- 5	→ 949 → 949 → 949																				
947	¿Actualmente está siguiendo algún programa o tratamiento para bajar de peso?  <b>MP947</b>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 949																				
948	¿Qué programa es el que está siguiendo?  <b>MP948A</b> <b>MP948B</b> <b>MP948C</b> <b>MP948D</b> <b>MP948E</b> <b>MP948X</b>	EJERCICIOS ----- 1 DIETA RECOMENDADA POR PROFESIONAL --- 2 PASTILLAS REDUCTORAS / PARCHES ----- 3 BATIDOS ----- 4 DIETA SIN RECOMENDACIÓN PROFESIONAL - 5 OTRA ----- 6  (ESPECIFIQUE)																					
949	¿Actualmente cuánto cree que usted pesa?  <b>MP949</b>	PESO EN LIBRAS ----- NO SABE ----- 9 9 8	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
950	¿Cuánto cree usted que debería pesar?  <b>MP950</b>	PESO EN LIBRAS ----- NO SABE ----- 9 9 8	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
951	¿Cuánto le gustaría pesar?  <b>MP951</b>	PESO EN LIBRAS ----- NO SABE ----- 9 9 8	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
952	¿El peso que tiene actualmente le ha provocado: burlas, ofensas o situaciones molestas?  <b>SI DICE QUE SI, PREGUNTE:</b> ¿Quien o quienes se burlan de usted?	SI, PADRE ----- SI, MADRE ----- SI, PAREJA ----- SI, HERMANOS/ HERMANAS ----- SI, AMIGOS O AMIGAS ----- SI, OTROS FAMILIARES ----- NO -----	<b>MP952A</b> 1 <b>MP952B</b> 2 <b>MP952C</b> 3 <b>MP952D</b> 4 <b>MP952E</b> 5 <b>MP952F</b> 6 <b>MP952Z</b> 7																				
953	¿Aproximadamente cuánto tiempo camina usted al día?  <b>MP953</b>	MENOS DE 1 HORA ----- 1 DE 1 A 2 HORAS ----- 2 MAS DE 2 HORAS ----- 3																					
954	Aproximadamente cuanto tiempo pasa sentada al día?  <b>MP954A</b> <b>MP954B</b> <b>MP954C</b>	EN EL TRABAJO ----- VIENDO TELEVISION --- DESCANSANDO -----	<table border="1"><tr><td colspan="2">HORAS O MINUTOS</td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table>	HORAS O MINUTOS		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
HORAS O MINUTOS																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																				



**SECCION 10 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A
1000Y	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es decir, de las enfermedades que pueden ser contraídas al momento de tener contacto sexual con otra persona.</b>		
1001V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENTREVISTADORA:</li> <li>• EN COLUMNA PREGUNTA 1002 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA INFECCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA.</li> <li>• PARA CADA UNA DE LAS INFECCIONES QUE NO MENCIONE, HAGA LA PREGUNTA 1003. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARQUE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÓDIGO 3</li> </ul>		

1002	¿Qué enfermedades conoce o ha escuchado hablar que se transmiten por medio de las relaciones sexuales?	1003		1004	
		SI ESPONTANEO	SI	NO	SI
1. SIFILIS (CHANCRO, VDRL) Se presenta como una llaga o ulcera indolora en la vagina, pene, ano o boca, mas adelante causa erupciones en la piel de palmas y plantas de los pies. Puede también afectar el cerebro o el corazón en etapas avanzadas	1 MP1003_01	2	3	1	2
2. GONORREA (PURGACION, FLOR BLANCA) Produce flujo color blanco, amarillo o verde que puede ser vaginal, uretral, anal.	1 MP1003_02	2	3	1	2
3. HERPES GENITAL Se caracteriza por la erupción de pequeñas ampollas o úlceras dolorosas sobre los genitales.	1 MP1003_03	2	3	1	2
4. VIH/SIDA VIH es un virus que debilita el sistema inmune y que puede causar la enfermedad SIDA.	1 MP1003_04	2	3	1	2
5. ¿Conoce o ha escuchado hablar de alguna otra enfermedad o infección? SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR	1 MP1003_05	2	3	1	2

1005F	VEA EN PREGUNTAS 1002 Y 1003 SI HA OÍDO HABLAR DEL VIH / SIDA  MP1005F	SI CONOCE ESPONTÁNEO ----- 1 SI CONOCE DIRIGIDO ----- 2 NO CONOCE ----- 8	1100V
1006	¿Piensa que una persona pueda estar infectada del virus del SIDA y no parecer enferma? MP1006	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
1007	¿Piensa usted que el virus de VIH (que causa el SIDA), puede ser transmitido de una madre infectada al niño..... A. Mientras está embarazada?, MP1007A B. Durante el parto? MP1007B C. Después del nacimiento? MP1007C	SI NO NO SABE A. MIENTRAS ESTA EMBARAZADA ----- 1 2 8 B. DURANTE EL PARTO ----- 1 2 8 C. DESPUÉS DEL PARTO ----- 1 2 8	
1008	¿Piensa usted que el SIDA se puede curar? MP1008	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	



**SECCION 10. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A		
<b>1009V</b>	<b>ENTREVISTADORA:</b> • -EN LA COLUMNA DE LA PREGUNTA 1010 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA FORMA DE PREVENCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA. PARA CADA UNA DE LAS TRES PRIMERAS FORMAS DE PREVENCIÓN QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA 1011. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 1. CASO CONTRARIO MARQUE EL CÓDIGO 2.				
1010	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse del VIH / SIDA?	1011 ¿Es una forma para evitar el VIH / SIDA ...?  <b>DIRIGIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
		<b>ESPONTÁNEO</b>			
a.	No tener relaciones sexuales / abstinencia (¿Es una forma para evitar el SIDA?)	MP1010A 1	2	3	
b.	Tener una sola compañera / fidelidad (¿Es una forma para evitar el SIDA?)	MP1010B 1	2	3	
c.	Usar condones (¿Es una forma para evitar el SIDA?)	MP1010C 1	2	3	
d.	NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS	MP1010D 1			
e.	NO UTILIZAR JERINGAS USADAS POR INFECTADOS	MP1010E 1			
f.	NO USAR TRANSFUSIONES INSEGURAS	MP1010F 1			
g.	NO TENER SEXO ORAL	MP1010G 1			
h.	NO TENER RELACIONES POR EL ANO	MP1010H 1			
i.	NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDAS	MP1010I 1			
j.	NO TENER RELACIONES CON MUJERES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES	MP1010J 1			
k.	NO TENER RELACIONES CON HOMBRES	MP1010K 1			
l.	Otras, Cuál? _____	MP1010L 1			
<b>1012</b>	¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH / SIDA al ....		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>
a.	Darle la mano a alguien que tiene SIDA?	MP1012A	1	2	8
b.	Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?	MP1012B	1	2	8
c.	Ser picado por un mosquito o zancudo?	MP1012C	1	2	8
d.	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?	MP1012D	1	2	8
e.	Trabajar con una persona que tiene SIDA?	MP1012E	1	2	8
1013	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH / SIDA?  MP1013	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8			→ 1016 → 1017
1014	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que usted tiene algún riesgo?  MP1014	SU PAREJA TIENE MÁS PAREJAS ----- 01 SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA ----- 02 NO SABE CÓMO PROTEGERSE ----- 03 SU PAREJA RECHAZA EL CONDÓN ----- 04 YA HA TENIDO ITS ----- 05 ELLA TIENE MÁS DE UNA PAREJA ----- 06 POR SER PROSTITUTA ----- 07 NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES ----- 08 NO SABE CON QUIEN SE JUNTA ----- 09 SU PAREJA ES VICIOSA (ALCOHOL / DROGA) ----- 10 NO CONFIA EN LA CALIDAD DEL CONDON ----- 11 HA RECIBIDO TRANSFUSIONES ----- 12 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98			
<b>1015P</b>	<b>PASE A 1017</b>				



**SECCION 10. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A
1016	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que usted no tiene riesgo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1016</span>	NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS ----- 01 USA EL CONDÓN----- 02 USA OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO ----- 03 TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL ----- 04 CONOCE BIEN A SU PAREJA ----- 05 NO TIENE PAREJA SEXUAL ----- 06 NO TIENE RELACIONES SEXUALES ----- 07 NO ES TRABAJADORA DEL SEXO ----- 08 NO USA DROGA ----- 09 NO LE HAN HECHO TRANSFUSIONES ----- 10 CONFÍA EN SU PAREJA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE -----98	
1017	¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH / SIDA? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1017</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1032
1018	¿Sabe dónde hacen esa prueba? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1018</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1030
1019	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH / SIDA? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1019</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 8	→ 1029 → 1032
1020F	<b>VEA 407 PAG. 15 Y 346 EN LA PAG. 11 SI ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL POR LO MENOS PARA UN NIÑO A PARTIR DE ENERO DE 2003 (2004)</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1020F</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1022
1021	¿Le hicieron la prueba durante el control prenatal? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1021</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	
1022	¿Hace cuánto tiempo fue que le hicieron la prueba de VIH/SIDA la última vez? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1022</span>	DIAS ----- 1 SEMANAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NUNCA SE LO HA HECHO ----- 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 9 9	
1023	¿Dónde se la hizo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1023</span>	ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS ----- 1 ESTABLECIMIENTOS DEL IGSS ----- 2 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA ----- 3 LABORATORIO PRIVADO ----- 4 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
1024	¿Por qué razón se hizo ese examen? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1024</span>	POR QUE QUERIA SABER SI TIENE SIDA ----- 1 REQUISITO PARA TRABAJO ----- 2 REQUISITO PARA ESTUDIOS ----- 3 REQUISITO PARA LA IGLESIA ----- 4 POR ORDEN MEDICA ----- 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
1025	Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1025</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	



**SECCION 10. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A		
1026	¿Recibió los resultados de la prueba o el examen? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1026</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 → 1028P			
1027	Antes de darle los resultados, ¿Platicaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH / SIDA? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1027</span>	SI ----- 1 NO ----- 2			
<b>1028P</b>	<b>PASE A 1032</b>				
1029	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH / SIDA? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1029</span>	NO LA HA CONSIDERADO NECESARIO ----- 01 OPOSICIÓN DE LA PAREJA ----- 02 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES ----- 03 TEMOR AL RESULTADO ----- 04 NO HA TENIDO TIEMPO ----- 05 RAZONES RELIGIOSAS ----- 06 POR FALTA DE DINERO / MUY CARO ----- 07 NUNCA SE LA HA INDICADO O RECOMENDADO ----- 08 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE -----98			
1030	Si le ofrecieran hacerle el examen del VIH / SIDA gratis ó a un precio que usted pudiera pagar, ¿Estaría dispuesta a hacérselo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1030</span>	SI, A BAJO PRECIO ----- 1 → 1032 SI, GRATIS ----- 2 → 1032 NO ----- 3			
1031	¿Cuál es la razón principal por la que no se lo haría? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1031</span>	NO LO NECESITA ----- 01 OPOSICIÓN DE LA PAREJA ----- 02 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES ----- 03 TEMOR AL RESULTADO ----- 04 POR FALTA DE TIEMPO ----- 05 RAZONES RELIGIOSAS ----- 06 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98			
<b>1032</b>	Pensando en lo que pudiera suceder en <b>(NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO):</b> <b>SI</b> <b>NO</b> <b>NS / NR</b>				
a.	Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos está infectado con VIH/ SIDA, ¿Le compraría usted a él?	1	2	8	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1032A</span>
b.	Si supiera que un compañero de trabajo está infectado con VIH/ SIDA, ¿Estaría dispuesta a trabajar con él/ella?	1	2	8	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1032B</span>
c.	Si una maestra se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1	2	8	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1032C</span>
d.	Si una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	1	2	8	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1032D</span>
e.	Si un niño está infectado con el virus del SIDA, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?	1	2	8	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1032E</span>



**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1100V	OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. NO CONTINUE HASTA QUE LA PERSONA ENTREVISTADA ESTE COMPLETAMENTE SOLA.	MP1100V	1155
1101F	REVISE 201 Y 202 PAG.4	MP1101F	1105Y
1102Y	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la forma en que la trata su esposo o pareja y familiares. Sus respuestas son muy importantes para ayudar a conocer las experiencias de algunas mujeres en Guatemala. Sus respuestas son completamente confidenciales.</b>		
1103	Tiene que pedirle permiso a su esposo para:	1104	¿Con qué frecuencia tiene que pedir permiso usted para .....?
<b>SI RESPONDE SI EN 1103 PREGUNTE 1104</b>		<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>
		<b>POCAS VECES</b>	<b>NO RESPONDE</b>
a) ¿Salir sola fuera de casa a cualquier parte?	SI ----- 1 → MP1103A NO ----- 2 ↓	1	2
b) ¿Realizar algún gasto de la casa?	SI ----- 1 → MP1103B NO ----- 2 ↓	1	2
c) ¿Ir a visitar a sus familiares?	SI ----- 1 → MP1103C NO ----- 2 ↓	1	2
d) ¿Ir a visitar a sus amig@s?	SI ----- 1 → MP1103D NO ----- 2 ↓	1	2
e) ¿Trabajar afuera de casa?	SI ----- 1 → MP1103E NO ----- 2 ↓	1	2
f) ¿Usar algún método de Planificación Familiar?	SI ----- 1 → MP1103F NO ----- 2 ↓	1	2
g) ¿Ir con un médico cuando se siente enferma?	SI ----- 1 → MP1103G NO ----- 2 ↓	1	2
h) ¿Participar en actividades de su comunidad?	SI ----- 1 → MP1103H NO ----- 2 ↓	1	2
i) ¿Administrar el dinero de la casa?	SI ----- 1 → MP1103I NO ----- 2 ↓	1	2
j) ¿Si quisiera seguir estudiando o quisiera aprender algún oficio?	SI ----- 1 → MP1103J NO ----- 2 ↓	1	2
1105Y	<b>En esta comunidad y en otras, la gente tiene diferentes ideas sobre la familia y sobre lo que es un comportamiento aceptable tanto para el hombre como para la mujer. Por favor, dígame si por lo general usted esta de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones</b>		
1106	Una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no este de acuerdo con él MP1106	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	
1107	Los problemas familiares deben ser conversados solamente con personas de la familia MP1107	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	
1108	El hombre tiene que mostrar que él es que manda en su casa MP1108	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	
1109	Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera MP1109	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	
1110	Si el hombre maltrata a su esposa, otras personas que no son de la familia deben intervenir MP1110	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	



**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1111	En su opinión, hay situaciones en que un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa/pareja? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1111</span>	SI (DE ACUERDO) ----- 1 NO (EN DESACUERDO) ----- 2 NO SABE ----- 8	
1112	Ahora, tengo algunas preguntas sobre su niñez, Pensando en su niñez antes que usted cumpliera los 15 años de edad, ¿Alguna vez vio o escuchó a su padre o padrastro maltratar físicamente a su madre o madrastra? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1112</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 3	
1113	<b>Antes</b> que usted cumpliera los 15 años, ¿Usted fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ----- 1 NO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1113</span> 2 NO RECUERDA ----- 8	
1114	Y <b>después</b> de que usted cumplió los 15 años hasta ahora ¿fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ----- 1 NO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1114</span> 2 NO RECUERDA ----- 8	→ 1116F → 1116F
1115	¿Quién le golpeó o maltrató físicamente después de que usted cumplió los 15 años de edad?  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS  ¿Alguien más?	PADRE ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115A</span> MADRE ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115B</span> HERMANO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115C</span> HERMANA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115D</span> PADRASTRO/MADRASTRA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115E</span> MARIDO/ESPOSO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115F</span> NOVIO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115G</span> OTRO FAMILIAR ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115H</span> AMIGO (A) /CONOCIDO (A) ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115I</span> DESCONOCIDO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115J</span> OTRO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1115Z</span>  (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I J Z
<b>1116F</b>	<b>REVISE PREGUNTA 201 Y 202 PAG.4</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1116F</span> <b>SI ESTA ACTUAL O ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA CONVIVIENDO CON PAREJA</b>	ALGUNA VEZ CASADA/UNIDA ----- 1 SOLTERA (NUNCA CASADA/UNIDA) ----- 2	→ 1146Y
<b>1117Y</b>	<b><i>Cuando dos personas se casan o viven juntas, por lo general comparten buenos y malos momentos. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre como su esposo/pareja (ex-esposo/ex-pareja) la trata (trataba). Me gustaría asegurarle que sus respuestas serán mantenidas en total confidencialidad, y que no tendrá que responder ninguna pregunta que no desee.</i></b>		
1118	Durante los últimos 12 meses (el último año) de su unión ¿Con qué frecuencia ve usted (vio usted) a su esposo/pareja (ex-esposo/ex-pareja) tomado o borracho?  ¿Diría usted que todos o casi todos los días, una o dos veces por semana, 1-3 veces al mes, ocasionalmente, nunca?	TODOS O CASI TODOS LOS DIAS ----- 1 UNA O DOS VECES POR SEMANA ----- 2 1-3 VECES AL MES ----- 3 OCASIONALMENTE ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1118</span> 4 NUNCA ----- 6 NO SABE ----- 8	

**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
1119	Quisiera que me diga si alguna vez en su vida algún esposo/pareja o expareja le ha hecho alguna de las siguientes cosas:  a. ¿ La ha insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma? b. ¿La ha menospreciado o humillado frente a otras personas? c. ¿El ha hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla,( por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas? d. ¿La ha amenazado con lastimarla a usted o a alguien que a usted le importa? e. ¿La ha amenazado con quitarle los hijo/as?	1119 A (SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A 1119B)  SI            NO  1            2 1            2 1            2 1            2 1            2	1119B ¿LE HA PASADO ESTO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?  SI            NO  1            2 1            2 1            2 1            2 1            2	MP1119AA MP1119AB MP1119AC MP1119AD MP1119AE MP1119BA MP1119BB MP1119BC MP1119BD MP1119BE
1120	¿ Alguna vez en su vida, algún esposo/pareja o expareja le ha....  a. abofeteado tirado cosas que pudieran herirla? b. empujado, arrinconado o jalado el pelo? c. golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla? d. pateado, arrastrado o dado una golpiza? e. intentado estrangularla o quemarla a propósito? f. amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?	1120 A (SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A 1120B)  SI            NO  1            2 1            2 1            2 1            2 1            2 1            2	1120 B ¿LE HA PASADO ESTO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?  SI            NO  1            2 1            2 1            2 1            2 1            2 1            2	MP1120AA MP1120AB MP1120AC MP1120AD MP1120AE MP1120AF MP1120BA MP1120BB MP1120BC MP1120BD MP1120BE MP1120BF
1121	¿Alguna vez en su vida con algún esposo/pareja o expareja....  a. usted ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearla por miedo a su pareja? b. él la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?	1121 A (SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A 1121B)  SI            NO  1            2 1            2	1121B ¿LE HA PASADO ESTO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?  SI            NO  1            2 1            2	MP1121AA MP1121AB MP1121BA MP1121BB
<b>1122F</b>	<b>VERIFICAR P.1120A Y 1121A SI TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1122F</span> <b>(CUALQUIERA 1120A O 1121A = 1)</b>	SI, TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL----- 1 NO, NUNCA TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL----- 2		→ 1146Y
1123	¿Durante las veces que usted fue agredida física o sexualmente, alguna vez respondió usted físicamente (aun para defenderse)?	SI ----- 1 NO ----- 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1123</span>		
1124	¿Alguna vez usted golpeó o maltrató físicamente a algún esposo/pareja cuando él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?	SI ----- 1 NO ----- 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1124</span>		
<b>1125F</b>	<b>VER PREG. 400F. PAG. 15</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1125F</span> <b>¿HA TENIDO UN NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 2003 (2004)?</b>	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 1130F
1126	¿En los últimos 5 años, alguna vez fue golpeada o lastimada físicamente durante un embarazo, por alguna pareja o expareja?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1126</span>		→ 1130F → 1130F
1127	¿Le había golpeado la misma persona antes de estar embarazada? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1127</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8		



**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A	
1128	¿Fue usted golpeada o pateada en el abdomen mientras usted estaba embarazada? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1128</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 1130F → 1130F	
1129	¿Qué consecuencias tuvieron esos golpes en el abdomen?	HEMORRAGIAS ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1129A</span> A COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1129B</span> B PERDIDA O ABORTO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1129C</span> C OTRO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1129X</span> X  (ESPECIFIQUE)		
<b>1130F</b>	<b>VERIFICAR PREGUNTA. 1120B Y 1121B</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1130F</span> <b>SI TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL EN EL ULTIMO AÑO (CUALQUIERA 1120B O 1121B = 1)</b>	TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL EN ULTIMO AÑO - 1 NINGUNA VIOLENCIA FISICA O SEXUAL ULTIMO AÑO - 2	→ 1146Y	
1131	Ahora, quisiera saber más sobre las consecuencias de la agresión que usted sufrió durante el último año a manos de su (s) pareja(s).  Como consecuencia de esta agresión, ¿usted ha quedado con: <b>(LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)</b>	SI NO A ¿DOLORES DE CABEZA O EN EL CUERPO?----- 1 2 B ¿ANGUSTIA TAL QUE NO PODRÍA CUMPLIR CON SUS DEBERES? ----- 1 2 C. MIEDO A QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR? ----- 1 2 D ¿FALTO A SU TRABAJO O NO REALIZÓ ACTIVIDADES PARA GANAR DINERO ----- 1 2 E. ¿DEPRESIÓN Y TRISTEZA? ----- 1 2 F. ¿DESEO DE MORIR?----- 1 2 G. ¿DESEO DE AGREDIR A ALGUIEN? ----- 1 2	MP1131A MP1131B MP1131C MP1131D MP1131E MP1131F MP1131G	
1132	Durante el último año, ¿Usted fue lesionada físicamente como resultado de la violencia/abuso de su(s) esposo(s) o pareja(s)?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1136Y	
1133	¿Qué tipo de daño ó lesión tuvo?  ¿Y alguna otro daño o lesión?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	CORTES, MORDEDURAS ----- A RAZGUÑOS, ROZADURAS, MORETONES----- B TORCEDURAS, DISLOCACIONES----- C QUEMADURAS----- D HERIDAS PENETRANTES, CORTES PROFUN CUCHILLADAS E TIMPANO ROTO, HERIDAS EN LOS OJOS ----- F FRACTURAS, HUESOS ROTOS ----- G DIENTES ROTOS ----- H OTRO ----- Z  (ESPECIFIQUE)	MP1133A MP1133B MP1133C MP1133D MP1133E MP1133F MP1133G MP1133H MP1133Z	
1134	¿Usted recibió asistencia médica por ese daño ó lesión?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1136Y	
1135	¿Le dijo al trabajador de salud la causa real de su daño ó lesión?	SI ----- 1 NO ----- 2		
<b>1136Y</b>	<b><i>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que pasó cuando su pareja es/fue violento durante el último año.</i></b>			
1137	¿Cuáles son las situaciones particulares que lo ponen/ponían violento?  ¿Alguna otra situación?  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO HUBO RAZON ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137A</span> A CUANDO EL ESTA BORRACHO O DROGADO --- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137B</span> B PROBLEMAS DE DINERO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137C</span> C PROBLEMAS CON SU TRABAJO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137D</span> D CUANDO EL ESTA DESEMPLEADO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137E</span> E CUANDO NO HAY COMIDA EN CASA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137F</span> F PROBLEMAS CON LA FAMILIA DE EL O ELLA <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137G</span> G CUANDO ELLA ESTA EMBARAZADA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137H</span> H EL ESTA CELOSO DE ELLA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137I</span> I ELLA SE NIEGA A TENER SEXO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137J</span> J ELLA DESOBEDECE ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137K</span> K ELLA LE RECLAMA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137L</span> L OTRO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1137Z</span> Z  (ESPECIFIQUE)		

**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1138	Alguna vez, ¿Se fue usted (de la casa), inclusive por solo una noche, debido a la violencia? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1138</span>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO ALPICA/NO CONVIVIAN ----- 3	
1139	¿Le ha contado a alguien sobre la situación de violencia que ha sufrido?  SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿A quien?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO A NADIE ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139A</span> A AMISTADES ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139B</span> B PADRES ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139C</span> C HERMANO O HERMANA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139D</span> D TIO O TIA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139E</span> E FAMILIA DE ESPOSO/PAREJA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139F</span> F HIJOS ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139G</span> G VECINOS ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139H</span> H POLICIA ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139I</span> I DOCTOR/PERSONAL DE SALUD ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139J</span> J SACERDOTE/LIDER RELIGIOSO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139K</span> K ONG/ORGANIZACIÓN PARA LA MUJER ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139L</span> L LIDER LOCAL ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139M</span> M OTRO _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1139Z</span> Z  (ESPECIFIQUE)	→ 1145
1140	¿Acudió usted a algunos de los siguientes lugares a pedir ayuda? <b>LEER CADA UNA</b>  a. Policía b. Hospital o servicios de salud c. Atención medica privada d. Centro de asesoría legal e. Juzgado f. Procuraduría/Ministerio Publico/ Fis g. Casa, centro u organización de mu  ¿Cuál era la organización? h. Sacerdote/líder religioso z. ¿Algún otro lugar? ¿Dónde?	1140A SI LA RESPUESTA ES "SI" PASE A 1140B  SI NO A. POLICIA ----- 1 2 B. HOSP/SERV SALUD 1 2 C. MED. PRIVADA --- 1 2 D. ASESORIA/BUF --1 2 E. JUZGADO ----- 1 2 F. PROCURADO FISC 1 2 G. ORGANIZACION -- 1 2  (ESPECIFIQUE) _____ H. SACERDOTE/LIDER 1 2 Z. OTRA _____ 1 2  (ESPECIFIQUE)	1140B ¿SE SINTIO SATISFECHA CON LA AYUDA QUE LE BRINDARON?  SI NO NA 1 2 3 1 2 3  MP1140BA MP1140BB MP1140BC MP1140BD MP1140BE MP1140BF MP1140BG MP1140BH MP1140BZ
1141F	<b>VER PREGUNTA 1140A ¿ACUDIO A ALGUN LUGAR?</b> <b>(AL MENOS "1" SI)?</b> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">MP1141F</span>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1145
1142	¿Alguna vez ha puesto una denuncia por el maltrato de su esposo o pareja?	SI ----- 1 NO ----- <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1142</span> 2	
1143	¿Qué razones le llevaron a buscar ayuda?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>  ¿Alguna otra razón?	ANIMADA POR AMIGOS/FAMILIA ----- A NO PODIA SOPORTAR MAS ----- B HERIDA GRAVEMENTE ----- C EL LA AMENAZO O HA TRATADO DE MATARLA ----- D EL AMENAZABA O PEGABA A LOS NIÑOS ----- E VEIA LOS NIÑOS Y NIÑAS SUFRIR ----- F LA SACÓ DE LA CASA ----- G TENIA MIEDO DE QUE LA MATARA ----- H MIEDO QUE LA VUELVA A AGREDIR ----- I OTRO _____ X  (ESPECIFIQUE)	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143A</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143B</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143C</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143D</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143E</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143F</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143G</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143H</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143I</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MP1143X</span>



**SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>1144P</b>	<b>PASE A 1146Y</b>		
1145	<p>¿Por qué no acudió a nadie o a ningún servicio?</p> <p><b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b></p> <p>¿Alguna otra razón?</p>	<p>NO CONFIA EN NADIE ----- A</p> <p>NO SABIA DONDE IR ----- B</p> <p>TEMOR A AMENAZAS/CONSECUENCIAS MAS VOLENCIA --- C</p> <p>NO ERA GRAVE / NO ERA NECESARIO ----- D</p> <p>VERGÜENZA ----- E</p> <p>POR FALTA DE DINERO ----- F</p> <p>CREIA QUE NO LE AYUDARIAN/SABE DE OTRA MUJER QUE NO FUE AYUDADA ----- G</p> <p>TEMOR QUE SE TERMINARA LA RELACION ----- H</p> <p>TEMOR A PERDER A LOS HIJOS ----- I</p> <p>TEMOR A MANCHAR EL NOMBRE DE LA FAMILIA ----- J</p> <p>LA RELIGIÓN LO PROHIBE ----- K</p> <p>LE PROMETIO QUE NO VOLVERIA A PASAR ----- L</p> <p>OTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE ----- Z</p>	<p>MP1145A</p> <p>MP1145B</p> <p>MP1145C</p> <p>MP1145D</p> <p>MP1145E</p> <p>MP1145F</p> <p>MP1145G</p> <p>MP1145H</p> <p>MP1145I</p> <p>MP1145J</p> <p>MP1145K</p> <p>MP1145L</p> <p>MP1145X</p> <p>MP1145Z</p>
<b>1146Y</b>	<b>Muchas mujeres han sufrido otros tipos de violencia por parte de parientes, conocidos y/o desconocidos.</b>		
1147	<p>Alguna vez en su vida ¿Alguien la obligo o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no quería?</p> <p align="right"><b>MP1147</b></p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO RECUERDA ----- 3</p> <p>NO RESPONDE ----- 8</p>	<p>→ 1155</p> <p>→ 1155</p> <p>→ 1155</p>
1148	<p>¿Qué edad tenia usted cuando le pasó por primera vez?</p> <p align="right"><b>MP1148</b></p>	<p>AÑOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> SI 12 O MAS -----</p> <p>NO RECUERDA/NO RESPONDE ----- 98</p>	<p>→ 1150</p>
1149	<p>¿Y esto le pasó también a partir de los 12 años de edad?</p> <p align="right"><b>MP1149</b></p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	
1150	<p>¿Quién(es) la ha(n) obligado a tener relaciones sexuales aún cuando usted no quería?</p> <p><b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b></p> <p>¿Y alguien más?</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO ----- A</p> <p>EX -ESPOSO/ EX -COMPAÑERO ----- B</p> <p>PADRE ----- C</p> <p>PADRASTRO ----- D</p> <p>HERMANO ----- E</p> <p>TIO ----- F</p> <p>PRIMO ----- G</p> <p>MAESTRO ----- H</p> <p>NOVIO/EX NOVIO ----- I</p> <p>PATRON/HIJO DEL PATRON ----- J</p> <p>VECINO/AMIGO/CONOCIDO ----- K</p> <p>LIDERES RELIGIOSOS ----- L</p> <p>DESCONOCIDO ----- M</p> <p>OTRO ¿QUIÉN? _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>MP1150A</p> <p>MP1150B</p> <p>MP1150C</p> <p>MP1150D</p> <p>MP1150E</p> <p>MP1150F</p> <p>MP1150G</p> <p>MP1150H</p> <p>MP1150I</p> <p>MP1150J</p> <p>MP1150K</p> <p>MP1150L</p> <p>MP1150M</p> <p>MP1150X</p>
1151	<p>¿Cuándo eso le paso ¿Pidió ayuda a alguien?</p> <p align="right"><b>MP1151</b></p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO RECUERDA/NO RESPONDE ----- 3</p>	<p>→ 1154</p> <p>→ 1154</p>

SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1152	<p>¿A quién pidió ayuda?</p> <p><b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b></p> <p>¿Alguien más?</p>	<p>NADIE ----- A</p> <p>POLICIA ----- B</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD ----- C</p> <p>HOSPITAL ----- D</p> <p>MINISTERIO PUBLICO ----- E</p> <p>FAMILIAR ----- F</p> <p>AMIGO/AMIGA ----- G</p> <p>VECINO/VECINA ----- H</p> <p>IGLESIA ----- I</p> <p>JUZGADO DE PAZ O FAMILIA ----- J</p> <p>OTRO ¿CUÁL? _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>MP1152A</p> <p>MP1152B</p> <p>MP1152C</p> <p>MP1152D</p> <p>MP1152E</p> <p>MP1152F</p> <p>MP1152G</p> <p>MP1152H</p> <p>MP1152I</p> <p>MP1152J</p> <p>MP1152X</p>
<b>1153P</b>	<b>PASE A 1155</b>		
1154	<p>¿Cuál fue la razón/las razones por las que no pidió ayuda?</p> <p><b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b></p> <p>¿Alguna otra razón?</p>	<p>TENIA MIEDO DE REPRESALIA ----- A</p> <p>TENIA VERGÜENZA O PENA ----- B</p> <p>NO SABE DONDE ACUDIR ----- C</p> <p>POR QUE LA FAMILIA LA AMENAZA ----- D</p> <p>PENSO QUE NO LE IBAN A CREER ----- E</p> <p>CREYO QUE LAS AUTORIDADES NO AYUDARIAN ----- F</p> <p>POR QUE ESTABA EMBARAZADA ----- G</p> <p>LA RELIGION SE LO PROHIBE ----- H</p> <p>OTRA ¿CUÁL? _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>MP1154A</p> <p>MP1154B</p> <p>MP1154C</p> <p>MP1154D</p> <p>MP1154E</p> <p>MP1154F</p> <p>MP1154G</p> <p>MP1154H</p> <p>MP1154X</p>
1155	<p>Ahora tengo algunas preguntas sobre su familia.</p> <p>Cree usted que para educar a los hijos es necesario el castigo físico, como por ejemplo darles bofetadas, palmadas o golpes?</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p><b>MP1155</b></p>	
1156	<p>¿En qué forma usualmente le castigan(castigaban) a usted sus padres?</p> <p><b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b></p> <p>¿De alguna otra forma?</p>	<p>NALGADAS ----- A</p> <p>REGAÑO ----- B</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA ----- C</p> <p>NO DANDOLE DE COMER ----- D</p> <p>GOLPEANDOLA O CASTIGO FISICO ----- E</p> <p>QUEMADOLA ----- F</p> <p>DEJANDOLA ENCERRADA ----- G</p> <p>IGNORANDOLA ----- H</p> <p>PONIENDOLE MAS TRABAJO ----- I</p> <p>DEJANDOLA FUERA DE CASA ----- J</p> <p>HUNDIENDOLA EN AGUA ----- K</p> <p>QUITANDOLE LA ROPA O PERTENENCIAS ----- L</p> <p>ECHANDOLE AGUA ----- M</p> <p>NO DANDOLE DINERO ----- N</p> <p>HINCADOLA EN MAIZ O PIEDRAS ----- O</p> <p>OTRA _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LE CASTIGABAN ----- Z</p>	<p>MP1156A</p> <p>MP1156B</p> <p>MP1156C</p> <p>MP1156D</p> <p>MP1156E</p> <p>MP1156F</p> <p>MP1156G</p> <p>MP1156H</p> <p>MP1156I</p> <p>MP1156J</p> <p>MP1156K</p> <p>MP1156L</p> <p>MP1156M</p> <p>MP1156N</p> <p>MP1156O</p> <p>MP1156X</p> <p>MP1156Z</p>

SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																																																																																
1157F	<p>REVISE 400F PAG. 15</p> <p>AL MENOS UN HIJ@ VIV@ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>MP1157F</p> <p>NINGUN HIJ@ VIV@ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>1160V</p>																																																																																																																																																		
1158	<p>REVISE 322 PAG.8</p> <p>TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> 1</p> <p>TIENE HIJAS <input type="checkbox"/> 2</p> <p>¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos varones en el hogar?</p> <p>¿Quién castiga (castigaba) a sus hijas mujeres en el hogar?</p>	<p>HIJOS HIJAS</p> <p>PADRE ----- MP1158AH A A MP1158AM</p> <p>MADRE ----- MP1158BH B B MP1158BM</p> <p>OTRO ----- MP1158XH X X MP1158XM</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE/NO LOS CASTIGAN ----- MP1158YH Y Y MP1158YM</p>																																																																																																																																																	
1159	<p>¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijos ?</p> <p>¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijas ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Castigo por Padre</th> <th colspan="2">Castigo por Madre</th> <th colspan="2">Castigo por otra persona</th> </tr> <tr> <th>SI 1058=A</th> <th>SI 1058=B</th> <th>SI 1058=X</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>HIJOS</th> <th>HIJAS</th> <th>HIJOS</th> <th>HIJAS</th> <th>HIJOS</th> <th>HIJAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. NALGADAS -----</td><td>MP1159AA</td><td>MP1159ABA</td><td>MP1159BAA</td><td>MP1159BBA</td><td>MP1159CAA</td><td>MP1159CBA</td></tr> <tr><td>B. REGAÑO -----</td><td>MP1159AB</td><td>MP1159ABB</td><td>MP1159BAB</td><td>MP1159BBB</td><td>MP1159CAB</td><td>MP1159CBB</td></tr> <tr><td>C. PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA -----</td><td>MP1159AC</td><td>MP1159ABC</td><td>MP1159BAC</td><td>MP1159BBC</td><td>MP1159CAC</td><td>MP1159CBC</td></tr> <tr><td>D. NO DANDOLE DE COMER -----</td><td>MP1159AD</td><td>MP1159ABD</td><td>MP1159BAD</td><td>MP1159BBD</td><td>MP1159CAD</td><td>MP1159CBD</td></tr> <tr><td>E. GOLPEANDOLE O CASTIGO FISICO -----</td><td>MP1159AE</td><td>MP1159ABE</td><td>MP1159BAE</td><td>MP1159BBE</td><td>MP1159CAE</td><td>MP1159CBE</td></tr> <tr><td>F. QUEMANDOLE -----</td><td>MP1159AF</td><td>MP1159ABF</td><td>MP1159BAF</td><td>MP1159BBF</td><td>MP1159CAF</td><td>MP1159CBF</td></tr> <tr><td>G. DEJANDOLE ENCERRADO -----</td><td>MP1159AG</td><td>MP1159ABG</td><td>MP1159BAG</td><td>MP1159BBG</td><td>MP1159CAG</td><td>MP1159CBG</td></tr> <tr><td>H. IGNORANDOLE -----</td><td>MP1159AH</td><td>MP1159ABH</td><td>MP1159BAH</td><td>MP1159BBH</td><td>MP1159CAH</td><td>MP1159CBH</td></tr> <tr><td>I. PONIENDOLE MAS TRABAJO -----</td><td>MP1159AI</td><td>MP1159ABI</td><td>MP1159BAI</td><td>MP1159BBI</td><td>MP1159CAI</td><td>MP1159CBI</td></tr> <tr><td>J. DEJANDOLE FUERA DE CASA -----</td><td>MP1159AJ</td><td>MP1159ABJ</td><td>MP1159BAJ</td><td>MP1159BBJ</td><td>MP1159CAJ</td><td>MP1159CBJ</td></tr> <tr><td>K. HUNDIENDOLE EN AGUA -----</td><td>MP1159AK</td><td>MP1159ABK</td><td>MP1159BAK</td><td>MP1159BBK</td><td>MP1159CAK</td><td>MP1159CBK</td></tr> <tr><td>L. QUITANDOLE LA ROPA O PERTENENCIAS -----</td><td>MP1159AL</td><td>MP1159ABL</td><td>MP1159BAL</td><td>MP1159BBL</td><td>MP1159CAL</td><td>MP1159CBL</td></tr> <tr><td>M. ECHANDOLE AGUA -----</td><td>MP1159AM</td><td>MP1159ABM</td><td>MP1159BAM</td><td>MP1159BBM</td><td>MP1159CAM</td><td>MP1159CBM</td></tr> <tr><td>N. NO DANDOLE DINERO -----</td><td>MP1159AN</td><td>MP1159ABN</td><td>MP1159BAN</td><td>MP1159BBN</td><td>MP1159CAN</td><td>MP1159CBN</td></tr> <tr><td>O. HINCANDOLE EN MAIZ O PIEDRAS -----</td><td>MP1159AO</td><td>MP1159ABO</td><td>MP1159BAO</td><td>MP1159BBO</td><td>MP1159CAO</td><td>MP1159CBO</td></tr> <tr><td>X. OTRA -----</td><td>MP1159AX</td><td>MP1159ABX</td><td>MP1159BAX</td><td>MP1159BBX</td><td>MP1159CAX</td><td>MP1159CBX</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Z. NO LE CASTIGABAN -----</td><td>MP1159AZ</td><td>MP1159ABZ</td><td>MP1159BAZ</td><td>MP1159BBZ</td><td>MP1159CAZ</td><td>MP1159CBZ</td></tr> </tbody> </table>	Castigo por Padre		Castigo por Madre		Castigo por otra persona		SI 1058=A	SI 1058=B	SI 1058=X				HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	A. NALGADAS -----	MP1159AA	MP1159ABA	MP1159BAA	MP1159BBA	MP1159CAA	MP1159CBA	B. REGAÑO -----	MP1159AB	MP1159ABB	MP1159BAB	MP1159BBB	MP1159CAB	MP1159CBB	C. PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA -----	MP1159AC	MP1159ABC	MP1159BAC	MP1159BBC	MP1159CAC	MP1159CBC	D. NO DANDOLE DE COMER -----	MP1159AD	MP1159ABD	MP1159BAD	MP1159BBD	MP1159CAD	MP1159CBD	E. GOLPEANDOLE O CASTIGO FISICO -----	MP1159AE	MP1159ABE	MP1159BAE	MP1159BBE	MP1159CAE	MP1159CBE	F. QUEMANDOLE -----	MP1159AF	MP1159ABF	MP1159BAF	MP1159BBF	MP1159CAF	MP1159CBF	G. DEJANDOLE ENCERRADO -----	MP1159AG	MP1159ABG	MP1159BAG	MP1159BBG	MP1159CAG	MP1159CBG	H. IGNORANDOLE -----	MP1159AH	MP1159ABH	MP1159BAH	MP1159BBH	MP1159CAH	MP1159CBH	I. PONIENDOLE MAS TRABAJO -----	MP1159AI	MP1159ABI	MP1159BAI	MP1159BBI	MP1159CAI	MP1159CBI	J. DEJANDOLE FUERA DE CASA -----	MP1159AJ	MP1159ABJ	MP1159BAJ	MP1159BBJ	MP1159CAJ	MP1159CBJ	K. HUNDIENDOLE EN AGUA -----	MP1159AK	MP1159ABK	MP1159BAK	MP1159BBK	MP1159CAK	MP1159CBK	L. QUITANDOLE LA ROPA O PERTENENCIAS -----	MP1159AL	MP1159ABL	MP1159BAL	MP1159BBL	MP1159CAL	MP1159CBL	M. ECHANDOLE AGUA -----	MP1159AM	MP1159ABM	MP1159BAM	MP1159BBM	MP1159CAM	MP1159CBM	N. NO DANDOLE DINERO -----	MP1159AN	MP1159ABN	MP1159BAN	MP1159BBN	MP1159CAN	MP1159CBN	O. HINCANDOLE EN MAIZ O PIEDRAS -----	MP1159AO	MP1159ABO	MP1159BAO	MP1159BBO	MP1159CAO	MP1159CBO	X. OTRA -----	MP1159AX	MP1159ABX	MP1159BAX	MP1159BBX	MP1159CAX	MP1159CBX	(ESPECIFIQUE)							Z. NO LE CASTIGABAN -----	MP1159AZ	MP1159ABZ	MP1159BAZ	MP1159BBZ	MP1159CAZ	MP1159CBZ	
Castigo por Padre		Castigo por Madre		Castigo por otra persona																																																																																																																																															
SI 1058=A	SI 1058=B	SI 1058=X																																																																																																																																																	
HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS																																																																																																																																														
A. NALGADAS -----	MP1159AA	MP1159ABA	MP1159BAA	MP1159BBA	MP1159CAA	MP1159CBA																																																																																																																																													
B. REGAÑO -----	MP1159AB	MP1159ABB	MP1159BAB	MP1159BBB	MP1159CAB	MP1159CBB																																																																																																																																													
C. PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA -----	MP1159AC	MP1159ABC	MP1159BAC	MP1159BBC	MP1159CAC	MP1159CBC																																																																																																																																													
D. NO DANDOLE DE COMER -----	MP1159AD	MP1159ABD	MP1159BAD	MP1159BBD	MP1159CAD	MP1159CBD																																																																																																																																													
E. GOLPEANDOLE O CASTIGO FISICO -----	MP1159AE	MP1159ABE	MP1159BAE	MP1159BBE	MP1159CAE	MP1159CBE																																																																																																																																													
F. QUEMANDOLE -----	MP1159AF	MP1159ABF	MP1159BAF	MP1159BBF	MP1159CAF	MP1159CBF																																																																																																																																													
G. DEJANDOLE ENCERRADO -----	MP1159AG	MP1159ABG	MP1159BAG	MP1159BBG	MP1159CAG	MP1159CBG																																																																																																																																													
H. IGNORANDOLE -----	MP1159AH	MP1159ABH	MP1159BAH	MP1159BBH	MP1159CAH	MP1159CBH																																																																																																																																													
I. PONIENDOLE MAS TRABAJO -----	MP1159AI	MP1159ABI	MP1159BAI	MP1159BBI	MP1159CAI	MP1159CBI																																																																																																																																													
J. DEJANDOLE FUERA DE CASA -----	MP1159AJ	MP1159ABJ	MP1159BAJ	MP1159BBJ	MP1159CAJ	MP1159CBJ																																																																																																																																													
K. HUNDIENDOLE EN AGUA -----	MP1159AK	MP1159ABK	MP1159BAK	MP1159BBK	MP1159CAK	MP1159CBK																																																																																																																																													
L. QUITANDOLE LA ROPA O PERTENENCIAS -----	MP1159AL	MP1159ABL	MP1159BAL	MP1159BBL	MP1159CAL	MP1159CBL																																																																																																																																													
M. ECHANDOLE AGUA -----	MP1159AM	MP1159ABM	MP1159BAM	MP1159BBM	MP1159CAM	MP1159CBM																																																																																																																																													
N. NO DANDOLE DINERO -----	MP1159AN	MP1159ABN	MP1159BAN	MP1159BBN	MP1159CAN	MP1159CBN																																																																																																																																													
O. HINCANDOLE EN MAIZ O PIEDRAS -----	MP1159AO	MP1159ABO	MP1159BAO	MP1159BBO	MP1159CAO	MP1159CBO																																																																																																																																													
X. OTRA -----	MP1159AX	MP1159ABX	MP1159BAX	MP1159BBX	MP1159CAX	MP1159CBX																																																																																																																																													
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																			
Z. NO LE CASTIGABAN -----	MP1159AZ	MP1159ABZ	MP1159BAZ	MP1159BBZ	MP1159CAZ	MP1159CBZ																																																																																																																																													
1160V	<p>USTED TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE ALGUNA PERSONA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRO EN EL CUARTO, O INTERRUMPIO EN ALGUNA OTRA FORMA</p>	<p>SI SI MAS DE NO</p> <p>UNA VEZ UNA VEZ</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO --- MP1160VA A A A</p> <p>OTRO HOMBRE ADULTO --- MP1160VB B B B</p> <p>MUJER ADULTA ----- MP1160VC C C C</p> <p>OTRA PERSONA (ESPECIFIQUE) --- MP1160VX X X X</p>																																																																																																																																																	



SECCION 12. ASISTENCIA ESCOLAR DE HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS

MP1200F

1200F REVISE EN 325 Y 326 PAG.8 EL NUMERO DE HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS DE EDAD QUE VIVAN CON LA ENTREVISTADA  HIJ@S SI 00 Ó NINGUN@ PASE A 1221V IDENTIFIQUE EN 319 LOS HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS DE EDAD. ANOTE EN 1201F LOS NOMBRES Y NUMEROS DE LINEA, EMPEZANDO POR EL/LA MENOR DE ELL@S (DE MENOR A MAYOR). SI HAY MAS DE 3 NIÑ@S UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES.

No	PREGUNTA	ULTIMO HIJ@ DE 5 A 15 AÑOS	PENULTIMO HIJ@ DE 5 A 15 AÑOS	ANTEPENULTIMO HIJ@ DE 5 A 15 AÑOS
1201F	REVISE 321 y 325 PAG.8 PARA: NUMERO DE LINEA EDAD DEL NIÑO NOMBRE	NUMERO DE LINEA ----- <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ----- <input type="text"/>	NUMERO DE LINEA ----- <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ----- <input type="text"/>	NUMERO DE LINEA ----- <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ----- <input type="text"/>

1202Y Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con la educación de sus hij@s.

1203	¿Ha asistido (NOMBRE) a la escuela primaria alguna vez? MP1203_01	SI -----1 NO -----2 PASE A 1217 ← NO SABE -----8 PASE A 1217 ←	SI -----1 NO -----2 PASE A 1217 ← NO SABE -----8 PASE A 1217 ←	SI -----1 NO -----2 PASE A 1217 ← NO SABE -----8 PASE A 1217 ←
1204	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando comenzó el primer grado de primaria? MP1204_01	EDAD DE INICIO ----- <input type="text"/>	EDAD DE INICIO ----- <input type="text"/>	EDAD DE INICIO ----- <input type="text"/>
1205	¿Está (estuvo) (NOMBRE) inscrit@ en la escuela o colegio en el año 2008(2009)? MP1205_01	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1212) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1212) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1212) ←
1206	¿En qué grado está (estuvo) inscrit@ (NOMBRE), en el año 2008(2009)? MP1206U_01	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> MP1206N_01	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>
1207	¿(NOMBRE) Repitió el grado este año? MP1207_01	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
1208	¿La escuela o colegio donde estudia (NOMBRE), es pública o privada? MP1208_01	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8
1209	¿Cómo se llama la escuela donde estudia (NOMBRE)? MP1209_01	NOMBRE DE LA ESCUELA -- <input type="text"/>	NOMBRE DE LA ESCUELA -- <input type="text"/>	NOMBRE DE LA ESCUELA -- <input type="text"/>
1210	¿Dónde está ubicada? MP1210_01	DIRECCION DE LA ESCUELA <input type="text"/>	DIRECCION DE LA ESCUELA <input type="text"/>	DIRECCION DE LA ESCUELA <input type="text"/>

1211P PASE A 1215

1212	¿Qué edad tenía (NOMBRE) la última vez que l@ inscribió? MP1212_01	AÑOS DE EDAD ----- <input type="text"/>	AÑOS DE EDAD ----- <input type="text"/>	AÑOS DE EDAD ----- <input type="text"/>
1213	¿Por qué dejó (NOMBRE) la escuela? MP1213_01	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98
1214	¿Cuál es el grado más alto de estudio que (NOMBRE) ganó? MP1214U_01	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> MP1214N_01	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>	NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>
1215	¿Cuántas veces ha repetido (NOMBRE) un grado? MP1215_01	No. DE VECES ----- <input type="text"/> NUNCA----- 0	No. DE VECES ----- <input type="text"/> NUNCA----- 0	No. DE VECES ----- <input type="text"/> NUNCA----- 0
1216	¿Recibe o recibió (NOMBRE) clases en un idioma maya? MP1216_01	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2
1217	¿Alguna vez asistió (NOMBRE) a kinder preescolar (párvulos)? MP1217_01	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
1218	En los últimos 12 meses (NOMBRE) trabajo en algo por lo cual le pagaron en dinero o en especies, vendiendo un producto o en el negocio de la familia? MP1218_01	SI -----1 NO ----- 2 → 1220P	SI -----1 NO ----- 2 → 1220P	SI -----1 NO ----- 2 → 1220P
1219	En la última semana cuántas horas trabajó? MP1219_01	NUMERO DE HORAS----- <input type="text"/> NINGUNA HORA ----- 0 0 NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE HORAS----- <input type="text"/> NINGUNA HORA ----- 0 0 NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE HORAS----- <input type="text"/> NINGUNA HORA ----- 0 0 NO SABE ----- 9 8

1220P PASE A SIGUIENTE HIJ@

\*\* CODIGOS PARA LAS PREGUNTAS 1206 Y 1214  
NIVEL EDUCATIVO:  
0 = NINGUN  
1 = PRIMARIA  
2 = SECUNDARIA  
4 = ALFABETIZACION  
9 = NO SABE  
GRADO:  
0  
1, 2, 3, 4, 5, 6  
1, 2, 3, 4, 5, 6  
= MENOS DE UN AÑO DE EDUCACION APROBADO  
= GRADOS PARA NIVEL PRIMARIA  
= GRADOS PARA NIVEL SECUNDARIA  
= ALFABETIZACION  
= NO SABE

1221V	ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA ENTREVISTA MP1221H MP1221M	HORAS ----- <input type="text"/> MINUTOS ----- <input type="text"/>
-------	---	--

**SECCION 13A. PESO Y TALLA DE MUJERES Y NIÑ@S**

1300V	ESCRIBA LA HORA DE INICIO DE LA MEDICIÓN <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP1300VH</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MP1300VM</div> </div> HORAS ----- MINUTOS -----	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>											
1301F	HAGA LAS MEDICIONES ANTROPOMETRICAS PARA TODAS LAS MUJERES QUE TENGAN DE 15 A 49 AÑOS AUNQUE NO TENGAN HIJOS NACIDOS VIVOS O NACIDOS DESDE ENERO 2003(2004)  • EN 1302F (COLUMNAS 2-4) REVISE 321 Y ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑ@ NACID@ DESDE JULIO DE 2003(2004) QUE AUN ESTE VIV@. • EN 1303F Y 1304 Y REVISE 321 Y 323 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TOD@S L@S HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 2003(2004) • EN 1308 Y 1309 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TOD@S L@S HIJ@S NACID@S VIV@S. SI HAY MAS DE 3 HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 2003(2004) UTILICE OTRO CUESTIONARIO.												
No		[1] ENTREVISTADA	[2] ULTIM@ HIJ@ VIV@	[3] PENULTIM@ HIJ@ VIVO@	[4] ANTEPENULTIM@ HIJ@ VIV@								
1302F	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 321		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> MP1302_2			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>				
1303F	NOMBRE DE 321 PARA NIÑ@S		(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)								
1304	REVISE 323 ESCRIBA FECHA DE NACIMIENTO		DIA MP1304D_2 MES MP1304M_2 AÑO MP1304A_2	DIA ----- MES ----- AÑO --	DIA ----- MES ----- AÑO --								
1305	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) MP1305_1	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE 3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE 3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE-3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)								
1306	TIENE CICATRIZ DE BCG EN UNO DE LOS HOMBROS		CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 MP1306_2 (PASE A 1308) ←	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 (PASE A 1308) ←	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 (PASE A 1308) ←								
1307	HOMBRO EN QUE EL NIÑ@ TIENE LA CICATRIZ, DERECHO O IZQUIERDO		HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2 MP1307_2	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2								
1308	ESTATURA/TALLA EN CENTIMETROS	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> MP1308_1			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
1309	SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑ@ ACOSTAD@ Ó PARAD@		ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2 MP1309_2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2								
1310	PESO EN LIBRAS	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> MP1310_1			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
1311	CIRCUNFERENCIA CINTURA EN CM SI ES RECHAZO ESCRIBA 999 4	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> MP1311_1											
1312	CIRCUNFERENCIA CINTURA EN CM SI ES RECHAZO ESCRIBA 999 4	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> MP1312_1											



**SECCION 13B. ANEMIA EN MUJERES Y NIÑ@S (PRUEBA DE HEMOGLOBINA)**

<b>1312F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN 1313F (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑ@ NACID@ DESDE JULIO DE 2002 QUE AUN ESTE VIV@.</li> <li>• EN 1315 ANOTE SI LA PERSONA FUE SELECCIONADA PARA LA PRUEBA DE ANEMIA.</li> <li>• EN 1317 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SEGUN LA MEDICION REALIZADA.</li> <li>• SI HAY MAS DE 3 HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 2003 (2004) UTILICE OTRO CUESTIONARIO</li> </ul>				
No	[1] ENTREVISTADA	[2] ULTIM@ HIJ@ VIV@	[3] PENULTIM@ HIJ@ VIV@	[4] ANTEPENULTIM@ HIJ@ VIV@	
<b>1313F</b>	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 321	<input type="text"/> <input type="text"/> <b>MP1313_2</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1314F</b>	NOMBRE DE 321 PARA NIÑ@S	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	
<b>1315</b>	¿PERSONA SELECCIONADA PARA PRUEBA DE ANEMIA?  PARA NIÑ@S SELECCIONE UNICAMENTE A LOS DE <u>6 A 59</u> MESES DE EDAD	SI -----1 <b>MP1315_2</b> NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	
<b>1316</b>	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) <b>MP1316_1</b>	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE -3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE -3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
<b>1317</b>	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL <b>MP1317_1</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	
<b>1318V</b>	FECHA DE LAS MEDICIONES	DIA <b>MP1318D_1</b> MES <b>MP1318M_1</b> AÑO <b>MP1318A_1</b>	DIA ----- MES ----- AÑO - 2 0 0	DIA ----- MES ----- AÑO - 2 0 0	
<b>1319V</b>	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA	CODIGO <b>MP1319VA</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE LA ASISTENTE	CODIGO <b>MP1319VB</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1320V</b>	ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA MEDICIÓN	HORAS -----	<b>MP1320VH</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	MINUTOS -----	<b>MP1320VM</b> <input type="text"/> <input type="text"/>

