



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

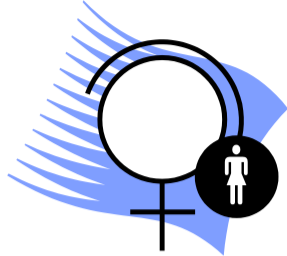


IDENTIFICACION CARTOGRAFICA

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

Región Depto. Mpio. Sección Sector

Latitud



IDENTIFICACION PARA DIGITACION

MPAQUETE **MHOGAR** **MHCUES**

Paquete Hogar Cuestionario

Longitud

Altitud

MHALTITUD

JEFE DEL HOGAR: _____

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

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

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
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?	SI ASISTIO A LA ESCUELA			¿Ha asistido o asiste a algún programa de educación POR MADUREZ?	¿Qué nivel estudió o estudia por madurez?	¿Alguno de los miembros del hogar padece de una o más de las siguientes enfermedades: Diabetes, presión alta, derrame cerebral, osteoporosis, cáncer/tumor maligno, o ataque/infarto al corazón?	CIRCULE EL NUMERO SI ES MUJER DE 15 A 49 AÑOS
							¿Está (NOMBRE) estudiando actualmente?	¿Cuál es el último año de estudios que ganó (NOMBRE)**?	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	MHP14_01
		MHP03_01	MHP04_01	MHP05_01	MHP06_01	MHP07_01	MHP08_01	MHP09U_01 MHP09N_01	MHP10_01	MHP11_01	MHP12A_01	MHP13A_01	
01			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	MHP12B_01 MHP12C_01		01
02			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		02
03			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		03
04			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		04
05			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		05
06			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		06
07			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		07
08			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		08
09			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		09
10			1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8			1 2 8 13	1 2 3		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		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	11
12		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	12
13		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	13
14		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	14
15		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	15
16		<div><div></div><div></div></div>	1 2	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8	1 2 8	1 2 8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	1 2 8 <div><div></div><div></div></div>	1 2 3	<div><div></div><div></div><div></div></div>	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	<div>¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber o tomar que usan los miembros del hogar?</div> <div>¿De dónde obtienen o sacan el agua para tomar o beber?</div> <div>MHP15</div>	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	<div>¿Qué tipo de servicio sanitario tiene en su casa?</div> <div>MHP16</div>	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	<div>¿Tiene en su casa:</div> <div>Luz eléctrica?</div> <div>Paneles solares (Energía Solar)?</div> <div>Radio/grabadora?</div> <div>Teléfono de línea o fijo?</div> <div>Teléfono celular?</div> <div>Televisor?</div> <div>Refrigeradora?</div> <div>Lavadora de ropa?</div> <div>Secadora de ropa?</div> <div>Horno de micro ondas?</div> <div>Computadora?</div>	A) LUZ ELECTRICA -----	MHP17A	SI	NO	
		B) ENERGIA SOLAR -----	MHP17B	1	2	
		C) RADIO -----	MHP17C	1	2	
		D) TELEFONO DE LINEA -----	MHP17D	1	2	
		E) TELEFONO CELULAR -----	MHP17E	1	2	
		F) TELEVISOR -----	MHP17F	1	2	
		G) REFRIGERADORA -----	MHP17G	1	2	
		H) LAVADORA -----	MHP17H	1	2	
		I) SECADORA DE ROPA -----	MHP17I	1	2	
		J) HORNO DE MICRO ONDAS -----	MHP17J	1	2	
		K) COMPUTADORA -----	MHP17K	1	2	
18	<div>¿En total cuántos cuartos tiene en su casa?</div> <div>¿Y cuántos cuartos (habitaciones) usan para dormir?</div>	NUMERO TOTAL DE HABITACIONES -----	MHP18A			
		NUMERO DE HABITACIONES PARA DORMIR -----	MHP18B			
19	<div>¿Tiene en su casa un lugar (cuarto) que usan solo para cocinar?</div> <div>MHP19</div>	SI-----		1		
		NO-----		2		
20	<div>¿El lugar que usan para cocinar lo usan solo los miembros de su hogar o lo comparten?</div> <div>MHP20</div>	PRIVADO -----		1		
		COMPARTIDO -----		2		
		NO COCINAN -----		3		
21V	<div>MATERIAL PRINCIPAL DEL PISO</div> <div>SOLO POR OBSERVACIÓN</div> <div>MHP21V</div>	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	<div>MATERIAL PRINCIPAL DEL TECHO</div> <div>SOLO POR OBSERVACION</div> <div>MHP22V</div>	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) <div>MHP23V</div>	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? <div>MHP24</div>	PROPIA Y TOTALMENTE PAGADA -----	01					
		PROPIA Y PAGANDOLA A PLAZOS -----	02					
		ALQUILADA -----	03					
		PRESTADA O CEDIDA -----	04					
		OTRA -----	96					
		(ESPECIFIQUE)						
25	En los últimos 12 meses, ¿hicieron mejoras o ampliaciones a la vivienda? <div>MHP25</div>	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 -----	<div>MHP26A</div>	1	2			
		B) MOTOCICLETA -----	<div>MHP26B</div>	1	2			
		C) CARRO -----	<div>MHP26C</div>	1	2			
		D) PICK UP -----	<div>MHP26D</div>	1	2			
		E) CAMIÓN -----	<div>MHP26E</div>	1	2			
		F) BESTIA, CABALLO, MULA -----	<div>MHP26F</div>	1	2			
27	¿Qué tipo de combustible usan en su casa para cocinar? INDAGUE ¿Algún otro tipo de combustible?	GAS PROPANO -----	<div>MHP27A</div>		A			
		GAS CORRIENTE (KEROSSENE) -----	<div>MHP27B</div>		B			
		ELECTRICIDAD-----	<div>MHP27C</div>		C			
		LEÑA -----	<div>MHP27D</div>		D			
		CARBON DE LEÑA -----	<div>MHP27E</div>		E			
		RESIDUOS AGRICOLAS -----	<div>MHP27F</div>		F			
		NINGUNO NO COCINAN -----	<div>MHP27H</div>		H			
		OTRO -----	<div>MHP27X</div>		X			
		(ESPECIFIQUE)						
28	¿Qué tipo de sal usan para sazonar sus alimentos? <div>MHP28</div>	SAL LOCAL -----	1	→ 30Y				
		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)								
29	¿Me puede mostrar la sal que regularmente usa para sazonar sus alimentos? HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL QUE USAN PARA SAZONAR SUS ALIMENTOS SI LA BOLSA TIENE MARCA ESCRIBALA _____ LUEGO MARQUE CON UNA X EL CUADRO SEGÚN EL RESULTADO Y CIRCULE EL PORCENTAJE	A. HIZO LA PRUEBA?				→ 30Y		
		<div>MHP29A</div>						
		SI -----	1					
		NO, NO HABIA SAL -----	2					
		OTRO -----	6					
		<div>MHP29B</div>						
		B. RESULTADO DE LA PRUEBA						
		1	2	3	4		5	6
		0%	25%	50%	75%		100%	+100%



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LOS ALIMENTOS				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
30Y	Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con los alimentos que consumen los miembros de este hogar			
31	¿En los últimos seis meses, le ha preocupado que haya escasez de alimentos en su hogar?	SI-----1 NO----- 2 <div>MHP31A</div>	Con qué frecuencia? SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3 <div>MHP31B</div>	
32	¿En los últimos 30 días, faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?	SI-----1 NO----- 2 <div>MHP32A</div>	Con qué frecuencia? SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3 <div>MHP32B</div>	
33	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar comió menos de lo que deseaba por falta de dinero?	SI-----1 NO----- 2 <div>MHP33A</div>	Con qué frecuencia? SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3 <div>MHP33B</div>	
34	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar dejó de desayunar, de almorzar o de cenar por falta de dinero?	SI-----1 NO----- 2 <div>MHP34A</div>	Con qué frecuencia? SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3 <div>MHP34B</div>	
35	¿En los últimos 30 días, algún miembro del hogar se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar?	SI-----1 NO----- 2 <div>MHP35A</div>	Con qué frecuencia? SIEMPRE ----- 1 ALGUNAS VECES ----- 2 RARA VEZ ----- 3 <div>MHP35B</div>	
36	¿En los últimos 6 meses, ha tenido que disminuir la cantidad de alimentos ó eliminar algunos alimentos por falta de dinero?	DISMINUIR----- ELIMINAR ----- NO HA SIDO NECESARIO----- <div>MHP36A</div> <div>MHP36B</div> <div>MHP36C</div>		A B C → 37A → 39
37	En los últimos 6 meses, ¿Cuáles han sido los alimentos que ha disminuido o comido menos ?			
ALIMENTO QUE DISMINUYÓ		CODIGO		
A)	<div>MHP37A</div>			<div>MHP37A_C</div>
B)	<div>MHP37B</div>			<div>MHP37B_C</div>
C)	<div>MHP37C</div>			<div>MHP37C_C</div>
D)	<div>MHP37D</div>			<div>MHP37D_C</div>
SI SOLO DISMINUYO ALIMENTOS (A) PASE A 38				
37A	En los últimos 6 meses, ¿con qué alimentos ha sustituido ó cambiado los alimentos que disminuyó o eliminó?			
ALIMENTO QUE ELIMINÓ		CODIGO	ALIMENTO POR EL QUE SUSTITUYÓ Ó CAMBIO	CODIGO
A)	<div>MHP37AA</div>	<div>MHP37AB</div>	A) <div>MHP37AC</div>	<div>MHP37AD</div>
B)	<div>MHP37BA</div>	<div>MHP37BB</div>	B) <div>MHP37BC</div>	<div>MHP37BD</div>
C)	<div>MHP37CA</div>	<div>MHP37CB</div>	C) <div>MHP37CC</div>	<div>MHP37CD</div>
D)	<div>MHP37DA</div>	<div>MHP37DB</div>	D) <div>MHP37DC</div>	<div>MHP37DD</div>
E)	<div>MHP37EA</div>	<div>MHP37EB</div>	E) <div>MHP37EC</div>	<div>MHP37ED</div>
38	¿En el último año, en qué meses tuvieron mayores problemas de escasez de alimentos?	A. <div>MHP38AA</div> DE MES <div></div> A MES <div></div> <div>MHP38BA</div> B. <div>MHP38AB</div> DE MES <div></div> A MES <div></div> <div>MHP38BB</div> C. <div>MHP38AC</div> DE MES <div></div> A MES <div></div> <div>MHP38BC</div> 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?		SI	NO		
	A) LECHE EN POLVO?-----	MHP39A	1	2		
	Leche en polvo? B) VASO DE LECHE?-----	MHP39B	1	2		
	Vaso de leche? C) ALIMENTACIÓN ESCOLAR?-----	MHP39C	1	2		
	Alimentación escolar? D) VASO DE ATOL?-----	MHP39D	1	2		
	Vaso de atol? E) BECAS ESCOLARES?-----	MHP39E	1	2		
	Becas escolares? F) BOLSA DE ÚTILES ESCOLARES?-----	MHP39F	1	2		
	Bolsa de útiles escolares? G) VITA CEREAL? -----	MHP39G	1	2		
	Vita cereal? H) RACIONES FAMILIARES DE ALIMENTOS	MHP39H	1	2		
	Raciones familiares de alimentos? I) PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA NIÑA?--	MHP39I	1	2		
	Programa de atención a la niña? J) MICRO CRÉDITOS?-----	MHP39J	1	2		
	Micro créditos?					
40	¿En los últimos 3 meses, algún miembro del hogar recibió dinero de remesas de parientes/familiares que viven en el exterior? MHP40	SI-----	1			
		NO-----	2			
		NO SABE -----	8			
41Y	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.					
42	¿Algún miembro del hogar, comió [LEER ALIMENTOS DE CADA GRUPO]		SI	NO	NS	
	A) Tortillas, pan, fideos, arroz, galletas u otro alimento de trigo, maíz, arroz?	A) CEREALES -----	MHP42A	1	2	8
	B) Papa, camote, yuca, ichintal, malanga?	B) RAÍCES -----	MHP42B	1	2	8
	C) Zanahoria, guicoy, hiervas, güisquil, tomate, pepino, brócoli u otras verduras?	C) VERDURAS -----	MHP42C	1	2	8
	D) Banano, naranja, manzana, melón, sandía, papaya u otras frutas?	D) 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?	E) CARNE, POLLO, VÍSCERAS --	MHP42E	1	2	8
	F) Huevos?	F) HUEVOS -----	MHP42F	1	2	8
	G) Pescado y mariscos?	G) PESCADO Y MARISCOS -----	MHP42G	1	2	8
	H) Frijoles, habas secas, lentejas, garbanzos, manías y nueces?	H) LEGUMBRES Y FRUTOS SECOS	MHP42H	1	2	8
	I) Leche de vaca, leche de cabra, queso de diferentes tipos, yogurt?	I) LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS	MHP42I	1	2	8
	J) Manteca, mantequilla, aceite vegetal, crema, mayonesa?	J) ACEITES Y GRASAS -----	MHP42J	1	2	8
	K) Azúcar, miel, panela?	K) AZÚCAR, MIEL -----	MHP42K	1	2	8
	L) Café, té?	L) CAFE TE -----	MHP42L	1	2	8
	M) Condimentos, consomé, sopas instantáneas, aguas gaseosas, bolsitas de productos chatarra, golosinas?	M) OTROS PRODUCTOS PROCESADOS	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 ORDEN_1	NHOG_1		HEDAD_1
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8 ORDEN_8	NHOG_8		HEDAD_8
En el hogar viven en total MEF <input type="checkbox"/> Mujeres de 15 a 49 años de edad		SI ES “0” ANOTE LO EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE EN LA PRIMERA PAGINA DE ESTE CUESTIONARIO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA	

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
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 _____						<input type="text"/>		
No. DE LINEA, DE LA PERSONA SELECCIONADA, EN EL LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR						MLINEA		

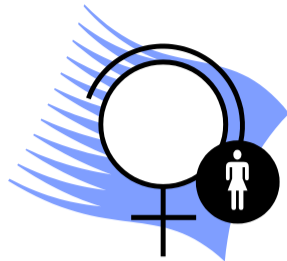


ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
MATERNO INFANTIL 2008
ENSMI 2008
CUESTIONARIO INDIVIDUAL
(MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD)



IDENTIFICACION CARTOGRAFICA

MREG	MDEPTO	MMPIO	MSECCION	MSECTOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Región	Depto.	Mpio.	Sección	Sector



IDENTIFICACION PARA DIGITACION

MPAQ	MHOG	MPERSONA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paquete	Hogar	Persona

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

DIRECCION DE LA VIVIENDA: 1. URBANO 2. RURAL <input type="checkbox"/> MAREA DIRECCION: _____ _____ _____		UBICACION GEOGRAFICA: 1. DEPARTAMENTO: _____ 2. MUNICIPIO: _____ 3. ALDEA/CASERIO/CANTON/FINCA: _____ _____		
RESULTADOS DE LAS VISITAS	1ra.	2da.	3ra.	*CODIGOS DE RESULTADO 01- COMPLETA 02- AUSENTE (NO ESTA EN CASA) 03- POSPUESTA 04- RECHAZO 05- PARCIALMENTE COMPLETA 06- PERSONA INCAPACITADA 96- OTRO _____ (ESPECIFIQUE) IDIOMA DE LA ENTREVISTA <input type="text"/> <input type="text"/> IDIOMA MATERNO <input type="text"/> <input type="text"/> IDIOMA DEL CUESTIONARIO 0 1
FECHA Y HORA				
ENCUESTADORA				
RESULTADO*				
PROXIMA VISITA				
FECHA				
HORA				
VISITA	DIA	MES	ANO	
FINAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENCUESTADORA	CODIGO			
RESULTADO DE ENTREVISTA *	Nº DE VISITAS			
USO TRADUCTOR	NOMBRE			
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 NOMBRE FECHA CODIGO	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MSUP	MEDC	MEDO	MDIG

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
100V	ESCRIBA LA HORA DE INICIO	HORAS -----MP100VH MINUTOS -----MP100VM	
101Y	Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar		
102	¿Por favor dígame en que mes y año nació usted?	MES -----MP102M NO SABE MES -----98 AÑO -----MP102A19 NO SABE AÑO -----9998	
103	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ---MP103---	
104F	COMPARE 102 Y 103. SI COINCIDE 1MP104FNO COINCIDE 2→ CORRIJA 102 Y/O 103		
105	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI -----1 NO -----MP105-----2	→ 112
106	¿Cuál es el último año de estudios que usted ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR -----MP106U00 PRIMARIA -----1 SECUNDARIA -----2 SUPERIOR/UNIVERSITARIA -----3 ALFABETIZACION -----40	MP106N
107	¿Estudia usted actualmente?MP107	SI -----1 NO -----2	→ 111
108	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de ir a estudiar?MP108	EDAD A LA QUE DEJO DE ESTUDIAR ----- NO SABE -----98	
109	¿Cuál fue la principal razón por la cual usted dejó de asistir?MP109	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	PASE A 112		
111	¿Está repitiendo usted el grado este año?MP111	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.)MP112	SI -----1 NO -----2	



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



SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
124	¿Qué idioma es? <div>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>MP125U</div> 0	<div>MP125N</div> <div>0</div>
		PRIMARIA -----	1	
		SECUNDARIA -----	2	
		SUPERIOR/UNIVERSITARIA -----	3	
		ALFABETIZACION -----	4	<div>0</div>
		NO SABE -----	9	8
126	¿Cuál fue el último grado de estudios que ganó su mamá?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR -----	<div>MP126U</div> 0	<div>MP126N</div> <div>0</div>
		PRIMARIA -----	1	
		SECUNDARIA -----	2	
		SUPERIOR/UNIVERSITARIA -----	3	
		ALFABETIZACION -----	4	<div>0</div>
		NO SABE -----	9	8



SECCION 2. NUPCIALIDAD, ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
200Y	Ahora quiero que hablemos sobre otro tema importante, su estado civil.		
201	¿Está usted casada o unida ahora? <div>MP201</div>	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)? <div>MP202</div>	SI, ANTERIORMENTE CASADA ----- 1 SI, ANTERIORMENTE EN UNION ----- 2 NO ----- 3	→ 205 → 205
203C	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).		
204P	PASE A 221Y		
205	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada? <div>MP205</div>	VIUDA ----- 1 DIVORCIADA ----- 2 SEPARADA ----- 3	→ 207 → 207 → 207
206	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o vive él en alguna otra parte? <div>MP206</div>	VIVE CON ENTREVISTADA ----- 1 VIVE EN OTRA PARTE ----- 2 ESPOSO DESAPARECIDO ----- 3	
207	¿Con cuántos hombres ha estado usted casada o unida? <div>MP207</div>	NUMERO DE HOMBRES ----- <div></div>	
208	REVISE 207 <div>CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <div>1</div> CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <div>2</div></div> <div>↓ ↓</div> <div>¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</div>	MES ----- <div>MP208M</div> <div></div> <div></div> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <div>MP208A</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
209	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él? <div>MP209</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div></div> <div></div> NO SABE ----- 9 8	
210	¿Cuántos años cumplidos tenía su esposo/compañero cuando empezó a vivir con el? <div>MP210</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div></div> <div></div> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8	
210C	DETERMINE LOS MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 2003 (2004). 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) 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.		
211F	REVISE 201 Y 202 <div>ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <div>1</div></div> <div>↓</div> <div>MP211F</div>	ANTERIORMENTE CASADA O EN UNION <div>2</div>	→ 218 PAG. 5
212Y	Ahora le haré algunas preguntas acerca de su esposo y del trabajo que él tiene.		
213	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero actualmente? <div>MP213</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div></div> <div></div> NO SABE ----- 9 8	
214	¿Alguna vez, asistió su esposo/compañero a la escuela? <div>MP214</div>	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	
215	¿Cuál es el último año de estudios que su esposo/compañero ganó?	<div>NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- MP215U 0</div> <div>PRIMARIA ----- 1</div> <div>SECUNDARIA ----- 2</div> <div>SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3</div> <div>ALFABETIZACION ----- 4</div> <div>NO SABE ----- 9</div>			<div>0</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>0</div> <div>8</div>	MP215N
216	¿Está trabajando su esposo/compañero actualmente? MP216	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div>			→ 218	
217	¿Su esposo /compañero ha buscado trabajo en los últimos 30 días? MP217	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div>				
218	REVISE 211F <div>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 1 2 ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION</div> <div>¿Cuál es el trabajo o la ocupación principal de su esposo/compañero?</div> <div>¿Cuál era el trabajo o la ocupación principal de su último esposo/compañero?</div>	<div>MP218</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
219F	REVISE 218 <div>TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA 1</div> <div>2 NO TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA MP219F</div> <div>→ 221Y</div>					
220	REVISE 211F <div>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 1 NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 2</div> <div>¿Trabaja su esposo/compañero principalmente en tierra propia (de él), en tierra de la familia, en tierra alquilada, o trabaja en tierra de alguien más?</div> <div>¿Trabajaba su esposo/compañero principalmente en tierra propia (de él), en tierra de la familia, en tierra alquilada, o trabaja en tierra de alguien más?</div>	<div>TIERRA PROPIA ----- 1</div> <div>TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2</div> <div>TIERRA ALQUILADA ----- 3</div> <div>TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4</div> <div>OTRA ----- 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>MP220</div>				
221Y	Ahora le haré algunas preguntas acerca de sus labores y si usted trabaja o ha trabajado.					
222	¿Aproximadamente, cuántas horas al día dedica usted a las labores domésticas? MP222	<div>NINGUNA, MENOS DE UNA ----- 1</div> <div>HORAS ----- 2</div> <div>NO SABE ----- 9</div>			<div>0 0</div> <div></div> <div>9 8</div>	
223	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie, otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio ó trabajan en el negocio de la familia. ¿Actualmente, usted trabaja en algo en que le paguen en dinero o especie?	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>MP223</div>			→ 226	
224	¿Cuántos trabajos tiene en que le paguen en dinero o especie? MP224	NUMERO DE TRABAJOS -----				
225	En total, ¿Cuántas horas al día dedica usted a trabajo en que le paguen en dinero o especie?	NUMERO DE HORAS ----- MP225			→ 228	
226	¿En los últimos 12 meses, ha trabajado usted en algo en que le paguen en dinero o especie?	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>MP226</div>			→ 228	
227	¿En los últimos 30 días, ha buscado usted trabajo en que le paguen en dinero o especie?	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>MP227</div>			→ 239 → 239	
228	¿Qué tipo de trabajo realiza usted principalmente? ¿Cuál es su ocupación principal? MP228	<div>1. -----</div> <div>NO TIENE OCUPACIÓN ----- 9 9 9 7</div>				



SECCION 2. NUPCIALIDAD, ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
229	REVISE 201 Y 202 NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION ¿Su esposo /compañero está de acuerdo con que usted trabaje? 1 2 230F	ESTA DE ACUERDO ----- 01 NO ESTA DE ACUERDO ----- 02 LO RECHAZA ----- MP229 03 LE ES INDIFERENTE ----- 04 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
230F	REVISE 228 TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA 1 NO TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA 2 232	MP230F	
231	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted en tierra propia (de él), en tierra de la familia, en tierra alquilada, o trabaja en tierra de alguien más?? MP231	TIERRA PROPIA ----- 1 TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2 TIERRA ALQUILADA ----- 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)	
232	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más como empresas, organizaciones, etc.?	POR CUENTA PROPIA ----- 1 PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA ----- MP232 2 PARA ALGUIEN MAS ----- 3	
233	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO ----- 1 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO ----- MP233 2 DE VEZ EN CUANDO ----- 3	237
234	En el último año (12 meses), ¿Durante cuántos meses trabajó? MP234	NUMERO DE MESES -----	
235	¿En qué meses trabaja?	DE MES A MES MP235AA A MP235BA MP235AB B MP235BB MP235AC C MP235BC	
236	En los meses que trabajó, ¿Aproximadamente cuántos días a la semana desempeñó dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS ----- MP236	
237	REVISE 201 Y 202 ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 1 NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 2 ¿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? ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más o usted junto con alguien más?	LA ENTREVISTADA DECIDE ----- 1 ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE ----- 2 JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO ----- 3 ALGUIEN MAS DECIDE ----- 4 JUNTO CON ALGUIEN MAS ----- MP237 5	
238	¿Realiza usted su trabajo actual (o de los últimos 12 meses) en la casa, o fuera de la casa?	EN LA CASA ----- MP238 1 FUERA DE LA CASA ----- 2	
239	¿Cuántos años cumplidos tenía cuando comenzó a trabajar por primera vez en algo que le pagaban en dinero o especie? MP239	EDAD ----- NUNCA HA TRABAJADO ----- NO RECUERDA ----- 9 8	
240	¿Es usted afiliada o beneficiaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o IGSS? MP240	SI AFILIADA ----- 1 SI BENEFICIARIA ----- 2 NO ----- 3	
241	¿Tiene usted un plan de seguro privado de salud (que no sea el Seguro Social o IGSS)? MP241	SI ----- 1 NO ----- 2	



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



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 ultim@ (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 (PASE A 328)	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD MP325_01	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3 MP328_01		
02 PENULTIMO	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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) MP329_02	SI--- 1 NO--- 2 MP330_02
03 ANTE-PENULTIMO	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
04	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
05	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
06	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
07	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
08	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
09	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
10	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA MES AÑO (PASE A 328)	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
11 MP321_11	HOMBRE-1 MUJER--2 MP322_11	DIA MP323D_11 MES MP323M_11 AÑO MP323A_11 (PASE A 328)	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328)	EDAD MP325_11	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329)	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 MP321_12	HOMBRE-1 MUJER--2 MP322_12	DIA MP323D_12 MES MP323M_12 AÑO MP323A_12	SI --- 1 NO --- 2 (PASE MP324_12)	EDAD MP325_12	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE MP326_12)	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE MP327_12)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3 MP328_12	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC) MP329_12	SI--- 1 NO--- 2 MP330_12
13	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
14	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
15	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
16	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
17	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
18 MP321_18	HOMBRE-1 MUJER--2 MP322_18	DIA MP323D_18 MES MP323M_18 AÑO MP323A_18	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 328) MP324_18	EDAD MP325_18	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329) MP326_18	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 329) MP327_18	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3 MP328_18		

*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

331E	COMPARE EL NUMERO DE NACID@S VIV@S REGISTRAD@S EN 321 CON EL NUMERO REGISTRADO EN 314F INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI: A) PARA CADA HIJ@ NACID@ VIV@: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 323) → B) PARA CADA HIJ@ VIV@: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 325) → C) PARA CADA HIJ@ FALLECID@: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 328) → D) PARA HIJ@S FALLECID@S ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 328): SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES →
332F	REVISE 323 Y ESCRIBA EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 2003(2004) SI NO HUBO NACIMIENTOS, REGISTRE "0" MP332F
333C	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



SECCION 3 C. EMBARAZO ACTUAL			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
334	¿Está usted actualmente embarazada? <div>MP334</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO ESTA SEGURA ----- 8	→367F →367F
335Y	REVISE LA PREGUNTA 314F Y VEA CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO, SI HA TENIDO 1 O MÁS, SIGA CON 337		
336	Es este su primer embarazo? <div>MP336</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	
337	¿Cuántos meses de embarazo tiene? <div>MP337</div> 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	<div><div></div><div></div><div>8</div></div>
338C	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		
339	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada entonces , quería esperar hasta más tarde , o no quería el embarazo ? <div>MP339</div>	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 entonces , quería esperar hasta más tarde , o no quería el embarazo ? <div>MP340</div>	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? <div>MP341</div>	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)	<div><div>MP342A</div>A <div>MP342B</div>B <div>MP342C</div>C <div>MP342D</div>D <div>MP342E</div>E <div>MP342F</div>F <div>MP342G</div>G <div>MP342H</div>H <div>MP342I</div>I <div>MP342X</div>X</div>
343	¿Ha ido usted a algún lugar o con alguna persona a control de este embarazo? <div>MP343</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 346
344	¿Por qué razón no ha ido a control prenatal? <div>MP344</div> ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: <div></div> <div></div>	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	
345P	PASE A 360 (PAG. 12)		



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>ENTREVISTADORA: SONDEE: ¿Alguien más?</p> <p>¿Cuántas veces ha ido con cada una?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS PERSONAS QUE LE HAN CONTROLADO INDICANDO EL NÚMERO DE VECES EN LOS RECUADROS</p>		<table><thead><tr><th></th><th></th><th>N° VECES</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>MEDICO -----</td><td>MP346A</td><td>A</td><td></td></tr><tr><td>MEDICO AMBULATORIO -----</td><td>MP346B</td><td>B</td><td></td></tr><tr><td>ENFERMERA -----</td><td>MP346C</td><td>C</td><td></td></tr><tr><td>COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----</td><td>MP346D</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td>COMADRONA CAT -----</td><td>MP346E</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>COMADRONA EMPIRICA -----</td><td>MP346F</td><td>F</td><td></td></tr><tr><td>PROMOTOR DE SALUD -----</td><td>MP346G</td><td>G</td><td></td></tr><tr><td>GUARDIAN DE SALUD -----</td><td>MP346H</td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>CURANDERO -----</td><td>MP346I</td><td>I</td><td></td></tr><tr><td>OTRA PERSONA -----</td><td>MP346X</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td></tr></tbody></table>							N° VECES		MEDICO -----	MP346A	A		MEDICO AMBULATORIO -----	MP346B	B		ENFERMERA -----	MP346C	C		COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----	MP346D	D		COMADRONA CAT -----	MP346E	E		COMADRONA EMPIRICA -----	MP346F	F		PROMOTOR DE SALUD -----	MP346G	G		GUARDIAN DE SALUD -----	MP346H	H		CURANDERO -----	MP346I	I		OTRA PERSONA -----	MP346X	X		(ESPECIFIQUE)																																								
		N° VECES																																																																																										
MEDICO -----	MP346A	A																																																																																										
MEDICO AMBULATORIO -----	MP346B	B																																																																																										
ENFERMERA -----	MP346C	C																																																																																										
COMADRONA SIN ESPECIFICAR -----	MP346D	D																																																																																										
COMADRONA CAT -----	MP346E	E																																																																																										
COMADRONA EMPIRICA -----	MP346F	F																																																																																										
PROMOTOR DE SALUD -----	MP346G	G																																																																																										
GUARDIAN DE SALUD -----	MP346H	H																																																																																										
CURANDERO -----	MP346I	I																																																																																										
OTRA PERSONA -----	MP346X	X																																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																																												
347	<p>¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue al primer control?</p> <p>ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION ASI:</p> <p>'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS</p> <p>'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES</p>		<table><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>ENTREVISTADORA: SONDEE: ¿Asistió a algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CORRESPONDAN, INDICANDO EL NÚMERO DE VECES QUE ASISTIO AL LUGAR EN LOS RECUADROS</p>		<table><thead><tr><th>ESTABLECIMIENTO</th><th></th><th>N° VECES</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>HOSPITAL PUBLICO -----</td><td>MP348A</td><td>A</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE SALUD -----</td><td>MP348B</td><td>B</td><td></td></tr><tr><td>PUESTO DE SALUD -----</td><td>MP348C</td><td>C</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</td><td>MP348D</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td>MATERNIDAD CANTONAL -----</td><td>MP348E</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION PARTO C -----</td><td>MP348F</td><td>F</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION PARTO C -----</td><td>MP348G</td><td>G</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----</td><td>MP348H</td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>IGSS -----</td><td>MP348I</td><td>I</td><td></td></tr><tr><td>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</td><td>MP348J</td><td>J</td><td></td></tr><tr><td>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</td><td>MP348K</td><td>K</td><td></td></tr><tr><td>APROFAM -----</td><td>MP348L</td><td>L</td><td></td></tr><tr><td>CASA COMADRONA -----</td><td>MP348M</td><td>M</td><td></td></tr><tr><td>CASA DE ENTREVISTADA -----</td><td>MP348N</td><td>N</td><td></td></tr><tr><td>OTRO -----</td><td>MP348X</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td></tr></tbody></table>					ESTABLECIMIENTO		N° VECES		HOSPITAL PUBLICO -----	MP348A	A		CENTRO DE SALUD -----	MP348B	B		PUESTO DE SALUD -----	MP348C	C		CENTRO DE ATENCION CAIMI -----	MP348D	D		MATERNIDAD CANTONAL -----	MP348E	E		CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	MP348F	F		CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	MP348G	G		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----	MP348H	H		IGSS -----	MP348I	I		CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----	MP348J	J		CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----	MP348K	K		APROFAM -----	MP348L	L		CASA COMADRONA -----	MP348M	M		CASA DE ENTREVISTADA -----	MP348N	N		OTRO -----	MP348X	X		(ESPECIFIQUE)																				
ESTABLECIMIENTO		N° VECES																																																																																										
HOSPITAL PUBLICO -----	MP348A	A																																																																																										
CENTRO DE SALUD -----	MP348B	B																																																																																										
PUESTO DE SALUD -----	MP348C	C																																																																																										
CENTRO DE ATENCION CAIMI -----	MP348D	D																																																																																										
MATERNIDAD CANTONAL -----	MP348E	E																																																																																										
CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	MP348F	F																																																																																										
CENTRO DE ATENCION PARTO C -----	MP348G	G																																																																																										
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----	MP348H	H																																																																																										
IGSS -----	MP348I	I																																																																																										
CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----	MP348J	J																																																																																										
CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----	MP348K	K																																																																																										
APROFAM -----	MP348L	L																																																																																										
CASA COMADRONA -----	MP348M	M																																																																																										
CASA DE ENTREVISTADA -----	MP348N	N																																																																																										
OTRO -----	MP348X	X																																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																																												
349	<p>REVISE 348</p> <table><tr><td>SOLO UN CONTROL PRENATAL</td><td>1</td><td>MAS DE UN CONTROL PRENATAL</td><td>2</td></tr><tr><td>↓</td><td></td><td>↓</td><td></td></tr><tr><td>¿A qué establecimiento o lugar fue usted al primer control de este embarazo?</td><td></td><td>¿A qué establecimiento o lugar acudió usted para el primer y último control de este embarazo?</td><td></td></tr></table>		SOLO UN CONTROL PRENATAL	1	MAS DE UN CONTROL PRENATAL	2	↓		↓		¿A qué establecimiento o lugar fue usted al primer control de este embarazo?		¿A qué establecimiento o lugar acudió usted para el primer y último control de este embarazo?		<table><thead><tr><th></th><th>PRIMER CONTROL</th><th>ULTIMO CONTROL</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>HOSPITAL PUBLICO -----</td><td>11</td><td>11</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE SALUD -----</td><td>12</td><td>12</td><td></td></tr><tr><td>PUESTO DE SALUD -----</td><td>13</td><td>13</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</td><td>14</td><td>14</td><td></td></tr><tr><td>MATERNIDAD CANTONAL -----</td><td>15</td><td>15</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS --</td><td>16</td><td>16</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -</td><td>17</td><td>17</td><td></td></tr><tr><td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----</td><td>18</td><td>18</td><td></td></tr><tr><td>IGSS -----</td><td>19</td><td>19</td><td></td></tr><tr><td>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</td><td>21</td><td>21</td><td></td></tr><tr><td>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</td><td>22</td><td>22</td><td></td></tr><tr><td>APROFAM -----</td><td>24</td><td>24</td><td></td></tr><tr><td>CASA COMADRONA -----</td><td>41</td><td>41</td><td></td></tr><tr><td>CASA DE ENTREVISTADA -----</td><td>42</td><td>42</td><td></td></tr><tr><td>OTRO -----</td><td>96</td><td>96</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td></tr><tr><td>NO SABE -----</td><td>98</td><td>98</td><td></td></tr></tbody></table>						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		(ESPECIFIQUE)				NO SABE -----	98	98		
SOLO UN CONTROL PRENATAL	1	MAS DE UN CONTROL PRENATAL	2																																																																																									
↓		↓																																																																																										
¿A qué establecimiento o lugar fue usted al primer control de este embarazo?		¿A qué establecimiento o lugar acudió usted para el primer y último control de este embarazo?																																																																																										
	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																																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																																												
NO SABE -----	98	98																																																																																										
350	<p>¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para que el niño no sufriera tétanos (convulsiones después de nacido)?</p>		<table><tbody><tr><td>SI -----</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>NO -----</td><td>2</td><td></td></tr></tbody></table>					SI -----	1		NO -----	2		→ 353																																																																														
SI -----	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 ? <div>MP351</div>	NUMERO DE VECES (INYECCIONES) ----- <div></div> <div>NO SABE/NO RECUERDA -----98</div>		
352P	PASE A 354			
353	¿Por qué no se ha vacunado?	LA VACUNA LA PUEDE ENFERMAR ----- <div>MP353A</div> NO TIENE ACCESO AL SERVICIO ----- <div>MP353B</div> NO SABIA QUE DEBE HACERLO ----- <div>MP353C</div> SU RELIGION NO LO PERMITE ----- <div>MP353D</div> EL MEDICO NO LO HA RECOMENDADO ----- <div>MP353E</div> HACE DAÑO AL BEBE ----- <div>MP353F</div> OTRA ----- <div>MP353X</div> (ESPECIFIQUE)	A B C D E F X	
354	Durante este embarazo, ¿Le han realizado exámenes médicos o de laboratorio? <div>MP354</div>	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8		→ 357 → 357
355	¿Qué exámenes médicos o de laboratorio le han realizado a usted durante este embarazo? ENTREVISTADORA: INDAGUE POR LOS EXAMENES REALIZADOS EN UN LABORATORIO CLINICO BIOLOGICO. SONDEE: ¿Le han realizado algún otro examen médico o de laboratorio? ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: <div></div>	EXAMEN DE SANGRE ----- <div>MP355A</div> EXAMEN GINECOLOGICO ----- <div>MP355B</div> EXAMEN DE ORINA/HECES FECALES ----- <div>MP355C</div> RAYOS X ----- <div>MP355D</div> ULTRASONIDO ----- <div>MP355E</div> VIH / SIDA ----- <div>MP355F</div> SIFILIS ----- <div>MP355G</div> OTRO ----- <div>MP355X</div> (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G X	→ 357 → 357 → 357 → 357 → 357 → 357 → 357
356	REVISE 355 SI MARCÓ F Y/O G, PREGUNTE ¿Le dieron el resultado del examen?	SI ----- <div>MP356F</div> NO -----2 NO SABE -----8	F11 G22 88	<div>MP356G</div>
357	¿Tiene usted carnet de control prenatal? SI TIENE EL CARNET, PIDA QUE SE LO MUESTRE Y COPIE EL NUMERO DE CONTROLES ANOTADOS <div>MP357R</div>	SI (CARNET VISTO) -----1 (COPIE DEL CARNET EL NUMERO DE CONTROLES) NUMERO DE CONTROLES----- <div>MP357N</div> <div></div> 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?	SULFATO FERROSO ----- <div>MP358A</div> ACIDO FÓLICO ----- <div>MP358B</div> PRENATALES/MULTIVITAMINAS ----- <div>MP358C</div>	SI1 NO2 12 12 12	
359	REVISE 358. POR LO MENOS UN SI PREGUNTE: ¿Quién se las recetó? ENTREVISTADORA: SONDEE: ¿Alguien más le recetó sulfato ferroso/ hierro, ácido fólico o pastillas prenatales ?	MEDICO ----- <div>MP359A</div> MEDICO AMBULATORIO ----- <div>MP359B</div> ENFERMERA ----- <div>MP359C</div> COMADRONA SIN ESPECIFICAR ----- <div>MP359D</div> COMADRONA CAT ----- <div>MP359E</div> COMADRONA EMPIRICA ----- <div>MP359F</div> PROMOTOR DE SALUD ----- <div>MP359G</div> GUARDIAN DE SALUD ----- <div>MP359H</div> FARMACÉUTICO ----- <div>MP359I</div> ELLA MISMA ----- <div>MP359J</div> OTRA PERSONA ----- <div>MP359X</div> (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I J X	
360	¿Ha tenido algún problema de salud durante este embarazo? <div>MP360</div>	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>ENTREVISTADORA: SONDEE: ¿Ha tenido algún otro problema de salud?</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:</p> <div></div> <div></div> <div></div>	<p>HEMORRAGIA VAGINAL -----</p> <p>DOLOR DE CABEZA QUE NO CALMA CON ANALGESICOS -----</p> <p>VISION BORROSA -----</p> <p>DOLOR FUERTE DE ESTÓMAGO -----</p> <p>FIEBRE ALTA -----</p> <p>LE CUESTA RESPIRAR -----</p> <p>SALIDA DE LÍQUIDO CLARO POR LA VAGINA -----</p> <p>ATAQUES O CONVULSIONES -----</p> <p>HINCHAZÓN DE MANOS O CARA -----</p> <p>PRESION ALTA -----</p> <p>MAL DE ORIN -----</p> <p>OTRO -----</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<div><div>MP361A</div><div>MP361B</div><div>MP361C</div><div>MP361D</div><div>MP361E</div><div>MP361F</div><div>MP361G</div><div>MP361H</div><div>MP361I</div><div>MP361J</div><div>MP361K</div><div>MP361X</div></div>	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>X</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> <div></div> <div></div> <div></div>	<p>HOSPITAL PUBLICO -----</p> <p>CENTRO DE SALUD -----</p> <p>PUESTO DE SALUD -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</p> <p>MATERNIDAD CANTONAL -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -----</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----</p> <p>IGSS -----</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</p> <p>APROFAM -----</p> <p>CASA COMADRONA -----</p> <p>OTRO -----</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUNO -----</p>	<div><div>MP362A</div><div>MP362B</div><div>MP362C</div><div>MP362D</div><div>MP362E</div><div>MP362F</div><div>MP362G</div><div>MP362H</div><div>MP362I</div><div>MP362J</div><div>MP362K</div><div>MP362L</div><div>MP362M</div><div>MP362X</div><div>MP362Y</div></div>	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>L</p> <p>M</p> <p>X</p> <p>Y</p>
363F	<div><div>REVISE 361</div><div>MP363F</div><div>CIRCULO UNO O MAS DE LOS CODIGOS DE A a la K</div><div>1</div><div>2</div><div>NO CIRCULO NINGUN CODIGO DE LA A a la K</div><div>367F</div></div>			
364	<p>Al llegar con/al (PERSONA/LUGAR), ¿Le dijeron que fuera a otro lugar o establecimiento para curarse?</p> <div>MP364</div>	<p>SI -----</p> <p>NO -----</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>→ 367F</p>
365	<p>¿A qué lugar la mandaron?</p> <div>MP365</div>	<p>HOSPITAL PUBLICO -----</p> <p>CENTRO DE SALUD -----</p> <p>PUESTO DE SALUD -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION CAIMI -----</p> <p>MATERNIDAD CANTONAL -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CAPS -----</p> <p>CENTRO DE ATENCION PARTO CENAP -----</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -----</p> <p>IGSS -----</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO -----</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO -----</p> <p>APROFAM -----</p> <p>CASA COMADRONA -----</p> <p>OTRO -----</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE -----</p>	<p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>24</p> <p>41</p> <p>96</p> <p>98</p>	
366	<p>¿Fue atendida en ese lugar?</p> <div>MP366</div>	<p>SI -----</p> <p>NO -----</p>	<p>1</p> <p>2</p>	
367F	<div><div>REVISE 312 y 313 PAG.7</div><div>HA TENIDO NACIDOS MUERTOS ABORTOS O PERDIDAS</div><div>1</div><div>MP367F</div><div>NINGUN NACIDO MUERTO ABORTO O PERDIDA</div><div>2</div><div>374</div></div>			



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 ----- MP368M ----- <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- MP368A ----- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8																	
369	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía? MP369	SEMANAS -----1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE -----9 9 8																	
370P	REVISE EN 312 Y 313, SI MÁS DE UN NACIDO MUERTO O PERDIDAS O ABORTOS CONTINUE EN 371A, SI SOLAMENTE UNO PASE A 372F																		
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 ----- MP371AM ----- <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- MP371AA ----- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8																	
371B	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía? MP371B	SEMANAS -----1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES -----2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE -----9 9 8																	
372F	REVISE 368 Y 371 <div>ULTIMO NACIDO MUERTO A PARTIR DE ENERO DE 2003(2004) <table><tr><td>1</td></tr></table></div> <div>MP372F ULTIMO NACIDO MUERTO ANTES DE ENERO DE 2003(2004) <table><tr><td>2</td></tr></table> → 374</div>			1	2														
1																			
2																			
373C	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 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																		
374	¿Qué edad tenía cuando le vino su regla por primera vez? MP374	EDAD ----- <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NUNCA HA MENSTRUADO ----- 9 7 → 376 NO RECUERDA ----- 9 8																	
375	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla? INDAGUE: ¿La fecha de la última regla? MP375 SI LE DAN LA FECHA ESCRIBALA Y LUEGO HAGA EL CALCULO DE DIAS, SEMANAS, MESES, ETC. FECHA: _____	ESTA MENSTRUANDO ----- 0 <table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table> HACE DIAS ----- 1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> HACE SEMANAS ----- 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> HACE MESES ----- 3 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> HACE AÑOS ----- 4 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> EN MENOPAUSIA ----- 9 <table><tr><td>9</td><td>4</td></tr></table> ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO ----- 9 <table><tr><td>9</td><td>5</td></tr></table> ANTES DEL EMBARAZO ACTUAL ----- 9 <table><tr><td>9</td><td>6</td></tr></table> NO SABE ----- 9 9 8	0	0									9	4	9	5	9	6	
0	0																		
9	4																		
9	5																		
9	6																		
376	Entre una regla y otra, ¿Sabe usted si hay días en los cuales una mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada? MP376	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 MP377 _____ _____ _____	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)1

MP400F

2NINGUN NACID@ VIV@ DESDE ENERO DE 2003(2004) O SIN HIJ@S

600F PAG 29

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:

NUMERO DE LINEA (VEA PAG.8)

MP402F_1

NOMBRE

NOMBRE

ULTIM@ NACID@ VIV@

MP402F_1

NOMBRE

PENULTIM@ NACID@ VIV@

NOMBRE

ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@

NOMBRE

403F

COPIE DE LA PREGUNTA 324

MP403F_1

VIV@MUERT@12

VIV@MUERT@12

VIV@MUERT@12

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?

MP405_1

ENTONCES1(PASE A 407)MAS TARDE2NO QUERIA3(PASE A 407)

ENTONCES1(PASE A 407)MAS TARDE2NO QUERIA3(PASE A 407)

ENTONCES1(PASE A 407)MAS TARDE2NO QUERIA3(PASE A 407)

406

¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?

MP406_1

MESES1AÑOS2NO SABE9

98

MESES1AÑOS2NO SABE9

98

MESES1AÑOS2NO SABE9

98

407

¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), usted fue a control prenatal de su embarazo?

MP407_1

SI1NO2NO SABE/NO RECUERDA8(PASE A 420)

SI1NO2NO SABE/NO RECUERDA8(PASE A 425)

SI1NO2NO SABE/NO RECUERDA8(PASE A 425)

408

¿Cuántas visitas de control prenatal tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)?

MP408_1

NUMERO DE VISITASNO SABE/NO RECUERDA98

NUMERO DE VISITASNO SABE/NO RECUERDA98

NUMERO DE VISITASNO SABE/NO RECUERDA98

409

A. A dónde fue a control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)?

MP409A_1MP409B_1MP409C_1MP409D_1MP409E_1MP409F_1MP409G_1MP409H_1MP409I_1MP409J_1MP409K_1MP409L_1MP409M_1MP409N_1MP409X_1

¿Fue a algún otro lugar?

B. ¿Cuántas veces fue a cada uno de los lugares anteriores?

98 = NO RECUERDA NUMERO

C. ¿Qué lugar visito primero, seleccione el código y registre todas las respuestas?

9 = NO RECUERDA EL ORDEN

N°VECES ORDEN

MP409AR_1MP409BR_1MP409CR_1MP409DR_1MP409ER_1MP409FR_1MP409GR_1MP409HR_1MP409IR_1MP409JR_1MP409KR_1MP409LR_1MP409MR_1MP409NR_1MP409XR_1

N°VECES ORDEN

MP409AV_1MP409BV_1MP409CV_1MP409DV_1MP409EV_1MP409FV_1MP409GV_1MP409HV_1MP409IV_1MP409JV_1MP409KV_1MP409LV_1MP409MV_1MP409NV_1MP409XV_1

410

¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) por primera vez?

MP410_1

SEMANAS1MESES2NO SABE/NO RECUERDA9

98

SEMANAS1MESES2NO SABE/NO RECUERDA9

98

SEMANAS1MESES2NO SABE/NO RECUERDA9

98

411

¿Qué profesional le atendió en este primer control?

MP411A_1MP411B_1MP411C_1MP411D_1MP411E_1MP411F_1MP411G_1MP411H_1MP411X_1MP411Z_1

MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

MEDICOMEDICO AMBULATORIOENFERMERA COMADRONA SIN ESPECIFICAR COMADRONA CAT COMADRONA EMPIRICA PROMOTOR DE SALUD GUARDIAN DE SALUD OTRO (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA

MEDICOMEDICO AMBULATORIOENFERMERA COMADRONA SIN ESPECIFICAR COMADRONA CAT COMADRONA EMPIRICA PROMOTOR DE SALUD GUARDIAN DE SALUD OTRO (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA

MEDICOMEDICO AMBULATORIOENFERMERA COMADRONA SIN ESPECIFICAR COMADRONA CAT COMADRONA EMPIRICA PROMOTOR DE SALUD GUARDIAN DE SALUD OTRO (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA

412F

REVISE 408 NUMERO DE VECES QUE RECIBIO CONTROL PRENATAL

MP412F_1

MAS DE UNA VEZ O NO SABE1UNA VEZ2(PASE A 421)

413

¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) la última vez?

MP413_1

SEMANAS1MESES2NO SABE/NO RECUERDA9

98

ESPAÑOL

15

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? <div>MP414_1</div>	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? <div>MP415_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 417) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
416	¿Cuánto pagó por el último control prenatal? <div>MP416_1</div>	QUETZALES - <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 9 9 8		
417	¿Compró medicinas cuando estaba embarazada? <div>MP417_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 421) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
418	¿Cuánto gastó en medicinas mientras estaba embarazada? <div>MP418_1</div>	QUETZALES - <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 9 9 8		
419	PASE A 421			
420	¿Por qué razón no vio a alguien para el control del embarazo de (NOMBRE)? <div>MP420_1</div>	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)? <div>MP421_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 423) ← NO SABE/NO RECUERDA ----- 8		
422	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo? <div>MP422_1</div>	NUMERO DE VECES ----- <div></div> <div></div> NO SABE/NO RECUERDA----- 9 8		
423	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), tomó usted: sulfato ferroso/hierro, ácido fólico ó pastillas prenatales ,? <div>MP423A_1 MP423B_1 MP423C_1</div>	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....? <div>MP424A_1 MP424B_1 MP424C_1 MP424D_1 MP424E_1 MP424F_1 MP424G_1 MP424H_1 MP424I_1 MP424J_1 MP424K_1 MP424X_1</div>	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@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
425	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)? ¿Dónde nació (NOMBRE)? MP425_1	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	MP426A_1 MP426B_1 MP426C_1 MP426D_1 MP426E_1 MP426F_1 MP426G_1 MP426H_1 MP426I_1 MP426J_1 MP426X_1 MP426Z_1	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)	MP427A_1 MP427B_1 MP427C_1 MP427D_1 MP427E_1 MP427F_1 MP427G_1 MP427H_1 MP427I_1 MP427X_1	
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)	MP428A_1 MP428B_1 MP428C_1 MP428D_1 MP428E_1 MP428X_1	
429F	REVISE 424, 427 Y 428 MP429F_1	ALGUNA COMPLICACION 1 ↓ NINGUNA COMPLICACION 2 ↓ (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)	MP430A_1 MP430B_1 MP430C_1 MP430D_1 MP430E_1 MP430F_1 MP430G_1 MP430H_1 MP430I_1 MP430J_1 MP430K_1 MP430L_1 MP430M_1 MP430N_1 MP430X_1	



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL				
No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
431	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre)	SI -----1 NO -----2 MP431_1	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2
432	¿Cuánto gastó en el parto de (NOMBRE)? MP432_1	QUETZALES NO SABE -- 9 9 9 9 8		
433	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella más grande que lo normal, normal, más pequeño@ que lo normal, o muy pequeño@? MP433_1	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? MP434_1	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 MP435_1	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 LBS S/N MADRE -- 2 NO SABE ----- 9 9 9 9 8	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 LBS S/N MADRE -- 2 NO SABE ----- 9 9 9 9 8	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 LBS S/N MADRE -- 2 NO SABE ----- 9 9 9 9 8
436	¿Cuándo nació (NOMBRE) le midieron el grosor del brazo (arriba del codo)? MP436_1	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8		
437	¿Le indicaron si (NOMBRE) tenía bajo peso cuando nació? MP437-1	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8		
438	¿Refirieron a (NOMBRE) a algún lugar o centro de atención en salud? MP438_1	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 440) ← NO SABE ----- 8		
439	¿A que lugar refirieron a (NOMBRE)? MP439_1	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 A PROFAM----- 22 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)		
440	¿Inscribió el nacimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil de la municipalidad? MP440_1	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 MP441_1	SEMANAS -----1 MESES -----2 NO SABE/NO RECUERDA --9 9 8	SEMANAS -----1 MESES -----2 NO SABE/NO RECUERDA --9 9 8	SEMANAS -----1 MESES -----2 NO SABE/NO RECUERDA --9 9 8
442	¿En qué lugar inscribió el nacimiento de (NOMBRE)? LEA LAS OPCIONES MP442_1	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)
443F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ MP443F_1	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 447)	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 447)	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 447)
444	¿Declaró el fallecimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil de la municipalidad? MP444_1	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? MP445_1	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 MESES -----3 NO SABE/NO RECUERDA - 9 9 8	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 MESES -----3 NO SABE/NO RECUERDA - 9 9 8	DE INMEDIATO, HORAS --1 0 0 SEMANAS -----2 MESES -----3 NO SABE/NO RECUERDA - 9 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) <div>MP446_1</div>	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@? <div>MP447_1</div>	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@)? SI EL TIEMPO ES MENOR A 2 MESES ESCRIBALO EN DÍAS <div>MP448_1</div>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 <div>9 8</div>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 <div>9 8</div>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 <div>9 8</div>
449	¿Cuántos controles ha tenido hasta la fecha? ESCRIBA LA FECHA DEL ÚLTIMO CONTROL <div>MP449_1</div>	NUMERO DE CONTROLES NO RECUERDA ----- 9 8 MES AÑO <div>MP449M_1 MP449A_1</div> NO SABE/NO RECUERDA 9 8 9 9 9 8		
450	¿Pesaron a (NOMBRE) como parte de su último control? <div>MP450_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
451	¿Usted fue a control después del parto de (NOMBRE)? <div>MP451_1</div>	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? SI EL TIEMPO ES MENOR A 2 MESES ESCRIBALO EN DÍAS	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE/NO RECUERDA-- 9 <div>9 8</div>	<div>MP452_1</div>	
453	¿Quién la atendió la primera vez que fue a control después del parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿La atendió alguien más la primera vez que fue a control post natal? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS	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)	<div>MP453A_1</div> <div>MP453B_1</div> <div>MP453C_1</div> <div>MP453D_1</div> <div>MP453E_1</div> <div>MP453F_1</div> <div>MP453G_1</div> <div>MP453H_1</div> <div>MP453I_1</div> <div>MP453X_1</div>	
454	¿A qué lugar fue para el primer control después del nacimiento de (NOMBRE)? <div>MP454_1</div>	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: sulfato ferroso/hierro, ácido fólico ó pastillas prenatales,? <div>MP455A_1</div> <div>MP455B_1</div> <div>MP455C_1</div>	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?) <div>MP456_1</div>	MESES ----- NO HA MENSTRUADO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8		
457F	REVISE 334 PAG. 10 <div>MP457F_1</div>	LA MUJER NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <div>1</div> (PASE A 459)	LA MUJER SI ESTA EMBARAZADA <div>2</div>	



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)? <div>MP458_1</div>	SI -----1 NO -----2 (PASE A 460) ←						
459	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? <div>MP459_1</div>	DIAS ----- 1 MESES ----- 2 NO SABE ----- 9 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>			9	8		
9	8							
460	¿Le dio pecho alguna vez a (NOMBRE) ? <div>MP460_1</div>	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. <div>MP461_1</div>	INMEDIATAMENTE ----- 0 HORAS ----- 1 DIAS ----- 2 <table><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0				
0	0							
461F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <div>MP461F_1</div>	ESTA VIV@ <div>1</div> ↓ ESTA MUERT@ <div>2</div> ↓ (PASE A 466)						
462F	REVISE 323 ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <div>MP462F_1</div>	TIENE 2 AÑOS MENOS <div>1</div> ↓ ES MAYOR DE 2 AÑOS <div>2</div> ↓ (PASE A 478Y)						
463	¿Todavía le esta dando pecho a (NOMBRE)? <div>MP463_1</div>	SI ----- 1 (PASE A 468) ← NO ----- 2						
464	¿Por cuántos meses le dio solo pecho a (NOMBRE), sin ningún otro líquido o comida? <div>MP464_1</div>	MESES ----- NUNCA LE DIO----- 0 0 NO SABE ----- 9 8						
465	¿Por cuántos meses le dio pecho y también otros alimentos como la leche artificial, atoles, o jugos de frutas, etc.? <div>MP465_1</div>	MESES ----- NUNCA LE DIO----- 0 0 NO SABE ----- 9 8						
466	¿Por qué dejó de darle de mamar a (NOMBRE)? <div>MP466_1</div>	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@ <div>MP467_1</div>	VIV@ <div>1</div> ↓ PASE 475 MUERT@ <div>2</div> ↓ PASE A 478Y	VIV@ <div>1</div> ↓ PASE 478Y MUERT@ <div>2</div> ↓ PASE A 478Y	VIV@ <div>1</div> ↓ PASE 478Y MUERT@ <div>2</div> ↓ PASE A 478Y				
468	¿A qué edad piensa dejar de darle de mamar a (NOMBRE)? <div>MP468_1</div>	MESES ----- 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)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE <div>MP469_1</div>						
470	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER <div>MP470_1</div>						
471	¿Además del pecho (leche materna), recibe (NOMBRE) algún otro líquido o comida? <div>MP471_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8						
472	¿(NOMBRE) tomó algo de una pacha ayer o anoche? <div>MP472_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8						



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL				
No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
473	¿Regularmente, (NOMBRE) toma pacha durante el día o la noche? <div>MP473_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8		
474F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@ <div>MP474F_1</div>	VIV@ <div>1</div> ↓ MUERT@ <div>2</div> ↓ PASE A 478Y		
475	¿Entre ayer y hoy, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista? • Agua pura? • Agua azucarada? • Jugo? • Té / agüita de alguna h • Fórmula para bebé o le para bebé? • Leche diluida o en polv • Leche fresca? (De vac • Otros líquidos? • Alimento preparado de Avena, Arroz, INCAPA (Atoles)? • VITACEREAL? • Alimento preparado de verduras/frutas? • Huevo, pescado, pollo • Carne, hígado? • Caldo de frijol? • Frijol • Tortilla? • Pan? <div>MP475A_1 MP475B_1 MP475C_1 MP475D_1 MP475E_1 MP475F_1 MP475G_1 MP475H_1 MP475I_1 MP475J_1 MP475K_1 MP475L_1 MP475M_1 MP475N_1 MP475O_1 MP475P_1 MP475Q_1</div>	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 <div>MP476F_1</div>	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <div>1</div> ↓ "NO/NO SABE" A TODAS <div>2</div> ↓ (PASE A 478Y)		
477	Cuántas veces comió (NOMBRE) durante el día de ayer, incluyendo comidas y refacciones? SI 7 O MAS VECES, ANOTE 7 <div>MP477_1</div>	NUMERO DE VECES ----- NIÑO NO COME ----- 0 NO SABE ----- 8		
478Y	Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con problemas especiales de salud en algunos niño/as			
479	¿Al nacer o antes de cumplir un año le diagnosticaron a su hijo/a, algún problema especial (anomalías congénitas)? <div>MP479_1</div>	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 malformación congénita ? MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	¿LABIO LEPORINO / PALADAR ----- A ¿ESPINA BIFIDA?----- B ¿HIDROCEFALIA? ----- C ¿MICROCEFALIA? ----- D ¿PIE EQUINO? (PIE MALFORMADO)-- E ¿CARDIOPATÍA CONGÉNITA?----- F OTRA ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUNO----- Y	MP480A_1 MP480B_1 MP480C_1 MP480D_1 MP480E_1 MP480F_1 MP480X_1 MP480Y_1	¿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? <div>MP481_1</div>	HORAS ----- 1 DÍAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NO SABE ----- 9	HORAS ----- 1 DÍAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NO SABE ----- 9	HORAS ----- 1 DÍAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NO SABE ----- 9
482	¿A su hijo/a le han diagnosticado alguna enfermedad crónica ? ¿Cuál? MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	¿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	MP482A_1 MP482B_1 MP482C_1 MP482D_1 MP482E_1 MP482F_1 MP482G_1 MP482X_1 MP482Y_1	¿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 discapacidad ? ¿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 MP484F_1	POR LO MENOS UN PROBLEMA 1 ↓ NINGUN PROBLEMA 2 ↓ (PASE A 487F)	POR LO MENOS UN PROBLEMA 1 ↓ NINGUN PROBLEMA 2 ↓ (PASE A 487F)	POR LO MENOS UN PROBLEMA 1 ↓ NINGUN PROBLEMA 2 ↓ (PASE A 487F)
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

500F

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).

501F

REVISE 402F PARA:

ULTIM@ NACID@ VIV@

PENULTIM@ NACID@ VIV@

ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@

NUMERO DE LINEA

NOMBRE

MP501F_1

VIV@

MUERT@

1

2

(PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 556P)

502F

COPIE DE LA PREGUNTA 403F

MP502F_1

503

¿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?

MP503_1

504

¿Tuvo alguna vez una tarjeta o carnet de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?

MP504_1

504V

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"

VACUNA	DIA	MES	AÑO
BCG	MP504VBD_1	MP504VBM_1	MP504VBA_1
POLIO 1	MP504VP1D_1	MP504VP1M_1	MP504VP1A_1
POLIO 2	MP504VP2D_1	MP504VP2M_1	MP504VP2A_1
POLIO 3	MP504VP3D_1	MP504VP3M_1	MP504VP3A_1
DPT/PENTA 1	MP504VD1D_1	MP504VD1M_1	MP504VD1A_1
DPT/PENTA 2	MP504VD2D_1	MP504VD2M_1	MP504VD2A_1
DPT/PENTA 3	MP504VD3D_1	MP504VD3M_1	MP504VD3A_1
SARAMPION/SPR	MP504VSD_1	MP504VSM_1	MP504VSA_1
REF1 POLIO	MP504VR1PD_1	MP504VR1PM_1	MP504VR1PA_1
REF2 POLIO	MP504VR2PD_1	MP504VR2PM_1	MP504VR2PA_1
REF1 DPT	MP504VR1DD_1	MP504VR1DM_1	MP504VR1DA_1
REF2 DPT	MP504VR2DD_1	MP504VR2DM_1	MP504VR2DA_1
VITAMINA A	MP504VVD_1	MP504VVM_1	MP504VVA_1

505V

OBSERVE EL CARNET Y CIRCULE EL CODIGO SEGÚN LA INSTITUCION QUE VACUNO AL NIÑ@

SI MARCA OTRO (6), ESPERE

MP505VVB_1

MP505VP1_1

MP505VP2_1

MP505VP3_1

MP505VD1_1

MP505VD2_1

MP505VD3_1

MP505VS_1

MP505VR1P_1

MP505VR2P_1

MP505VR1D_1

MP505VR2D_1

MP505VVA_1

VACUNA	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO
BCG	1	2	3	6
POLIO 1	1	2	3	6
POLIO 2	1	2	3	6
POLIO 3	1	2	3	6
DPT/PENTA 1	1	2	3	6
DPT/PENTA 2	1	2	3	6
DPT/PENTA 3	1	2	3	6
SARAMPION	1	2	3	6
REF1 POLIO	1	2	3	6
REF2 POLIO	1	2	3	6
REF1 DPT	1	2	3	6
REF2 DPT	1	2	3	6
VITAMINA A	1	2	3	6

506F

REVISE 505V

FUE ALGUNA VACUNA ADMINISTRADA POR EL MSPAS

MP506V_1

507

¿En qué lugar ha vacunado a (NOMBRE) con más frecuencia?

MP507_1

508

El carnet de (NOMBRE) es el primer carnet o es reposición?

MP508_1

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? <div>MP509_1</div> 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
510P PASE A 521				
511	¿Por qué razón no tiene carnet? <div>MP511_1</div>	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@? <div>MP512_1</div>	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: <div>MP513_1</div> 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? <div>MP514_1</div>	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? <div>MP515_1</div>	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8
516	¿La primera vacuna contra la Polio fue dada a los 2 meses de edad? <div>MP516_1</div>	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? <div>MP517_1</div>	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? <div>MP518_1</div>	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8
519	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión y rubéola o tres viral (SPR) o dupla viral (SR)? <div>MP519_1</div>	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? <div>MP520_1</div>	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- 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)
523P PASE A 525				
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? <div>MP525_1</div>	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? <div>MP526_1</div>	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? <div>MP527_1</div>	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)? <div>MP528_1</div>	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? <div>MP529_1</div>	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): <div>MP530A_1</div> <div>MP530B_1</div> <div>MP530C_1</div> <div>MP530D_1</div> <div>MP530E_1</div> <ul style="list-style-type: none">¿Jarabe para la tos?¿Agua con miel?¿Antibióticos?¿Medicina para bajar¿Remedios caseros?	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)? <div>MP531_1</div>	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	MP533A_1 MP533B_1 MP533C_1 MP533D_1 MP533E_1 MP533F_1 MP533G_1 MP533H_1 MP533I_1 MP533J_1 MP533K_1 MP533L_1 MP533X_1 MP533Z_1 (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 AMIGO/FAMILIAR ----- J OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z
534P	PASE A 536			
535	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de la tos de (NOMBRE)? <div>MP535_1</div>	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?	SI ----- 1 NO ----- 2 <div>MP536_1</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
537	¿Ha tenido (NOMBRE) asientos o diarrea en las últimas dos semanas?	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 asientos o diarrea (NOMBRE)? <div>MP538_1</div>	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 asientos o diarrea de (NOMBRE)? <div>MP539_1</div>	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 asientos o diarrea , cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)? <div>MP540_1</div>	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 misma cantidad de líquidos, más líquidos, o menos líquidos como cuando no se encuentra enferm@ de los asientos? <div>MP541_1</div>	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 misma cantidad de sólidos, más sólidos o menos sólidos como cuando no tenía asientos o no estaba enferm@? <div>MP542_1</div>	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	REVISE 463 PAG 20 <div>MP543F_1</div>	AUN LE DA PECHO 1 NO LE DA PECHO 2 (PASE A 545)		
544	¿Le siguió dando de mamar el mismo número de veces, más veces o menos veces que cuando no estaba enferm@ o no tenía asientos, o le dejó de dar pecho? <div>MP544_1</div>	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 asientos , le dio a (NOMBRE): <ul style="list-style-type: none">¿Un líquido preparado de un paquete especial (SRO/suero)?¿Líquido preparado con arroz?¿Sopa / caldo?¿Solución casera / infusión sin azúcar?¿Infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, café?¿Leche o fórmula para bebés?¿Té/aguita de alguna hierba?¿Agua pura?¿Otros líquidos?	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 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 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 asientos ? <div>MP546_1</div>	SI 1 NO 2 (PASE A 548) NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 548) NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 548) NO SABE 8
547	¿Qué le dieron o hicieron para el tratamiento de los asientos ? SONDEE: ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	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 asientos ? <div>MP548_1</div>	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)? SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona? MARQUE 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 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR G APROFAM 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 APROFAM 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 APROFAM 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)	MP550A_1 MP550B_1 MP550C_1 MP550D_1 MP550E_1 MP550F_1 MP550G_1 MP550H_1 MP550I_1 MP550X_1 (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I 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)	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----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES----- 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 niñ@ 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 niñ@ 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 niñ@ 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 niñ@ 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
561F	<div>REVISE 545 TODAS LAS COLUMNAS</div> <div>NINGUN NIÑO RECIBIO SRO</div> <div>O PREGUNTA 545 ESTA EN BLANCO</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>ALGUN NIÑO RECIBIO SRO</div> <div>MP561F</div> <div>565</div>			
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	MP562	565
		NO ----- 2		
563	¿Ha visto usted alguna vez un sobre como éste? (MUESTRE EL SOBRE DE SRO)	SI ----- 1		565
		NO ----- 2		
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 tos, ¿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 ----- 1	MP565A	A
		DIFICULTAD PARA RESPIRAR ----- 2	MP565B	B
		RESPIRACION RUIDOSA ----- 3	MP565C	C
		FIEBRE (CALENTURA) ----- 4	MP565D	D
		INCAPAZ DE BEBER ----- 5	MP565E	E
		NO BEBE O NO COME BIEN ----- 6	MP565F	F
		PONIÉNDOSE MAS O MUY ENFERMO ----- 7	MP565G	G
		NO SE MEJORA ----- 8	MP565H	H
		OTRA RAZON ----- 9	MP565X	X
		(ESPECIFIQUE)		
		NO SABE ----- 10	MP565Y	Y
566	¿Cree usted que cuando un niñ@ tiene tos, 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 tos, 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 tos, 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	<ul style="list-style-type: none">• 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		604
		¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?		¿Ha usado usted o su pareja o están usando (METODO)?
LEA LOS MÉTODOS		SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO RECONOCIDO
INDAGUE: ¿Algún otro método?				PARA EL CONDON (METODO 6 Y 7), Y PARA LA ESTERILIZACION (8 Y 9), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS
01. PASTILLAS, PILDORAS				
Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.		1	2	3
MP603_01				SI ----- 1
				NO MP604_01 ----- 2
02. T DE COBRE (DIU)				
Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una "T" de cobre por un médico o una enfermera.		1	2	3
MP603_02				SI ----- 1
				NO MP604_02 ----- 2
03. INYECCION				
Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazadas.		1	2	3
MP603_03				SI ----- 1
				NO MP604_03 ----- 2
04. NORPLANT (IMPLANTES)				
Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 6 palillos pequeños los cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años.		1	2	3
MP603_04				SI ----- 1
				NO MP604_04 ----- 2
05. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES				
Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.		1	2	3
MP603_05				SI ----- 1
				NO MP604_05 ----- 2
06. CONDON O PRESERVATIVO				
Consiste en una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que se coloca sobre el pene antes de tener relaciones sexuales.		1	2	3
MP603_06				¿Usted y su esposo o pareja han usado alguna vez el condón?
				SI ----- 1
				NO MP604_06 ----- 2
07. CONDON FEMENINO				
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.		1	2	3
MP603_07				¿Usted y su esposo o pareja han usado alguna vez el condón femenino?
				SI ----- 1
				NO MP604_07 ----- 2
08. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS-OPERACION)				
Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s.		1	2	3
MP603_08				¿Se ha usted operado alguna vez para no tener hij@s?
				SI MP604_08 ----- 1
				NO ----- 2
09. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA -OPERACION)				
Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s.		1	2	3
MP603_09				¿Su esposo o pareja se ha operado para no tener hij@s?
				SI ----- 1
				NO MP604_09 ----- 2
10. RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MOCO CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA				
Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse.		1	2	3
MP603_10				SI MP604_10 ----- 1
				NO ----- 2
11. RETIRO (COITO INTERRUPTO)				
Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de eyacular.		1	2	3
MP603_11				SI ----- 1
				NO MP604_11 ----- 2
12. METODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)				
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.		1	2	3
MP603_12				SI MP604_12 ----- 1
				NO ----- 2
13. OTROS METODOS				
Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo.				
MP603_13				MP604_13
¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método?		1	2	3
SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO				SI ----- 1
				NO ----- 2



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR					
No	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
605F	REVISE 604 <div>NI UN SOLO "SI" EN 604 (NUNCA HA USADO) 1</div> <div>MP605F</div> <div>POR LO MENOS UN "SI" EN 604 (ALGUNA VEZ HA USADO) 2</div>				611
606	¿Alguna vez usted o su esposo/ una pareja suya, han usado algo o hecho algo para evitar o demorar un embarazo?		SI ----- 1 NO ----- 2	MP606	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	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). <div>MP611</div> ¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar o demorar quedar embarazada? 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 MELA ----- 11 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)		
612	¿Cuántos hij@s tenía usted cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada? <div>MP612</div> SI NINGUNO ESCRIBA "00"		NUMERO DE HIJ@S -----		
613F	REVISE 334 PAG 10 <div>NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA 1</div> <div>MP613F</div> <div>2 EMBARAZADA</div>				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)?		SI ----- 1 NO ----- 2	MP614	633C
615	¿Qué método o métodos están usando? ¿Qué está(n) haciendo para que usted no quede embarazada? ENTREVISTADORA 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 ORDEN DE EFECTIVIDAD 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		PRIMER SEGUNDO PILDORA ----- <div>MP615P</div> 01 01 <div>MP615U</div> 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 OTRO ----- 96 96 (ESPECIFIQUE)		616 616 629
615P	PASE A 630				



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
616	<p>¿Dónde tuvo la operación de esterilización?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <div>MP616</div> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO ----- 11</p> <p>HOSPITAL PRIVADO ----- 21</p> <p>CLINICA PRIVADA ----- 22</p> <p>CLINICA APROFAM ----- 24</p> <p>OTRO LUGAR ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>		PASE A
617	<p>¿Conversó usted con su esposo/pareja la idea de esterilización (operarse)?</p> <div>MP617</div> <p>Si, es SI, ¿Quién inició la conversación del tema?</p>	<p>SI, PAREJA INICIO ----- 1</p> <p>SI, ENTREVISTADA INICIO ----- 2</p> <p>NO ----- 3</p>	<p>→ 619</p> <p>→ 619</p>	
618	<p>¿Cuál fue la reacción de su esposo/pareja acerca de la idea de esterilización (operarse)?</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:</p> <div>MP618</div>	<p>DE APOYO DESDE COMIENZO ----- 01</p> <p>INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO ----- 02</p> <p>NEUTRAL ----- 03</p> <p>OPUESTO ----- 04</p> <p>OTRA RAZON ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>		
619	<p>¿Cuánto gastó por la esterilización (operación) ?</p> <div>MP619</div>	<p>COSTO -----</p> <p>GRATIS ----- 9 9 9 9 6</p> <p>NO SABE ----- 9 9 9 9 8</p>		
620F	<p>REVISE 604</p> <p>LA MUJER ESTA ESTERILIZADA 1</p> <p>LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA 2</p> <p>ESPOSO / PAREJA ESTA ESTERILIZADO</p> <p>→ 622</p> <div>MP620F</div>			
621	<p>¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo?</p> <div>MP621</div> <p>Si la respuesta es SI pregunte: ¿Fue éste un parto por cesárea?</p>	<p>SI, PARTO POR CESAREA ----- 1</p> <p>SI, PARTO NORMAL ----- 2</p> <p>NO ----- 3</p>		
622	<p>¿Se arrepiente usted (su esposo) de haberse operado para no tener más hij@s?</p> <div>MP622</div>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	<p>→ 624</p>	
623	<p>¿Por qué se arrepiente (se arrepintió)?</p> <div>MP623</div>	<p>MUJER QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 01</p> <p>ESPOSO QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 02</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS ----- 03</p> <p>HIJ@ HA MUERTO ----- 04</p> <p>OTRA RAZON ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		
624	<p>¿Le recomendaría la esterilización femenina (masculina/la operación) a un familiar o amig@?</p> <div>MP624</div>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>		
625	<p>¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?</p>	<p>MES -----</p> <p>NO SABE MES ----- 9 8</p> <p>AÑO -----</p> <p>NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8</p> <div>MP625M</div> <div>MP625A</div>		
626	<p>¿Qué edad tenía usted (él) cuando fue operad@?</p> <div>MP626</div>	<p>EDAD A LA QUE FUE OPERAD@ -----</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8</p>		
627C	<p>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.</p>			
628F	<p>REVISE 625</p> <p>ESTERILIZADA/O ANTES DE ENERO DE 2003(2004) 1</p> <p>ESTERILIZADA/O EN/O DESPUES DE ENERO DE 2003(2004) 2</p> <p>→ PASE A 642</p> <p>→ PASE A 633C</p> <div>MP628F</div>			



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
629	<div>¿Cómo decide usted en que días no puede tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?</div> <div>MP629</div>	<div>CALENDARIO/CUENTA DIAS ----- 01</div> <div>TEMPERATURA DEL CUERPO ----- 02</div> <div>MOCO CERVICAL/ (BILLINGS) ----- 03</div> <div>TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL ----- 04</div> <div>NO METODO ESPECIFICO ----- 05</div> <div>COLLAR ----- 06</div> <div>OTRO _____ 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
630	<div>¿Están satisfechos (contentos) los dos con el método que están usando actualmente, o sólo uno de ustedes está satisfecho?</div> <div>(INDAGUE SI ES NECESARIO QUIEN ESTA SATISFECHO)</div> <div>MP630</div>	<div>LOS DOS SATISFECHOS ----- 1</div> <div>LOS DOS INSATISFECHOS ----- 2</div> <div>SOLO EL SATISFECHO ----- 3</div> <div>SOLO ELLA SATISFECHA ----- 4</div> <div>INDIFERENTES LOS DOS ----- 5</div> <div>OTRA _____ 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE ----- 8</div>	
631	<div>¿Quién decidió usar el método que actualmente usan?</div> <div>MP631</div> <div>Usted?</div> <div>Su pareja?</div> <div>O los dos juntos?</div>	<div>LA ENTREVISTADA ----- 1</div> <div>SU PAREJA ----- 2</div> <div>AMBOS DECIDEN ----- 3</div> <div>OTRO _____ 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE ----- 8</div>	
632C	<div>METODO QUE USA ACTUALMENTE</div> <div>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.</div> <div>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método?</div>		
633C	<div>METODO QUE HA USADO</div> <div>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.</div> <div>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.</div> <div>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.</div> <div>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.</div> <div>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO.</div> <div>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.</div> <div>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?</div> <div>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?</div> <div>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.</div>		



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A	
634P	REVISE 615:	NO SE PREGUNTO 615 -----	00 → 639	
	SI LA PREGUNTA 615 NO SE HIZO, CIRCULE "00" (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON)	PILDORA -----	01	
		DIU -----	02	
		INYECCIONES -----	03	
	SI LA PREGUNTA 615 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.	NORPLANT (IMPLANTES) -----	04	
		DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS -----	05	
		PRESERVATIVO (CONDON) -----	06	
	SI LA MUJER ENTREVISTADA DICE USAR "MELA", ENTONCES VERIFIQUE QUE TIENE UN HIJ@ MENOR DE 1 AÑO.	ESTERILIZACION FEMENINA -----	07 → 642	
		ESTERILIZACION MASCULINA -----	08 → 642	
		ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) -----	09 → 640	
		RETIRO -----	10 → 640	
		MELA -----	11 → 640	
		OTRA -----	96 → 640	
		(ESPECIFIQUE)		
	635	¿Dónde consiguió (EL METODO) la última vez?	HOSPITAL PUBLICO -----	11
		MP635	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.	MAS CERCANO A LA CASA -----	11	
	En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?	CERCANO AL MERCADO/TRABAJO -----	12	
		TRANSPORTE DISPONIBLE -----	13	
	ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA COLUMNA DE RESPUESTAS.	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 <div>MP637</div> ¿Cuánto le cuesta o costó (EL METODO) la ultima vez? <table><tr><td>1</td><td>PILDORA</td><td>4</td><td>NORPLANT</td></tr><tr><td>2</td><td>DIU</td><td>5</td><td>DIAFRAGMA / ESPUMA</td></tr><tr><td>3</td><td>INYECCIONES</td><td>6</td><td>PRESERVATIVO/CONDON</td></tr></table>		1	PILDORA	4	NORPLANT	2	DIU	5	DIAFRAGMA / ESPUMA	3	INYECCIONES	6	PRESERVATIVO/CONDON	COSTO ----- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>GRATIS</td><td>-----</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>NO SABE</td><td>-----</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>							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																																	
GRATIS	-----	9	9	9	9	6																														
NO SABE	-----	9	9	9	9	8																														
638P	PASE A 642																																			
639	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no está usando un método de planificación familiar? <div>MP639</div> ESCRIBA AQUÍ TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y LUEGO CIRCULE EL CÓDIGO DE LA RAZON PRINCIPAL _____ _____ _____ _____		NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 HISTERECTOMIZADA ----- 14 → 729 NO TIENE VIDA SEXUAL ----- 21 SEXO INFRECUENTE ----- 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? <div>MP640</div>		SI ----- 1 NO ----- 2 → 642																																	
641	¿Cuál es el principal lugar que usted conoce? <div>MP641</div> 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? <div>MP642</div>		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	REVISE 604 PAG 29 NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO 1 2 ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO MP700F		714
701Y	Ahora quiero que platiquemos acerca de su vida, pero en lo que piensa para el futuro.		
702	REVISE 334 (PAG. 10) NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA 1 EMBARAZADA 2 ¿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?	TENER UN (OTR@) HIJ@ ----- 1 NO MAS/NINGUNO ----- 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 3 INDECISA O NO SABE ----- 8 MP702	704F 714 704F
703	REVISE 702 NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA 1 EMBARAZADA 2 ¿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@?	MESES ----- 1 AÑOS ----- 2 PRONTO/AHORA ----- 9 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 9 DESPUES DE CASARSE ----- 9 OTRO ----- 9 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 9	714 705
704F	REVISE 702 NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA 2 ESTE EMBARAZADA MP704F		707
705	Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Se sentiría contenta, triste, preocupada o no le importaría? MP705	CONTENTA ----- 1 TRISTE ----- 2 ENOJADA ----- 3 PREOCUPADA ----- 4 NO LE IMPORTARIA ----- 5 NO SABE ----- 8	
706F	REVISE 615 PAG. 30 ACTUALMENTE NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 615 1 2 ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE MP706F		714
707	¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los próximos doce meses? MP707 (¿Al terminar este embarazo piensa usar un método para evitar embarazarse en los siguientes doce meses?)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	709
708	¿Piensa usar en el futuro algún método para evitar quedar embarazada? MP708	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 3	711 711
709	¿Cuál método preferiría utilizar? MP709	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 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA ----- 98	
710P	PASE A 714		



SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD									
No	PREGUNTAS Y FILTROS			CATEGORIAS Y CODIGOS				PASE A	
711	<div>¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método?</div> <div>MP711</div> <div>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</div>			<div>NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11</div> <div>NO TIENE VIDA SEXUAL ----- 21</div> <div>SEXO INFRECUENTE ----- 22</div> <div>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA / MUY VIEJA----- 23</div> <div>SUBFERTIL/INFERTIL / NO PUEDE EMBARAZARSE---- 24</div> <div>POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25</div> <div>DESEA MAS HIJOS ----- 26</div> <div>ELLA NO QUIERE ----- 31</div> <div>EL ESPOSO/COMPAÑERO NO QUIERE ----- 32</div> <div>OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33</div> <div>POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34</div> <div>NO CONOCE METODO ----- 41</div> <div>NO CONOCE FUENTE ----- 42</div> <div>HACE DAÑO A LA SALUD ----- 51</div> <div>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52</div> <div>LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53</div> <div>MUY CARO ----- 54</div> <div>INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55</div> <div>OTRA RAZON ----- 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE ----- 98</div>				→ 713	
712P	PASE A 714								
713	<div>¿Utilizaría un método si estuviese casada o unida?</div> <div>MP713</div>			<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>NO SABE ----- 8</div>					
714	<div>REVISE 324 PAG. 8</div> <div>SIN HIJ@S VIV@S 1</div> <div>TIENE HIJ@S VIV@S 2</div> <div>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</div> <div>Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijo/as y pudiera elegir cuántos tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?</div> <div>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.</div>			<div>MP714</div> <div>NUMERO -----</div> <div>HASTA TENER UN VARÓN ----- 9 5</div> <div>OTRO ----- 9 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>LO QUE DIOS QUIERA ----- 9 7</div> <div>NINGUNO ----- 0 0</div>				<div>→ 716F</div> <div>→ 716F</div> <div>→ 726F</div> <div>→ 716F</div>	
715	<div>¿Cuántos le gustaría que fueran varones y cuántas que fueran mujeres?</div>			<div>No. DE VARONES ----- MP715A</div> <div>No. DE MUJERES ----- MP715B</div> <div>NO IMPORTA SEXO ----- MP715C</div>				<div>A</div> <div>B</div> <div>C</div>	
716F	<div>REVISE 201 Y 202 PAG 4</div> <div>MP716F</div> <div>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1</div> <div>2</div> <div>NO ESTA CASADA O UNIDA</div> <div>→ 722F</div>								
717F	<div>REVISE 700F</div> <div>MP717F</div> <div>NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZAD 1</div> <div>2</div> <div>ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO</div> <div>→ 729</div>								
718	<div>REVISE 334 PAG 10</div> <div>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA 1</div> <div>EMBARAZADA 2</div> <div>¿Piensa que su esposo o pareja quisiera que usted tuviera un/a (otr@) hij@ o preferiría no tener (más) hij@s?</div> <div>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?</div>			<div>TENER UN (OTR@) HIJ@ ----- 1</div> <div>NO MAS/NINGUNO ----- 2</div> <div>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 3</div> <div>INDECISA O NO SABE ----- 8</div> <div>MP718</div>				→ 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? <div>MP719</div>		CONTENTO ----- 1 TRISTE ----- 2 ENOJADO ----- 3 PREOCUPADO ----- 4 NO LE IMPORTARIA ----- 5 NO SABE ----- 8		
720	REVISE 714 SIN HIJ@S VIV@S <div>1</div> <div>↓</div> <div>Si su esposo o pareja pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que usted tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</div> <div>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.</div> <div>TIENE HIJ@S VIV@S <div>2</div><div>↓</div><div>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?</div></div>		<div>NUMERO ----- <div>MP720</div> <div><div></div><div></div></div><div>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</div></div>		
721	¿A su esposo o pareja, cuántos le gustaría que fueran varones y cuántas que fueran mujeres?		<div>No. DE VARONES ----- <div>MP721A</div> A <div><div></div><div></div></div><div>No. DE MUJERES ----- <div>MP721B</div> B <div><div></div><div></div></div><div>NO IMPORTA SEXO ----- <div>MP721C</div> C <div><div></div><div></div></div></div></div></div>		
722F	REVISE 700F NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <div>1</div> <div>2</div> ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO → 729 <div>MP722F</div>				
723F	REVISE 704 NO QUIERE TENER MAS HIJOS <div>1</div> <div>2</div> QUIERE (OTRO) HIJO O NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA → 729 <div>MP723F</div>				
724	¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos? <div>MP724</div>		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? <div>MP725</div>		SI----- 1 NO----- 2 → 728		



SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
726	<div>¿Cuál es la razón principal por la cual no se ha operado?</div> <div>MP726</div> <div>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</div>	<div>MIEDO A LA OPERACIÓN----- 01</div> <div>MIEDO A EFECTOS COLATERALES----- 02</div> <div>INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO----- 03</div> <div>MUY CARO ----- 04</div> <div>RAZONES RELIGIOSAS----- 06</div> <div>CERCA DE LA MENOPAUSIA----- 08</div> <div>PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES----- 09</div> <div>COMPAÑERO SE OPONE----- 10</div> <div>SIN VIDA SEXUAL----- 11</div> <div>ES TODAVÍA MUY JOVEN----- 12</div> <div>NUNCA PENSÓ EN ELLO----- 13</div> <div>NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO-- 14</div> <div>TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS----- 15</div> <div>OTRO _____ 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE----- 98</div>	
727P	PASE A 729		
728	<div>¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?</div> <div>MP728</div> <div>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</div>	<div>MIEDO A LA OPERACIÓN----- 01</div> <div>MIEDO A EFECTOS COLATERALES----- 02</div> <div>INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO----- 03</div> <div>MUY CARO ----- 04</div> <div>RAZONES RELIGIOSAS----- 06</div> <div>CERCA DE LA MENOPAUSIA----- 08</div> <div>PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES----- 09</div> <div>COMPAÑERO SE OPONE----- 10</div> <div>SIN VIDA SEXUAL----- 11</div> <div>ES TODAVÍA MUY JOVEN----- 12</div> <div>NUNCA PENSÓ EN ELLO----- 13</div> <div>NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO-- 14</div> <div>TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS----- 15</div> <div>OTRO _____ 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE----- 98</div>	
729	<div>¿En general, está usted de acuerdo con que las parejas usen métodos o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?</div> <div>MP729</div>	<div>ESTA DE ACUERDO ----- 1</div> <div>NO ESTA DE ACUERDO ----- 2</div> <div>SIN OPINION ----- 8</div>	
730	<div>¿Es aceptable para usted que se transmita por la radio información sobre planificación familiar?</div> <div>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita....?)</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>NO SABE ----- 8</div> <div>MP730</div>	
731	<div>¿Es aceptable para usted que se transmita por la televisión información sobre planificación familiar?</div> <div>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita....?)</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>NO SABE ----- 8</div> <div>MP731</div>	
732	<div>¿En los últimos 6 meses, ha conversado usted sobre la práctica de la planificación familiar con algun@ de sus familiares o amig@s?</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>MP732</div>	<div>→ 734</div>



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	ESPOSO/COMPAÑERO ----- MADRE ----- PADRE ----- HERMANAS ----- HERMANOS ----- HIJ@ ----- SUEGR@ ----- AMIG@S ----- OTRO ----- (ESPECIFIQUE)	MP733A MP733B MP733C MP733D MP733E MP733F MP733G MP733H MP733X	A B C D E F G H X				
734	Según usted, ¿Cuánto tiempo es apropiado para esperar entre el nacimiento de un/a hij@ y otr@? MP734	MESES ----- 1 AÑOS ----- 2 OTRO ----- 9 9 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 9 9 8	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					
735F	REVISE 314F PAG.7 AL MENOS UN EMBARAZO 1 MP735F 2 NO HA TENIDO NINGUN EMBARAZO 800F							
736	¿Con su primer embarazo tuvo un hij@ nacid@ viv@, o un nacid@ muert@ o fue un aborto? MP736	NACID@ VIV@ ----- 1 NACID@ MUERT@ ----- 2 PERDIDA O ABORTO ----- 3 EMBARAZO ECTOPICO ----- 4 AUN EMBARAZADA ----- 5	800F 800F 800F 800F					
737	¿La pérdida o aborto fue espontánea o provocada? MP737	ESPONTANEA ----- 1 PROVOCADA ----- 2						
738	¿Dónde la atendieron para el tratamiento de la pérdida o aborto? MP738	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? MP739	SI ----- 1 NO ----- 2		741				
740	¿Cuánto pagó por la atención o tratamiento? MP740	QUETZALES ----- NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
741	¿Compró medicinas para el tratamiento? MP741	SI ----- 1 NO ----- 2		743				
742	¿Cuánto gastó en medicinas para el tratamiento? MP742	QUETZALES ----- NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
743	¿Tuvo tratamiento médico después del aborto? MP743	SI ----- 1 NO ----- 2		800F				
744	¿Cuánto gastó en el tratamiento después del aborto? MP744	QUETZALES ----- NO SABE / NO RECUERDA ----- 9 9 9 8	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					



SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
800F	REVISE 102 Y 103 PAG.1 MUJER DE 15 A 24 AÑOS 1 MP800F 2 MUJER DE 25 A 49 AÑOS 835Y			
801Y	Ahora le haré unas preguntas sobre temas de educación sexual y del inicio de su vida sexual.			
802	¿En la escuela o colegio, alguna vez recibió alguna lección, curso o charla sobre educación sexual? MP802	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? SI NO RECUERDA, SONDEAR EDAD, Ej.: ¿hace cuánto tiempo fue el curso? MP803	EDAD ----- NO SABE / NO RECUERDA ----- 98		
804	¿En que grado estaba cuando recibió la primera lección, curso o charla en la escuela o colegio? MP804	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 MP805A MP805B MP805C MP805D MP805E MP805F	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? MP806	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE NO RECUERDA ----- 8	→ 810 → 810	
807	¿Qué institución dio la lección, curso o charla? MP807A MP807B MP807C MP807D MP807E MP807F MP807X MP807Z	ONG ----- (ESPECIFIQUE) IGLESIA ----- MSPAS ----- INSTITUCIÓN EDUCATIVA ----- APROFAM ----- MUNICIPALIDAD ----- OTRO: ----- (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA -----	A B C D E F X Z	
808	¿Qué edad tenía cuando participó la primera vez en esa lección, curso o charla? MP808	EDAD----- 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 MP805A MP805B MP805C MP805D MP805E MP805F	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	<p>¿En su opinión cuál es el método anticonceptivo mas adecuado para los adolescentes hombres?</p> <p>¿Cual es el método anticonceptivo mas adecuado para las adolescentes mujeres?</p>	<div><div></div><div>HOMBRE</div><div>MUJER</div></div> <p>PILDORA ----- MP810H 01 01 MP810H</p> <p>DIU ----- 02 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 09</p> <p>RETIRO ----- 10 10</p> <p>MELA ----- 11 11</p> <p>NINGUN METODO ----- 12 12</p> <p>OTRO _____ 96 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98 98</p>			
811	<p>En su opinión. ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?</p> <p>MP811</p>	SI ----- 1			
		NO ----- 2			
		NO SABE ----- 8			
812	<p>¿En qué mes y año tuvo usted su primera relación sexual con un hombre?</p> <p>MP812R</p>	ENTREVISTADA DA FECHA ----- 1			
		MES ----- MP812M <div><div></div><div></div></div> ←			
		NO SABE MES ----- 9 8			
		AÑO ----- MP812A <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
		PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIO ----- 2			
		NUNCA HA TENIDO RELACIONES----- 3			→900Y
		NO RECUERDA ----- 8			
813	<p>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre?</p> <p>MP813</p>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div><div></div><div></div></div>			
		NO SABE ----- 9 8			
814	<p>¿Qué edad tenía el hombre con quien tuvo la primera relación sexual?</p> <p>MP814</p>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div><div></div><div></div></div>			
		NO SABE ----- 9 8			
815	<p>¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento?</p> <p>MP815</p>	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	<p>¿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</p> <p>MP816</p>	DECIDIERON JUNTOS----- 1			
		ELLA LO CONVENCIO ----- 2			
		EL LA CONVENCIO ----- 3			
		EL LA OBLIGO ----- 4			
		FORZADA O VIOLADA ----- 5			→ 822F
		NO SABE ----- 8			
817	<p>¿Usó usted o su pareja algún método para prevenir enfermedad de transmisión sexual o embarazo durante esa primera relación sexual?</p> <p>MP817</p>	SI ----- 1			→ 820
		NO ----- 2			
		NO SABE ----- 8			→ 822F



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



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? <div>MP825</div>	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? <div>MP826</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div><div></div><div></div></div> NO SABE ----- 9 8	
827	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento? <div>MP827</div>	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? <div>MP828</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	
829	¿Ahora viven juntos en el mismo hogar? <div>MP829</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 832
830	¿Mantiene relaciones amigables con él? <div>MP830</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	
831	¿Le da /dio algún apoyo económico, afectivo o los dos? <div>MP831</div>	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? <div>MP832</div>	QUERIA EN ESE MOMENTO ----- 1 ESPERAR MAS TIEMPO ----- 2 NO LO QUERIA ----- 3 NO SABE ----- 8	→ 834P
833	¿Pensó en interrumpir el embarazo? <div>MP833</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 8	
834P	PASE A 844		
835Y	Ahora le haré unas preguntas sobre temas de educación sexual y del inicio de su vida sexual.		
836	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre? <div>MP836</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div><div></div><div></div></div> NUNCA HA TENIDO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8	→ 900Y
837	¿Qué edad tenía el hombre con quien tuvo su primera relación sexual? <div>MP837</div>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <div><div></div><div></div></div> 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? <div>MP838</div>	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 decidieron juntos, usted lo convenció, él la convenció, su pareja la obligó o fue forzada o violada? <div>MP839</div>	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? <div>MP840</div> 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? <div>MP841</div>	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 LOS DOS ----- 3 NO RECUERDA ----- 8	
842P	PASE A 844		



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



SECCION 9. SALUD DE LA MUJER				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS		PASE A
900Y	Cambiando de tema, le voy a hacer algunas preguntas de su salud como mujer.			
901	¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas? <div>MP901</div>	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 906
902	¿En los últimos 30 días ha tomado bebidas alcohólicas? <div>MP902</div>	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 906
903	¿Qué licor o bebida ha tomado durante los últimos 30 días? <div>MP903A</div> <div>MP903B</div> <div>MP903C</div> <div>MP903D</div> <div>MP903E</div> ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL	<div>BEBIDA</div> <div>CODIGO</div> <div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>D</div> <div>E</div> Y NO RECUERDA ----- <div>9</div> <div>8</div>		→ 905
904	¿La última vez que tomó (NOMBRE DE BEBIDA MENCIONADA) qué cantidad consumió? <div>MP904AN</div> <div>MP904BN</div> <div>MP904CN</div> <div>MP904DN</div> <div>MP904EN</div> REVISE 903 ESCRIBA LA CANTIDAD EN LOS RECUADROS Y LA UNIDAD EN EL ESPACIO EN BLANCO. ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL	<div>NUMERO</div> <div>UNIDAD</div> <div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>D</div> <div>E</div> <div>MP904AU</div> <div>MP904BU</div> <div>MP904CU</div> <div>MP904DU</div> <div>MP904EU</div>		
905	¿Con qué frecuencia llega usted tomada o ebria al hogar? <div>MP905</div>	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? <div>MP906</div>	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 910
907	¿Durante los últimos 30 días, ha fumado cigarrillos? <div>MP907</div>	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 910
908	Durante los últimos 30 días, en promedio ¿Cuántos cigarrillos fumó usted por día? <div>MP908</div>	NUMERO ----- FUMA OCASIONALMENTE ----- OTRO ----- NO RECUERDA -----	<div>9</div> <div>5</div> <div>9</div> <div>6</div> <div>9</div> <div>8</div>	
910	En las <u>últimas cuatro semanas</u> ¿ha tomado algún medicamento o remedio para: <div>MP910A</div> <div>MP910B</div> <div>MP910C</div> a) Ayudarle a calmarse o para dormir? b) Calmar algún dolor? c) Ayudarla a no sentirse triste o deprimida? PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA, INDAGUE: ¿Con que frecuencia? ¿Una o dos veces, algunas veces o muchas veces?	<div>NO</div> <div>UNA O DOS VECES</div> <div>POCAS VECES</div> <div>MUCHAS VECES</div> <div>A) PARA DORMIR ----- 1 2 3 4</div> <div>B) PARA ALGUN DOLOR ---- 1 2 3 4</div> <div>C) PARA LA DEPRESION --- 1 2 3 4</div>		
911	En las <u>últimas cuatro semanas</u> ¿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)	<div>MP911A</div> <div>MP911B</div> <div>MP911C</div> <div>MP911D</div> <div>MP911E</div> <div>MP911F</div> <div>MP911X</div> <div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>D</div> <div>E</div> <div>F</div> <div>X</div>	



SECCION 9. SALUD DE LA MUJER									
No	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CODIGOS				PASE A		
912	¿Cuánto tiempo le lleva <u>ir</u> a la farmacia más cercana?		MP912A		TIEMPO		CODIGOS		MEDIO
	¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir?		MINUTOS ----- 1		<div><div></div><div></div></div>		1. BUS		
			HORAS ----- 2		<div><div></div><div></div></div>		2. CARRO		<div><div></div></div>
			NO SABE ----- 9		9 8		3. MOTO		
							4 TUCTUC		
							5. A PIE		MP912B
							6. OTRO		
913	¿Cuánto tiempo le lleva <u>ir</u> al puesto de salud más cercano?		MP913A		TIEMPO		CODIGOS		MEDIO
	¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir?		MINUTOS ----- 1		<div><div></div><div></div></div>		1. BUS		
	NOMBRE _____		HORAS ----- 2		<div><div></div><div></div></div>		2. CARRO		<div><div></div></div>
			NO SABE ----- 9		9 8		3. MOTO		
							4 TUCTUC		
							5. A PIE		MP913B
							6. OTRO		
914	¿Cuánto tiempo le lleva ir al centro de salud más cercano?		MP914A		TIEMPO		CODIGOS		MEDIO
	¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir?		MINUTOS ----- 1		<div><div></div><div></div></div>		1. BUS		
	NOMBRE _____		HORAS ----- 2		<div><div></div><div></div></div>		2. CARRO		<div><div></div></div>
			NO SABE ----- 9		9 8		3. MOTO		
							4 TUCTUC		
							5. A PIE		MP914B
							6. OTRO		
915	¿Cuánto tiempo le lleva ir al hospital más cercano?		MP915A		TIEMPO		CODIGOS		MEDIO
	¿Qué medio de transporte utiliza regularmente para ir?		MINUTOS ----- 1		<div><div></div><div></div></div>		1. BUS		
	NOMBRE _____		HORAS ----- 2		<div><div></div><div></div></div>		2. CARRO		<div><div></div></div>
			NO SABE ----- 9		9 8		3. MOTO		
							4 TUCTUC		
							5. A PIE		MP915B
							6. OTRO		
916Y	Las siguientes preguntas están relacionas con otros problemas que pueden haber estado molestándole en las ultimas cuatro semanas.								
917	En las <u>últimas 4 semanas</u> usted en algún momento				918	¿Con qué frecuencia le ha pasado en las ultimas 4 semanas?			
SI RESPONDE SI EN 917, PREGUNTE 918					SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NO RESPONDE	
a) ¿Ha tenido dolores de cabeza con frecuencia?		SI ----- 1 →	MP917A		1	MP918A	2	3	8
		NO ----- 2 →							
b) ¿Ha tenido poco apetito?		SI ----- 1 →	MP917B		1	MP918B	2	3	8
		NO ----- 2 →							
c) ¿Ha tenido problemas para dormir?		SI ----- 1 →	MP917C		1	MP918C	2	3	8
		NO ----- 2 →							
d) ¿Se ha sentido nerviosa, tensa o preocupada?		SI ----- 1 →	MP917D		1	MP918D	2	3	8
		NO ----- 2 →							
e) ¿Ha tenido mala digestión? (todo le cae mal al estomago)		SI ----- 1 →	MP917E		1	MP918E	2	3	8
		NO ----- 2 →							
f) ¿Ha tenido tristeza o depresión?		SI ----- 1 →	MP917F		1	MP918F	2	3	8
		NO ----- 2 →							
g) ¿Ha llorado más de lo usual?		SI ----- 1 →	MP917G		1	MP918G	2	3	8
		NO ----- 2 →							
h) ¿Se ha sentido cansada más de lo normal?		SI ----- 1 →	MP917H		1	MP918H	2	3	8
		NO ----- 2 →							
i) ¿Alguna vez en su vida ha pensado o intentado suicidarse?		SI ----- 1 →	MP917I		1	MP918I	2	3	8
		NO ----- 2 →							
919Y	Las siguientes preguntas están relacionadas con el cáncer de matriz y el cáncer de mama.								
920	¿Ha oído hablar del examen para diagnosticar cáncer en la matriz, papanicolau o ácido acético (IVAA) que se realizan las mujeres?		MP920		SI ----- 1				
					NO ----- 2		→ 928		
921	¿Se ha hecho alguna vez en su vida éste examen?		MP921		SI, PAPANICOLAU ----- 1		→ 924		
	SI LA RESPUESTA ES SI PREGUNTE SI FUE PAPANICOLAU O ÁCIDO ACÉTICO				SI, ACIDO ACETICO ----- 2		→ 924		
					SI, NO RECUERDA EL METODO ----- 3		→ 924		
					NO ----- 4				



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)? <div>MP922</div>	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		
923P	PASE A 928			
924	¿Qué edad tenía cuando se hizo el examen de papanicolau/ ácido acético (IVAA) por primera vez?	EDAD EN AÑOS ----- <div>MP924</div> <div></div> <div></div> 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 <div></div> <div></div> MESES ----- <div>MP925</div> ----- 2 <div></div> <div></div> AÑOS ----- 3 <div></div> <div></div> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 <div>9</div> <div>8</div>		
926	¿En qué lugar le hicieron el examen? <div>MP926</div> 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? <div>MP927</div>	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)? <div>MP928</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 9		
929	¿En alguna consulta de salud, alguna vez le han examinado los pechos? <div>MP929</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 9		
930	¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos usted sola? <div>MP930</div>	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? <div>MP931</div>			DIAS ----- 1 SEMANAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NUNCA SE LO HA HECHO ----- 9 9 7 NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 9 8												
932Y	Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de algunas vacunas para usted.															
932A	¿Se vacunó contra Sarampión y Rubéola (SR) en la campaña de abril y mayo 2007? <div>MP932A</div> PIDA QUE LE MUESTRE EL CARNET DE VACUNACION A LA ENTREVISTADA			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? <div>MP932B</div>			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 <div>1</div> NO HA TENIDO EMBARAZOS <div>2</div> 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? <div>MP933</div>			SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8					935F 935F							
934	¿Cuántas veces ha recibido la inyección en el brazo para evitar el tétanos? <div>MP934</div>			NUMERO DE VECES (INYECCIONES) ----- NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8												
935F	REVISE 102 Y 103 PAG.1 MUJER DE 30 A 49 AÑOS <div>1</div> <div>MP935F</div> <div>2</div> MUJER DE 15 A 29 AÑOS 943Y															
936Y	Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con algunos exámenes de salud.															
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) <div>MP937_01</div>			1	2	MESES 1 AÑOS 2 <div>MP938_01</div>			1	2	8	<div>MP940_01</div> Si Cod= 0		<div>MP941_01</div>			
2. COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS (Grasa en la sangre) <div>MP937_02</div>			1	2	MESES 1 AÑOS 2 <div>MP938_02</div>			1	2	8	<div>MP940_02</div> Si Cod= 0		<div>MP941_02</div>			
3. HIPERTENSION ARTERIAL (Presión alta) <div>MP937_03</div>			1	2	MESES 1 AÑOS 2 <div>MP938_03</div>			1	2	8	<div>MP940_03</div> Si Cod= 0		<div>MP941_03</div>			
4. OSTEOPOROSIS (Examen de los huesos) <div>MP937_04</div>			1	2	MESES 1 AÑOS 2 <div>MP938_04</div>			1	2	8	<div>MP940_04</div> Si Cod= 0		<div>MP941_04</div>			
CODIGOS PREGUNTA 940 1. DEBE REPETIRLOS 2. LA REFIRIERON A HOSPITAL 3. LA REFIRIERON A ESPECIALISTA 4. LE DIERON TRATAMIENTO 0. NO LE RECOMENDARON NADA						CODIGOS PREGUNTA 941 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? <div>MP942</div>			QUETZALES ----- NO SABE/NO RESPONDE ----- 9 9 9 8												



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



SECCION 10 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)						
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS			PASE A	
1000Y	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.					
1001V	<div>• ENTREVISTADORA:</div> <div>• EN COLUMNA PREGUNTA 1002 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA INFECCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA.</div> <div>• PARA CADA UNA DE LAS INFECCIONES QUE NO MENCIONE, HAGA LA PREGUNTA 1003. SI LA ENTREVISTADA</div> <div>• RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARQUE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÓDIGO 3</div>					
1002	¿Qué enfermedades conoce o ha escuchado hablar que se transmiten por medio de las relaciones sexuales?	1003	¿Conoce o ha escuchado hablar de (ENFERMEDAD)?		1004	
		SI ESPONTANEO	SI	NO	SI	NO
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	2	3	1	2
2. GONORREA (PURGACION, FLOR BLANCA)	Produce flujo color blanco, amarillo o verde que puede ser vaginal, uretral, anal.	1	2	3	1	2
3. HERPES GENITAL	Se caracteriza por la erupción de pequeñas ampollas o úlceras dolorosas sobre los genitales.	1	2	3	1	2
4. VIH/SIDA	VIH es un virus que debilita el sistema inmune y que puede causar la enfermedad SIDA.	1	2	3		
5. ¿Conoce o ha escuchado hablar de alguna otra enfermedad o infección?	SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR	1	2	3	1	2
1005F	VEA EN PREGUNTAS 1002 Y 1003 SI HA OÍDO HABLAR DEL VIH / SIDA	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?	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.....	SI NO NO SABE				
	A. Mientras está embarazada?,	A. MIENTRAS ESTA EMBARAZADA ----- 1 2 8				
	B. Durante el parto?	B. DURANTE EL PARTO ----- 1 2 8				
	C. Después del nacimiento?	C. DESPUÉS DEL PARTO ----- 1 2 8				
1008	¿Piensa usted que el SIDA se puede curar?	SI ----- 1				
		NO ----- 2				
		NO SABE ----- 8				



SECCION 10. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS /VIH / SIDA)									
No	PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CODIGOS				PASE A
1009V	ENTREVISTADORA: • -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					1011 ¿Es una forma para evitar el VIH / SIDA ...?				
¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse del VIH / SIDA?					DIRIGIDO				
					SI ESPONTÁNEO				
					SI				
					NO				
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			
1012	¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH / SIDA al						SI	NO	NS / NR
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			
1015P	PASE A 1017								



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? <div>MP1016</div>	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? <div>MP1017</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1032
1018	¿Sabe dónde hacen esa prueba? <div>MP1018</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1030
1019	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH / SIDA? <div>MP1019</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RESPONDE ----- 8	→ 1029 → 1032
1020F	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) <div>MP1020F</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1022
1021	¿Le hicieron la prueba durante el control prenatal? <div>MP1021</div>	SI ----- 1 NO ----- 2	
1022	¿Hace cuánto tiempo fue que le hicieron la prueba de VIH/SIDA la última vez? <div>MP1022</div>	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? <div>MP1023</div>	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? <div>MP1024</div>	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? <div>MP1025</div>	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? <div>MP1026</div>	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? <div>MP1027</div>	SI -----	1		
		NO -----	2		
1028P	PASE A 1032				
1029	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH / SIDA? <div>MP1029</div>	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? <div>MP1030</div>	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? <div>MP1031</div>	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			
1032	Pensando en lo que pudiera suceder en (NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO):				SI NO NS / NR
a.	Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos está infectado con VIH/ SIDA, ¿Le compraría usted a él?	1	2	8	MP1032A
b.	Si supiera que un compañero de trabajo está infectado con VIH/ SIDA, ¿Estaría dispuesta a trabajar con él/ella?	1	2	8	MP1032B
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	MP1032C
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	MP1032D
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	MP1032E



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.								
<div>PRIVACIDAD OBTENIDA. ENTREVISTADA SOLA 1 MP1100V 2 PRIVACIDAD IMPOSIBLE. NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA 1155</div>									
1101F	REVISE 201 Y 202 PAG.4								
<div>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA 1 ACTUALMENTE NO ESTA CASADA/UNIDA 2 MP1101F 1105Y</div>									
1102Y	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.								
1103 Tiene que pedirle permiso a su esposo para:					1104 ¿Con qué frecuencia tiene que pedir permiso usted para?				
SI RESPONDE SI EN 1103 PREGUNTE 1104					SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NO RESPONDE	
a) ¿Salir sola fuera de casa a cualquier parte?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103A	1	2	3	8	
b) ¿Realizar algún gasto de la casa?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103B	1	2	3	8	
c) ¿Ir a visitar a sus familiares?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103C	1	2	3	8	
d) ¿Ir a visitar a sus amig@s?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103D	1	2	3	8	
e) ¿Trabajar afuera de casa?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103E	1	2	3	8	
f) ¿Usar algún método de Planificación Familiar?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103F	1	2	3	8	
g) ¿Ir con un médico cuando se siente enferma?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103G	1	2	3	8	
h) ¿Participar en actividades de su comunidad?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103H	1	2	3	8	
i) ¿Administrar el dinero de la casa?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103I	1	2	3	8	
j) ¿Si quisiera seguir estudiando o quisiera aprender algún oficio?		SI ----- 1	NO ----- 2	MP1103J	1	2	3	8	
1105Y	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								
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? <div>MP1111</div>	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? <div>MP1112</div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 3	
1113	Antes que usted cumpliera los 15 años, ¿Usted fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RECUERDA ----- 8 <div>MP1113</div>	
1114	Y después de que usted cumplió los 15 años hasta ahora ¿fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO RECUERDA ----- 8 <div>MP1114</div>	→ 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 ----- MADRE ----- HERMANO ----- HERMANA ----- PADRASTRO/MADRASTRA ----- MARIDO/ESPOSO ----- NOVIO ----- OTRO FAMILIAR ----- AMIGO (A) /CONOCIDO (A) ----- DESCONOCIDO ----- OTRO ----- (ESPECIFIQUE) <div>MP1115A MP1115B MP1115C MP1115D MP1115E MP1115F MP1115G MP1115H MP1115I MP1115J MP1115Z</div>	A B C D E F G H I J Z
1116F	REVISE PREGUNTA 201 Y 202 PAG.4 SI ESTA ACTUAL O ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA CONVIVIENDO CON PAREJA <div>MP1116F</div>	ALGUNA VEZ CASADA/UNIDA ----- 1 SOLTERA (NUNCA CASADA/UNIDA) ----- 2	→ 1146Y
1117Y	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.		
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 ----- 4 NUNCA ----- 6 NO SABE ----- 8 <div>MP1118</div>	



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
1122F	VERIFICAR P.1120A Y 1121A SI TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL (CUALQUIERA 1120A O 1121A = 1)	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				MP1123
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				MP1124
1125F	VER PREG. 400F. PAG. 15 ¿HA TENIDO UN NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 2003 (2004)?	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				→ 1130F → 1130F
1127	¿Le había golpeado la misma persona antes de estar embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8				MP1127



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? <div>MP1128</div>	SI -----	1	
		NO -----	2	→ 1130F
		NO SABE -----	8	→ 1130F
1129	¿Qué consecuencias tuvieron esos golpes en el abdomen?	HEMORRAGIAS -----	<div>MP1129A</div>	A
		COMPLICACIONES DEL EMBARAZO -----	<div>MP1129B</div>	B
		PERDIDA O ABORTO -----	<div>MP1129C</div>	C
		OTRO -----	<div>MP1129X</div>	X
		(ESPECIFIQUE)		
1130F	VERIFICAR PREGUNTA. 1120B Y 1121B SI TUVO VIOLENCIA FISICA O SEXUAL EN EL ULTIMO AÑO (CUALQUIERA 1120B O 1121B = 1) <div>MP1130F</div>	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: (LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)	SI NO		
		A ¿DOLORES DE CABEZA O EN EL CUERPO?-----	1 2	<div>MP1131A</div>
		B ¿ANGUSTIA TAL QUE NO PODRÍA CUMPLIR CON SUS DEBERES? -----	1 2	<div>MP1131B</div>
		C. MIEDO A QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR? -----	1 2	<div>MP1131C</div>
		D ¿FALTO A SU TRABAJO O NO REALIZÓ ACTIVIDADES PARA GANAR DINERO -----	1 2	<div>MP1131D</div>
		E. ¿DEPRESIÓN Y TRISTEZA? -----	1 2	<div>MP1131E</div>
		F. ¿DESEO DE MORIR?-----	1 2	<div>MP1131F</div>
		G. ¿DESEO DE AGREDIR A ALGUIEN? -----	1 2	<div>MP1131G</div>
1132	Durante el último año, ¿Usted fue lesionada físicamente como resultado de la violencia/abuso de su(s) esposo(s) o pareja(s)? <div>MP1132</div>	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	<div>MP1133A</div>
		RAZGUÑOS, ROZADURAS, MORETONES-----	B	<div>MP1133B</div>
		TORCEDURAS, DISLOCACIONES-----	C	<div>MP1133C</div>
		QUEMADURAS-----	D	<div>MP1133D</div>
		HERIDAS PENETRANTES, CORTES PROFUN CUCHILLADAS	E	<div>MP1133E</div>
		TIMPANO ROTO, HERIDAS EN LOS OJOS -----	F	<div>MP1133F</div>
		FRACTURAS, HUESOS ROTOS -----	G	<div>MP1133G</div>
		DIENTES ROTOS -----	H	<div>MP1133H</div>
		OTRO -----	Z	<div>MP1133Z</div>
		(ESPECIFIQUE)		
1134	¿Usted recibió asistencia médica por ese daño ó lesión? <div>MP1134</div>	SI -----	1	
		NO -----	2	→ 1136Y
1135	¿Le dijo al trabajador de salud la causa real de su daño ó lesión? <div>MP1135</div>	SI -----	1	
		NO -----	2	
1136Y	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que pasó cuando su pareja es/fue violento durante el ultimo año.			
1137	¿Cuáles son las situaciones particulares que lo ponen/ponían violento? ¿Alguna otra situación? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO HUBO RAZON -----	<div>MP1137A</div>	A
		CUANDO EL ESTA BORRACHO O DROGADO ----	<div>MP1137B</div>	B
		PROBLEMAS DE DINERO -----	<div>MP1137C</div>	C
		PROBLEMAS CON SU TRABAJO -----	<div>MP1137D</div>	D
		CUANDO EL ESTA DESEMPLEADO -----	<div>MP1137E</div>	E
		CUANDO NO HAY COMIDA EN CASA -----	<div>MP1137F</div>	F
		PROBLEMAS CON LA FAMILIA DE EL O ELLA	<div>MP1137G</div>	G
		CUANDO ELLA ESTA EMBARAZADA -----	<div>MP1137H</div>	H
		EL ESTA CELOSO DE ELLA -----	<div>MP1137I</div>	I
		ELLA SE NIEGA A TENER SEXO -----	<div>MP1137J</div>	J
		ELLA DESOBEDECE -----	<div>MP1137K</div>	K
		ELLA LE RECLAMA -----	<div>MP1137L</div>	L
		OTRO -----	<div>MP1137Z</div>	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? <div>MP1138</div>			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 ----- <div>MP1139A</div> AMISTADES ----- <div>MP1139B</div> PADRES ----- <div>MP1139C</div> HERMANO O HERMANA ----- <div>MP1139D</div> TIO O TIA ----- <div>MP1139E</div> FAMILIA DE ESPOSO/PAREJA ----- <div>MP1139F</div> HIJOS ----- <div>MP1139G</div> VECINOS ----- <div>MP1139H</div> POLICIA ----- <div>MP1139I</div> DOCTOR/PERSONAL DE SALUD ----- <div>MP1139J</div> SACERDOTE/LIDER RELIGIOSO ----- <div>MP1139K</div> ONG/ORGANIZACIÓN PARA LA MUJER ----- <div>MP1139L</div> LIDER LOCAL ----- <div>MP1139M</div> OTRO ----- <div>MP1139Z</div> (ESPECIFIQUE)					A B C D E F G H I J K L M Z	→ 1145
1140	¿Acudió usted a algunos de los siguientes lugares a pedir ayuda? LEER CADA UNA 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 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 (ESPECIFIQUE)			<div>MP1140AA</div> <div>MP1140AB</div> <div>MP1140AC</div> <div>MP1140AD</div> <div>MP1140AE</div> <div>MP1140AF</div> <div>MP1140AG</div> <div>MP1140AH</div> <div>MP1140AZ</div> <div>MP1140BA</div> <div>MP1140BB</div> <div>MP1140BC</div> <div>MP1140BD</div> <div>MP1140BE</div> <div>MP1140BF</div> <div>MP1140BG</div> <div>MP1140BH</div> <div>MP1140BZ</div>
1141F	VER PREGUNTA 1140A ¿ACUDIO A ALGUN LUGAR? (AL MENOS "1" SI)? <div>MP1141F</div>			SI ----- 1 NO ----- 2					→ 1145	
1142	¿Alguna vez ha puesto una denuncia por el maltrato de su esposo o pareja?			SI ----- 1 NO ----- <div>MP1142</div> 2						
1143	¿Qué razones le llevaron a buscar ayuda? MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS ¿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 NIÑ@S ----- 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)					<div>MP1143A</div> <div>MP1143B</div> <div>MP1143C</div> <div>MP1143D</div> <div>MP1143E</div> <div>MP1143F</div> <div>MP1143G</div> <div>MP1143H</div> <div>MP1143I</div> <div>MP1143X</div>	



SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
1144P	PASE A 1146Y			
1145	<div>¿Por qué no acudió a nadie o a ningún servicio?</div> <div>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div> <div>¿Alguna otra razón?</div>	<div>NO CONFIA EN NADIE ----- A</div> <div>NO SABIA DONDE IR ----- B</div> <div>TEMOR A AMENAZAS/CONSECUENCIAS MAS VOLENCIA --- C</div> <div>NO ERA GRAVE / NO ERA NECESARIO ----- D</div> <div>VERGÜENZA ----- E</div> <div>POR FALTA DE DINERO ----- F</div> <div>CREIA QUE NO LE AYUDARIAN/SABE DE</div> <div>OTRA MUJER QUE NO FUE AYUDADA ----- G</div> <div>TEMOR QUE SE TERMINARA LA RELACION ----- H</div> <div>TEMOR A PERDER A LOS HIJOS ----- I</div> <div>TEMOR A MANCHAR EL NOMBRE DE LA FAMILIA ----- J</div> <div>LA RELIGIÓN LO PROHIBE ----- K</div> <div>LE PROMETIO QUE NO VOLVERIA A PASAR ----- L</div> <div>OTRO ----- X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE/NO RESPONDE ----- Z</div>	<div>MP1145A</div> <div>MP1145B</div> <div>MP1145C</div> <div>MP1145D</div> <div>MP1145E</div> <div>MP1145F</div> <div>MP1145G</div> <div>MP1145H</div> <div>MP1145I</div> <div>MP1145J</div> <div>MP1145K</div> <div>MP1145L</div> <div>MP1145X</div> <div>MP1145Z</div>	
1146Y	Muchas mujeres han sufrido otros tipos de violencia por parte de parientes, conocidos y/o desconocidos.			
1147	<div>Alguna vez en su vida ¿Alguien la obligo o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no quería?</div> <div>MP1147</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>NO RECUERDA ----- 3</div> <div>NO RESPONDE ----- 8</div>	<div>→ 1155</div> <div>→ 1155</div> <div>→ 1155</div>	
1148	<div>¿Qué edad tenia usted cuando le pasó por primera vez?</div> <div>MP1148</div>	<div>AÑOS ----- SI 12 O MAS -----</div> <div>NO RECUERDA/NO RESPONDE ----- 98</div>	<div>→ 1150</div>	
1149	<div>¿Y esto le pasó también a partir de los 12 años de edad?</div> <div>MP1149</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div>		
1150	<div>¿Quién(es) la ha(n) obligado a tener relaciones sexuales aún cuando usted no quería?</div> <div>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div> <div>¿Y alguien más?</div>	<div>ESPOSO/COMPAÑERO ----- A</div> <div>EX -ESPOSO/ EX -COMPAÑERO ----- B</div> <div>PADRE ----- C</div> <div>PADRASTRO ----- D</div> <div>HERMANO ----- E</div> <div>TIO ----- F</div> <div>PRIMO ----- G</div> <div>MAESTRO ----- H</div> <div>NOVIO/EX NOVIO ----- I</div> <div>PATRON/HIJO DEL PATRON ----- J</div> <div>VECINO/AMIGO/CONOCIDO ----- K</div> <div>LIDERES RELIGIOSOS ----- L</div> <div>DESCONOCIDO ----- M</div> <div>OTRO ¿QUIÉN? ----- X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>MP1150A</div> <div>MP1150B</div> <div>MP1150C</div> <div>MP1150D</div> <div>MP1150E</div> <div>MP1150F</div> <div>MP1150G</div> <div>MP1150H</div> <div>MP1150I</div> <div>MP1150J</div> <div>MP1150K</div> <div>MP1150L</div> <div>MP1150M</div> <div>MP1150X</div>	
1151	<div>¿Cuándo eso le paso ¿Pidió ayuda a alguien?</div> <div>MP1151</div>	<div>SI ----- 1</div> <div>NO ----- 2</div> <div>NO RECUERDA/NO RESPONDE ----- 3</div>	<div>→ 1154</div> <div>→ 1154</div>	



SECCION 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1152	<p>¿A quién pidió ayuda?</p> <p>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</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>
1153P	PASE A 1155		
1154	<p>¿Cuál fue la razón/las razones por las que no pidió ayuda?</p> <p>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</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>MP1155</p>	
1156	<p>¿En qué forma usualmente le castigan(castigaban) a usted sus padres?</p> <p>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</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	REVISE 400F PAG. 15								
<div>AL MENOS UN HIJ@ VIV@<div>1</div><div>MP1157F</div><div>2</div>NINGUN HIJ@ VIV@1160V</div>									
1158	REVISE 322 PAG.8		HIJOSHIJAS						
TIENE HIJOS <div>1</div> TIENE HIJAS <div>2</div>			PADRE -----		MP1158AH		A	A	MP1158AM
¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos varones en el hogar?			MADRE -----		MP1158BH		B	B	MP1158BM
¿Quién castiga (castigaba) a sus hijas mujeres en el hogar?			OTRO -----		MP1158XH		X	X	MP1158XM
			(ESPECIFIQUE)		MP1158YH		Y	Y	MP1158YM
NADIE/NO LOS CASTIGAN -----									
1159	¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijos ?		Castigo por Padre		Castigo por Madre		Castigo por otra persona		
¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijas ?			SI 1058=A <div></div>		SI 1058=B <div></div>		SI 1058=X <div></div>		
			HIJOSHIJAS		HIJOSHIJAS		HIJOSHIJAS		
A. NALGADAS -----			MP1159AAA	MP1159ABA	MP1159BAA	MP1159BBA	MP1159CAA	MP1159CBA	
B. REGAÑO -----			MP1159AAB	MP1159ABB	MP1159BAB	MP1159BBB	MP1159CAB	MP1159CBB	
C. PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA -----			MP1159AAC	MP1159ABC	MP1159BAC	MP1159BBC	MP1159CAC	MP1159CBC	
D. NO DANDOLE DE COMER -----			MP1159AAD	MP1159ABD	MP1159BAD	MP1159BBD	MP1159CAD	MP1159CBD	
E. GOLPEANDO O CASTIGO FISICO -----			MP1159AAE	MP1159ABE	MP1159BAE	MP1159BBE	MP1159CAE	MP1159CBE	
F. QUEMANDOLE -----			MP1159AAF	MP1159ABF	MP1159BAF	MP1159BBF	MP1159CAF	MP1159CBF	
G. DEJANDO ENCERRADO -----			MP1159AAG	MP1159ABG	MP1159BAG	MP1159BBG	MP1159CAG	MP1159CBG	
H. IGNORANDO -----			MP1159AAH	MP1159ABH	MP1159BAH	MP1159BBH	MP1159CAH	MP1159CBH	
I. PONIENDO MAS TRABAJO -----			MP1159AAI	MP1159ABI	MP1159BAI	MP1159BBI	MP1159CAI	MP1159CBI	
J. DEJANDO FUERA DE CASA -----			MP1159AAJ	MP1159ABJ	MP1159BAJ	MP1159BBJ	MP1159CAJ	MP1159CBJ	
K. HUNDIENDO EN AGUA -----			MP1159AAK	MP1159ABK	MP1159BAK	MP1159BBK	MP1159CAK	MP1159CBK	
L. QUITANDO LA ROPA O PERTENENCIAS -----			MP1159AAL	MP1159ABL	MP1159BAL	MP1159BBL	MP1159CAL	MP1159CBL	
M. ECHANDO AGUA -----			MP1159AAM	MP1159ABM	MP1159BAM	MP1159BBM	MP1159CAM	MP1159CBM	
N. NO DANDOLE DINERO -----			MP1159AAN	MP1159ABN	MP1159BAN	MP1159BBN	MP1159CAN	MP1159CBN	
O. HINCANDO EN MAIZ O PIEDRAS -----			MP1159AAO	MP1159ABO	MP1159BAO	MP1159BBO	MP1159CAO	MP1159CBO	
X. OTRA -----			MP1159AAX	MP1159ABX	MP1159BAX	MP1159BBX	MP1159CAX	MP1159CBX	
(ESPECIFIQUE)									
Z. NO LE CASTIGABAN -----			MP1159AAZ	MP1159ABZ	MP1159BAZ	MP1159BBZ	MP1159CAZ	MP1159CBZ	
1160V	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		SI SI MAS DE NO UNA VEZ UNA VEZ						
ESPOSO/COMPAÑERO -----			MP1160VA	A	A	A			
OTRO HOMBRE ADULTO -----			MP1160VB	B	B	B			
MUJER ADULTA -----			MP1160VC	C	C	C			
OTRA PERSONA -----			MP1160VX	X	X	X			
(ESPECIFIQUE)									



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

MP1201A_01

EDAD DEL NIÑO

MP1201B_01

NOMBRE

NUMERO DE LINEA
EDAD DEL NIÑO

NUMERO DE LINEA
EDAD DEL NIÑO

NUMERO DE LINEA
EDAD DEL NIÑO

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

EDAD DE INICIO

EDAD DE INICIO

1205

¿Está (estuvo) (NOMBRE) inscrist@ 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) inscrist@ (NOMBRE), en el año 2008(2009)?

MP1206U_01

NIVEL GRADO

MP1206N_01

NIVEL GRADO

NIVEL GRADO

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 --

NOMBRE DE LA ESCUELA --

NOMBRE DE LA ESCUELA --

1210

¿Dónde está ubicada?

MP1210_01

DIRECCION DE LA ESCUELA

DIRECCION DE LA ESCUELA

DIRECCION DE LA ESCUELA

1211P

PASE A 1215

1212

¿Qué edad tenía (NOMBRE) la última vez que l@ inscribió?

MP1212_01

AÑOS DE EDAD

AÑOS DE EDAD

AÑOS DE EDAD

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 GRADO

MP1214N_01

NIVEL GRADO

NIVEL GRADO

1215

¿Cuántas veces ha repetido (NOMBRE) un grado?

MP1215_01

No. DE VECES
NUNCA----- 0

No. DE VECES
NUNCA----- 0

No. DE VECES
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-----
NINGUNA HORA----- 0 0
NO SABE----- 9 8

NUMERO DE HORAS-----
NINGUNA HORA----- 0 0
NO SABE----- 9 8

NUMERO DE HORAS-----
NINGUNA HORA----- 0 0
NO SABE----- 9 8

1220P

PASE A SIGUIENTE HIJ@

PASE A SIGUIENTE HIJ@

** CODIGOS PARA LAS PREGUNTAS 1206 Y 1214
NIVEL EDUCATIVO:

GRADO:
0 = NINGUN
1 = PRIMARIA
2 = SECUNDARIA
4 = ALFABETIZACION
9 = NO SABE

0
1, 2, 3, 4, 5, 6
1, 2, 3, 4, 5, 6
0
8

= 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-----
MINUTOS-----

ESPAÑOL

♀

63

SECCION 13A. PESO Y TALLA DE MUJERES Y NIÑ@S					
1300V	ESCRIBA LA HORA DE INICIO DE LA MEDICIÓN		<div><div>MP1300VH</div><div>MP1300VM</div></div> <div>HORAS -----<div></div><div></div>MINUTOS -----<div></div><div></div></div>		
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		<div><div></div><div></div></div> <div>MP1302_2</div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1303F	NOMBRE DE 321 PARA NIÑ@S		(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____
1304	REVISE 323 ESCRIBA FECHA DE NACIMIENTO		DIA <div>MP1304D_2</div> <div></div> <div></div> MES <div>MP1304M_2</div> <div></div> <div></div> AÑO <div>MP1304A_2</div> <div></div> <div></div> <div></div>	DIA ----- <div></div> <div></div> MES ----- <div></div> <div></div> AÑO -- <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	DIA ----- <div></div> <div></div> MES ----- <div></div> <div></div> AÑO -- <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
1305	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) <div>MP1305_1</div>	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 <div>MP1306_2</div> (PASE A 1308) ←	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 <div>MP1306_2</div> (PASE A 1308) ←	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 <div>MP1306_2</div> (PASE A 1308) ←
1307	HOMBRO EN QUE EL NIÑ@ TIENE LA CICATRIZ, DERECHO O IZQUIERDO		HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2 <div>MP1307_2</div>	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2
1308	ESTATURA/TALLA EN CENTIMETROS	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MP1308_1</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
1309	SE MIDIO LA ESTATURA/ TALLA DEL NIÑ@ ACOSTAD@ Ó PARAD@		ACOSTAD@ -----1 <div>MP1309_2</div> PARAD@ -----2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2
1310	PESO EN LIBRAS	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MP1310_1</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
1311	CIRCUNFERENCIA CINTURA EN CM SI ES RECHAZO ESCRIBA 999 4	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MP1311_1</div>			
1312	CIRCUNFERENCIA CINTURA EN CM SI ES RECHAZO ESCRIBA 999 4	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MP1312_1</div>			



SECCION 13B. ANEMIA EN MUJERES Y NIÑ@S (PRUEBA DE HEMOGLOBINA)									
1312F	<ul style="list-style-type: none"> • EN 1313F (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑ@ NACID@ DESDE JULIO DE 2002 QUE AUN ESTE VIV@. • EN 1315 ANOTE SI LA PERSONA FUE SELECCIONADA PARA LA PRUEBA DE ANEMIA. • EN 1317 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SEGUN LA MEDICION REALIZADA. • 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@ VIV@	[4] ANTEPENULTIM@ HIJ@ VIV@				
1313F	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 321		<div> <div></div> <div></div> </div> <div>MP1313_2</div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>				
1314F	NOMBRE DE 321 PARA NIÑ@S		(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)				
1315	¿PERSONA SELECCIONADA PARA PRUEBA DE ANEMIA? PARA NIÑ@S SELECCIONE UNICAMENTE A LOS DE <u>6 A 59</u> MESES DE EDAD		SI -----1 <div>MP1315_2</div> NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←				
1316	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE) <div>MP1316_1</div>	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)				
1317	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>MP1317_1</div> GR/DL	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> GR/DL	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> GR/DL	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> GR/DL				
1318V	FECHA DE LAS MEDICIONES	DIA <div>MP1318D_1</div> MES <div>MP1318M_1</div> AÑO <div>MP1318A_1</div>	DIA ----- MES ----- AÑO - 2 0 0	DIA ----- MES ----- AÑO - 2 0 0	DIA ----- MES ----- AÑO -- 2 0 0				
1319V	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA CODIGO <div>MP1319VA</div>			NOMBRE DE LA ASISTENTE CODIGO <div>MP1319VB</div>					
1320V	ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA MEDICIÓN			HORAS ----- MINUTOS -----			<div>MP1320VH</div> <div>MP1320VM</div>		