



ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL  
ECUADOR 1989  
CUESTIONARIO DE HOGAR



A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

REGION:	<input type="text" value="REGION"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA:	<input type="text" value="PROV"/>	<input type="text"/>
CANTON:	<input type="text" value="CANTON"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA:	<input type="text" value="PARROQ"/>	<input type="text"/>
AREA:	URBANA	1
<input type="text" value="Res4"/>	RURAL	2

SECTOR CENSAL	<input type="text"/>
SEGMENTO No.	<input type="text"/>
VIVIENDA No.	<input type="text"/>
DOMINIO	
CUESTIONARIO	
No.	<input type="text"/>

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

	C. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	
Código de Entrevistadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha Visita <input type="text" value="DIA"/>	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>
<input type="text" value="MES"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>
Hora Inicial de la Entrevista:	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Resultado *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Código de Resultado: <input type="text" value="RESULT"/>	Completa.. 1 Ausente... 2 Aplazada.. 3				Rechazada..... 4 Respondida Parcialmente..... 5 Otro _____ 8 (especifique)

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Digitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## F. MUJERES EN EL HOGAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS																																					
100	¿Cuántas mujeres, incluyendo las menores de edad, residen habitualmente en esta vivienda?	<div>NUMMUJ</div> <div><input type="text"/></div>																																					
	- SI NO HAY MUJERES, TERMINE LA ENTREVISTA - SI HAY MUJERES, COMPLETE ESTA HOJA: ANOTE EN LINEA 1 A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE HASTA LAS DE 10 AÑOS.																																						
101	Cuál es el nombre de las mujeres de 10 años de edad o mayores, que residen habitualmente en esta vivienda? Empiece con la de mayor edad.																																						
	Linea No.	Nombre de la Mujer	Edad en años cumplidos (a)	Estado Civil (ANOTE CODIGO) (b)	Ultimo grado escolar que aprobó (ANOTE CODIGO) (c)		Marque "X" si tiene 15-49 años de edad (d)																																
	1		EDAD1	CIVIL1	LEVEL1	YEARS1																																	
	2		EDAD2	CIVIL2	LEVEL2	YEARS2																																	
	3																																						
	4																																						
	5																																						
	6																																						
	7																																						
	8																																						
	9		EDAD9	CIVIL9	LEVEL9	YEARS9																																	
	10		EDAD10	CIVIL10	LEVEL 10	YEARS10																																	
	<div> <div>CODIGO ESTADO CIVIL:</div> <div>CODIGO EDUCACION:</div> </div> <table> <thead> <tr> <th></th><th></th><th>NIVEL</th><th>GRADO o CURSO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UNIDA .....</td><td>1</td><td>NINGUNO .....</td><td>0</td></tr> <tr> <td>CASADA .....</td><td>2</td><td>PRIMARIA .....</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr> <td>VIUDA .....</td><td>3</td><td>SECUNDARIA .....</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr> <td>SEPARADA .....</td><td>4</td><td>SUPERIOR .....</td><td>1 2 3 4 5 6+</td></tr> <tr> <td>DIVORCIADA .....</td><td>5</td><td>CENTRO DE ALFABETIZ.</td><td>1 2 3 4</td></tr> <tr> <td>SOLTERA .....</td><td>6</td><td>DESCONOCIDO .....</td><td>9</td></tr> <tr> <td>DESCONOCIDO .....</td><td>9</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>									NIVEL	GRADO o CURSO	UNIDA .....	1	NINGUNO .....	0	CASADA .....	2	PRIMARIA .....	1 2 3 4 5 6	VIUDA .....	3	SECUNDARIA .....	1 2 3 4 5 6	SEPARADA .....	4	SUPERIOR .....	1 2 3 4 5 6+	DIVORCIADA .....	5	CENTRO DE ALFABETIZ.	1 2 3 4	SOLTERA .....	6	DESCONOCIDO .....	9	DESCONOCIDO .....	9		
		NIVEL	GRADO o CURSO																																				
UNIDA .....	1	NINGUNO .....	0																																				
CASADA .....	2	PRIMARIA .....	1 2 3 4 5 6																																				
VIUDA .....	3	SECUNDARIA .....	1 2 3 4 5 6																																				
SEPARADA .....	4	SUPERIOR .....	1 2 3 4 5 6+																																				
DIVORCIADA .....	5	CENTRO DE ALFABETIZ.	1 2 3 4																																				
SOLTERA .....	6	DESCONOCIDO .....	9																																				
DESCONOCIDO .....	9																																						
102	ENTREVISTADORA: - ANOTE EL NUMERO DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD QUE RESIDE EN ESTA VIVIENDA <div>MEF102</div>																																						
	<div> <div>HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS</div> <div>NO HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>CONTINUE CON 103</div> <div>PASE A SIGUIENTE VIVIENDA</div> </div>																																						

G. ALGUNOS DATOS DE LA VIVIENDA

No.	PREGUNTAS	CODIGOS																					
103	¿Cuántos hombres, y mujeres, incluyendo Ud, los menores de edad, residen habitualmente en esta - vivienda?	No. Total Hombres <input type="text"/> <input type="text"/> <b>HOM103</b> No. Total Mujeres <input type="text"/> <input type="text"/> <b>MUJER103</b> Total Personas <input type="text"/> <input type="text"/> <b>PERS103</b>																					
104	¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la vivienda?  <b>AGUA104</b>	Red pública (entubada) -Dentro de la vivienda ..... 1 -Fuera de la vivienda pero en el edificio..... 2 -Fuera del edificio..... 3 Pila Pública..... 4 Pozo ó Aljibe ..... 5 Rio, acequia ..... 6 Carro Tanquero ..... 7 Otro ..... 8 especifique																					
105	¿Qué clase de servicio higiénico tiene la vivienda?  <b>HIG105</b>	No tiene ..... 1 Letrina ..... 2 Excusado de uso exclusivo de la vivienda ..... 3 Excusado de uso común de varias viviendas ..... 4 Otro ..... 8 especifique																					
106	¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta vivienda, no incluya la cocina, el baño, ni los usados exclusivamente para fines diferentes de vivienda?	<b>CUART106</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
107	Podría decirme si en esta vivienda tienen: (LEALE TODOS LOS ITEMS)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>LUZ107</b> Luz eléctrica..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>RADIO107</b> Radio..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>TV107</b> Televisión ..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>REFR107</b> Refrigerador ..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>TEL107</b> Teléfono ..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>VEH107</b> Vehículo propio..... 1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	<b>LUZ107</b> Luz eléctrica..... 1		2	<b>RADIO107</b> Radio..... 1		2	<b>TV107</b> Televisión ..... 1		2	<b>REFR107</b> Refrigerador ..... 1		2	<b>TEL107</b> Teléfono ..... 1		2	<b>VEH107</b> Vehículo propio..... 1		2
	SI	NO																					
<b>LUZ107</b> Luz eléctrica..... 1		2																					
<b>RADIO107</b> Radio..... 1		2																					
<b>TV107</b> Televisión ..... 1		2																					
<b>REFR107</b> Refrigerador ..... 1		2																					
<b>TEL107</b> Teléfono ..... 1		2																					
<b>VEH107</b> Vehículo propio..... 1		2																					
108	¿Qué combustible usan generalmente para cocinar?  <b>COMB108</b>	Electricidad ..... 1 Gas ..... 2 Kerex..... 3 Leña o carbón ..... 4 Otro ..... 8 especifique No cocinan ..... 9																					

SIGA CON EL  
CUESTIONARIO INDIVIDUAL



**CUESTIONARIO INDIVIDUAL**  
**ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL**  
**ECUADOR 1989**



**A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA**

**B. IDENTIFICACION MUESTRAL**

REGION:	<u>REGION</u>	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA:	<u>PROV</u>	<input type="checkbox"/>
CANTON:	<u>CANTON</u>	<input type="checkbox"/>
PARROQUIA:	<u>PARROQ</u>	<input type="checkbox"/>
AREA:	URBANA	1
	<u>Res4</u>	
	RURAL	2

SECTOR CENSAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEGMENTO No.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIVIENDA No.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOMINIO	<u>DOMINIO</u>		
CUESTIONARIO		No. LIN MEF	
No.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

	C. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	
Código de Entrevistadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha Visita <u>DIA</u>	Día <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/>
<u>MES</u>	Mes <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>
Hora Inicial de la Entrevista:	Hora <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/>
	Min. <input type="checkbox"/>	Min. <input type="checkbox"/>	Min. <input type="checkbox"/>	Min. <input type="checkbox"/>	Min. <input type="checkbox"/>
Resultado * <u>RESULT</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Código de Resultado:	Completa.. 1 Ausente... 2 Aplazada.. 3				Rechazada..... 4 Respondida Parcialmente..... 5 Otro _____ 8 (especifique)

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
100	¿Por favor dígame, en qué mes y año nació Ud.?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <div>MNAC100</div> <div>ANAC100</div>	
101	¿Entonces, qué edad cumplió en su último cumpleaños?	<div>EDAD101</div> <input type="text"/> <input type="text"/>	

COMPRUEBE LA PREG. 101 CON LA PREG. 100 Y SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15-49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA

102	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	<div>LEV102</div> <table><tr><td></td><td>NIVEL</td><td>GRADO ó CURSO</td></tr><tr><td>NINGUNO . . . . .</td><td>0</td><td>0 <div>YRS102</div></td></tr><tr><td>PRIMARIA. . . . .</td><td>1</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr><tr><td>SECUNDARIA. . . . .</td><td>2</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr><tr><td>TECNICO . . . . .</td><td></td><td></td></tr><tr><td>SUPERIOR. . . . .</td><td>3</td><td>1 2 3 4 5 6+</td></tr><tr><td>CENTRO DE ALFABETIZACION. . . . .</td><td>4</td><td>1 2 3 4</td></tr></table>		NIVEL	GRADO ó CURSO	NINGUNO . . . . .	0	0 <div>YRS102</div>	PRIMARIA. . . . .	1	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIA. . . . .	2	1 2 3 4 5 6	TECNICO . . . . .			SUPERIOR. . . . .	3	1 2 3 4 5 6+	CENTRO DE ALFABETIZACION. . . . .	4	1 2 3 4	
	NIVEL	GRADO ó CURSO																						
NINGUNO . . . . .	0	0 <div>YRS102</div>																						
PRIMARIA. . . . .	1	1 2 3 4 5 6																						
SECUNDARIA. . . . .	2	1 2 3 4 5 6																						
TECNICO . . . . .																								
SUPERIOR. . . . .	3	1 2 3 4 5 6+																						
CENTRO DE ALFABETIZACION. . . . .	4	1 2 3 4																						
103	¿Trabaja Ud. actualmente por dinero u otra forma de pago, aunque sea en forma ocasional o ayudando en un negocio propio o de un familiar? <div>WORK103</div>	Si . . . . . 1 No. . . . . 2 → 200																						
104	¿Trabaja fuera o dentro del hogar? <div>LOC104</div>	FUERA DEL HOGAR . . . . . 1 DENTRO DEL HOGAR. . . . . 2																						

## II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que haya tenido, durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
200	¿Actualmente está Ud. embarazada? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">CPG200</div>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 9	→ 202
201	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">EVP201</div>	Si ..... 1 No ..... 2	→ 204 → 216
202	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MPG202</div>	MESES <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> No sabe ..... 98	
203	¿Es su primer embarazo? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">FPG203</div>	Si ..... 1 No ..... 2	→ 212
204	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">HMAL204</div> B. HIJAS EN CASA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">HGRL204</div> C. TOTAL HIJOS EN CASA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">HCHL204</div> (SI NO TIENE ANOTE 00)	
205	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">AMAL205</div> B. HIJAS FUERA DE CASA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">AGRL205</div> C. TOTAL HIJOS FUERA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">ACHL205</div> (SI NO TIENE ANOTE 00)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
206	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?	SI ..... 1 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DIE206</div> NO ..... 2 → 208	
207	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DBOY207</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DGRL207</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DCHL207</div>	
208	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)? (PREGUNTELE SI EL NIÑO PRESENTO SIGNOS DE VIDA.SI CONTESTA SI CORRIJA LAS PREG. 206 Y 207).	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">MORT208</div> Si ..... 1 No ..... 2 → 210	
209	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">NMORT209</div> No. de MORTINATOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
210	¿Ha tenido alguna pérdida antes de completar su sexto mes de embarazo? <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">ABT210</div>	SI ..... 1 NO ..... 2 → 212	
211	¿Cuántas pérdidas ha tenido antes de completar el sexto mes mr huevo de emba-razo? <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">NABT211</div>	No.de PERDIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 200, 204C, 205C, 207C, 209 y 211.  PARA CORROBORRAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE:  Ud. Ha tenido en total ..... embarazos?	200. ACTUALMENTE EMBARAZADA... <input type="text"/> <input type="text"/> 204C. TOTAL HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> 205C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> 207C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> 209. MORTINATOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 211. PERDIDAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SUMA TOTAL DE EMBARAZOS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">TPGS212</div>	
213	¿Ha tenido partos múltiples?  SI EL TOTAL DE EMBARAZOS NO COINCI- DE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">TWINS213</div>  NUMERO DE PARTOS MULTIPLES <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
214	El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene), ¿lo deseaba? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DLPG214</span>	Si .....1 No .....2 No Sabe .....9	→ 216 → 216
215	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">NDPG215</span>	No quería tener más hijos..1 Quería esperar un poco más.2	
216	¿Desea Ud. actualmente un embarazo? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPG216</span>	Si .....1 No .....2 ACTUALMENTE EMBARAZADA ....3 (VEA 200) No sabe .....9	
217	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla (menstruación)? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">REGLA217</span>	MESES ..... <input type="text"/> Menos de un mes ..... 00 Ya no menstrua ..... 95 Nunca ha menstruado ..... 96 Antes del último embar ... 97 No Recuerda .....98	
218	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 24%;"> VEA: 212   CON UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS (204C, 205C, 207C)   <input type="text"/>  ↓  CONTINUE CON 219 </div> <div style="width: 24%;"> ENTREVISTADAS CON 00 EMBA- RAZOS   <input type="text"/>  ↓ </div> <div style="width: 24%;"> SOLO EMBARAZO ACTUAL (200)   <input type="text"/>  ↓ </div> <div style="width: 24%;"> SOLO TUVO MORTINATOS O PERDIDAS (209,211)   <input type="text"/>  ↓ </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> PASE A 400 </div>		
219	¿Cuántos hijos e hijas que nacieron vivos a partir de Enero 1974 ha tenido Ud.? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VIVO219</span>	TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="text"/> A PARTIR DE 1974.	

Ahora, quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido desde Enero 1974, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA FILA A, EMPIECE POR EL MENOR EN COL.1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- SI HUBIERA MAS DE 12 NACIDOS VIVOS TERMINE LA LISTA EN LA COLUMNA DOCE.
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN COLUMNAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.



PREGUNTAS	NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE ENERO DE 1974					
	1 ULTIMO VIVO	2 PENULTIMO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR	6 SEXTO ANTERIOR
a. Qué nombre le puso						
b. Es hombre o mujer	SEX1 Hombre...1 Mujer....2	SEX2 Hombre...1 Mujer...2	SEX3 Hombre...1 Mujer...2	SEX4 Hombre...1 Mujer...2	SEX5 Hombre...1 Mujer...2	SEX6 Hombre...1 Mujer...2
c. En qué mes y año nació?	Mes MBC1 Año YBC1	Mes MBC2 Año YBC2	Mes MBC3 Año YBC3	Mes MBC4 Año YBC4	Mes MBC5 Año YBC5	Mes MBC6 Año YBC6
d. Está vivo?	Si...1 (A RENGLO VIVO1) No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO2) No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO3) No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO4) No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO5) No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO6) No...2
e. En qué mes y año murió?	Mes MDIE1 Año YDIE1	Mes MDIE2 Año YDIE2	Mes MDIE3 Año YDIE3	Mes MDIE4 Año YDIE4	Mes MDIE5 Año YDIE5	Mes MDIE6 Año YDIE6
f. Qué edad tenía al morir?	Año ANOS1 Meses MES1 Días DIAS1	Año ANOS2 Meses MES2 Días DIAS2	Año ANOS3 Meses MES3 Días DIAS3	Año ANOS4 Meses MES4 Días DIAS4	Año ANOS5 Meses MES5 Días DIAS5	Año ANOS6 Meses MES6 Días DIAS6
g. Le dio pecho al niño?	Si BF1 1 No... 2	Si BF2 1 No... 2	Si BF3 1 No... 2	Si BF4 1 No... 2	Si BF5 1 No... 2	Si BF6 1 No... 2
		PASE A COLUMNA 3	PASE A COLUMNA 4	PASE A COLUMNA 5	PASE A COLUMNA 6	PASE A COLUMNA 7
ENTREVISTADORA: APLIQUE 221 A 224 AL "ULTIMO NACIDO VIVO" SI NACIO A PARTIR DE ENERO 1987, ESTA VIVO, Y LE DIO EL PECHO. CASO CONTRARIO PASE AL PENULTIMO NACIDO VIVO.						
221	¿Está dándole pecho actualmente? CBF221		Si ..... 1 No ..... 2			
222	¿A los cuántos meses de edad empezó a dar otro tipo de líquidos (otras leches, agua, jugos, etc) ? OMLK222		MESES Menos que un mes ..... 00 No le da todavía ..... 33 No recuerda .....98			
223	¿A los cuántos meses de edad le empezó a dar comidas espesas o aplastadas? (coladas, avenas, cereales, purés) SOFT223		MESES Menos que un mes ..... 00 No le da todavía ..... 33 No recuerda .....98			
224	¿A los cuántos meses de edad le empezó a dar comidas sólidas? (pedacitos de carne, alimentos enteros, etc.) FOOD224		MESES Menos que un mes ..... 00 No le da todavía ..... 33 No recuerda .....98		PASE AL PENULTIMO	

PREGUNTAS	NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE ENERO DE 1974					
	7	8	9	10	11	12
	SEPTIMO ANTERIOR	OCTAVO ANTERIOR	NOVENO ANTERIOR	DECIMO ANTERIOR	ONCEAVO ANTERIOR	DOCEAVO ANTERIOR
a. Qué nombre le puso	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. Es hombre o mujer	<div>SEX7</div> Hombre...1 Mujer....2	Hombre...1 Mujer <div>SEX8</div> 2	Hombre...1 Mujer <div>SEX9</div> 2	Hombre...1 Mujer <div>SEX10</div> 2	Hombre...1 Mujer <div>SEX11</div> 2	Hombre...1 Mujer <div>SEX12</div> 2
c. En qué mes y año nació?	<div>MBC7</div> Mes <div>YBC7</div> Año <div>YBC7</div>	<div>MBC8</div> Mes <div>YBC8</div> Año <div>YBC8</div>	<div>MBC9</div> Mes <div>YBC9</div> Año <div>YBC9</div>	<div>MBC10</div> Mes <div>YBC10</div> Año <div>YBC10</div>	<div>MBC11</div> Mes <div>YBC11</div> Año <div>YBC11</div>	<div>MBC12</div> Mes <div>YBC12</div> Año <div>YBC12</div>
d. Está vivo?	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO7</div> No...2	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO8</div> No...2	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO9</div> No...2	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO10</div> No...2	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO11</div> No...2	Si...1 (A RENGLO <div>VIVO12</div> No...2
e. En qué mes y año murió?	<div>MDIE7</div> Mes <div>YDIE7</div> Año <div>YDIE7</div>	<div>MDIE8</div> Mes <div>YDIE8</div> Año <div>YDIE8</div>	<div>MDIE9</div> Mes <div>YDIE9</div> Año <div>YDIE9</div>	<div>MDIE10</div> Mes <div>YDIE10</div> Año <div>YDIE10</div>	<div>MDIE11</div> Mes <div>YDIE11</div> Año <div>YDIE11</div>	<div>MDIE12</div> Mes <div>YDIE12</div> Año <div>YDIE12</div>
f. Qué edad tenía al morir?	<div>ANOS7</div> Año <div>MES7</div> Meses <div>DIAS7</div> Días	<div>ANOS8</div> Año <div>MES8</div> Meses <div>DIAS8</div> Días	<div>ANOS9</div> Año <div>MES9</div> Meses <div>DIAS9</div> Días	<div>ANOS10</div> Año <div>MES10</div> Meses <div>DIAS10</div> Días	<div>ANOS11</div> Año <div>MES11</div> Meses <div>DIAS11</div> Días	<div>ANOS12</div> Año <div>MES12</div> Meses <div>DIAS12</div> Días
g. Le dio pecho al niño?	<div>BF7</div> Si...1 No...2 PASE A COLUMNA 8	<div>BF8</div> Si...1 No...2 PASE A COLUMNA 9	<div>BF9</div> Si...1 No...2 PASE A COLUMNA 10	<div>BF10</div> Si...1 No...2 PASE A COLUMNA 11	<div>BF11</div> Si...1 No...2 PASE A COLUMNA 12	<div>BF12</div> Si...1 No...2 CONTINUE CON 225

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
225	<p>VEA.220, COLUMNAS 1 A 12</p> <p>HAY HIJOS QUE MURIERON DESDE JULIO DE 1979 (fila e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (fila f)</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CONTINUE CON 226</p>	<p>OTROS CASOS</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> <p>PASE A 245</p>	

ULTIMO NIÑO QUE MURIO			
226	<p>ENTREVISTADORA: VEA 220 Y ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO.</p>	<p>NOMBRE _____</p> <p>AÑOS <span style="float: right;">   </span></p> <p>MESES <span style="float: right;">   </span></p> <p>DIAS <span style="float: right;">   </span></p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ANO226</span> <span>MES226</span> <span>DIA226</span> </div>			
Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO):			
227	<p>¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació?</p>	<p>MESES <span style="float: right;">   </span></p> <p>No recuerda ..... 98</p>	
MPG227			
228	<p>¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?</p>	<p>Pequeño ..... 1</p> <p>Normal ..... 2</p> <p>Grande ..... 3</p> <p>No recuerda ..... 9</p>	
SIZE228			
229	<p>¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	→ 235
ACC229			
230	<p>En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
231	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEA:226</p> <p>EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CONTINUE CON 232</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> <p>PASE A 233</p> </div> </div>		

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
SINTOMAS PARA NIÑOS MENORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON			
232	a. ¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MSP .....1 -Centro de Salud y similares MSP .....2 -Hospital,clínicas, dispensario, IESS ....3 -Seguro Social Campesino .....4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.) .....5 -Junta de Beneficencia .....6 -Clínica o médico privado .....7 -Parto domiciliario con médico, <div>PART232</div> obstetriz o enfermera.....8 -Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR) .....9 -Parto domiciliario con partera tradicional, empírica.....10 -Pareo domiciliario con familiares, amistades .....11 -Parto sola .....12 -Otro .....88 (especifique) -No sabe/no recuerda .....98	
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz? <div>AGUA232</div>	Si .....1 No .....2 No recuerda .....9	
	c. Podría Ud. decirme si:	SI NO NS/NR	
	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	<div>BLEED232</div> ... 1 2 9	
	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o ..... diarrea en los últimos días antes del parto?	<div>FEVER232</div> . 1 2 9	
	¿Nació el niño de pies? .....	<div>PIES232</div> ... 1 2 9	
	¿Tuvieron que hacerle cesárea? .....	<div>CES232</div> .. 1 2 9	
	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer? .....	<div>LLANT232</div> .. 1 2 9	
	¿Se veía azul el niño al salir? .....	<div>BLUE232</div> . 1 2 9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS			
	d. Durante los días antes de morir		SI	NO	NS/NR
	¿Podía el niño lactar?.....	SUCK232	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	RESP232	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?.....	LIP232	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido? .....	PECH232	1	2	9
	¿Tenía tos? .....	TOS232	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?.....	FEV232	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal? .....	DREA232	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas .....	PDIA232			
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	SANG232	1	2	9
	¿Tenía vómitos? .....	VOM232	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada? .....	SKIN232	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?.....	OJOS232	1	2	9
	¿Tenía la mollera hundida? .....	FONT232	1	2	9
	¿Podía orinar? .....	URIN232	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada? .....	BACK232	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos? .....	SPAS232	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar? .....	BOCA232	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas? .....	PARA232	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?.....	CADEF232	1	2	9
			↓		
					(especifique)

PASE A 235

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
-----	-----------	---------

SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

233	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía lactar? ..... <span>SUCK233</span>	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa? <span>PESP233</span>	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido? ..... <span>PECH233</span>	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva? ..... <span>TOS233</span>	1	2	9
	¿Tenía labios azulados? ..... <span>LIP233</span>	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días? ..... <span>FEV233</span>	1	2	9
	¿Tenía temblor? ..... <span>TEMB233</span>	1	2	9
	¿Tenía escalofríos? ..... <span>ESC233</span>	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente? ..... <span>SWEAT233</span>	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando? ..... <span>ROJO233</span>	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel? ..... <span>RASH233</span>	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios? ..... <span>ULC233</span>	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil? ..... <span>PELO233</span>	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada? ..... <span>SKIN233</span>	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos? ..... <span>OJOS233</span>	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
		SI NO NS/NR
	¿Tenía la mollera hundida? ..... FONT233 .	1 2 9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal? ..... DREA233	1 2 9
	- Número de asientos en 24 horas ..... PDIA233	
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea? ..... SANG233	1 2 9
	¿Tenía vómitos? ..... VOM233	1 2 9
	¿Tenía vómitos después de tener tos? ..... VTOS233	1 2 9
	¿Tenía el abdomen hinchado? ..... ABD233	1 2 9
	¿Podía orinar? ..... URIN233	1 2 9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada? ..... BACK233	1 2 9
	¿Tenía convulsiones o espasmos? ..... SPAS233	1 2 9
	¿Podía abrir la boca para llorar? ..... BOCA233	1 2 9
	¿Tenía parálisis en las piernas? ..... PARA233	1 2 9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? CADEF233	1 2 9
		↓
		(especifique)
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto:?	
	- BCG (del nacimiento o de inscripción) ..... BCG233 ..	1 2 9
	- DPT (Triple) ..... DPT233 ..	1 2 9
	- POLIO ..... POL233 ..	1 2 9
	- SARAMPION ..... SAR233 ..	1 2 9

PASE A 235

No.	CODIGOS																																																	
234	<p>USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL</p> <p><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PCAUS234</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px; float: right;">SCAUS234</span></p> <p>CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Accidente .....</td><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr> <td>Prematuro/bajo peso al nacer .....</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Tétanos neonatal .....</td><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....</td><td>4</td><td>CAUSA PRIMARIA</td><td>CAUSA SECUNDARIA</td></tr> <tr> <td>Infección aguda de vías Respiratorias .....</td><td>5</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr> <td>Diarrea, deshidratación .....</td><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Malaria .....</td><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Sarampión .....</td><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Tosferina .....</td><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Meningitis .....</td><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Anomalías congénitas .....</td><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Otras complicaciones perinatales .....</td><td>12</td><td></td><td></td></tr> </table>	Accidente .....	1			Prematuro/bajo peso al nacer .....	2			Tétanos neonatal .....	3			Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....	4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA	Infección aguda de vías Respiratorias .....	5	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	Diarrea, deshidratación .....	6			Malaria .....	7			Sarampión .....	8			Tosferina .....	9			Meningitis .....	10			Anomalías congénitas .....	11			Otras complicaciones perinatales .....	12			3
Accidente .....	1																																																	
Prematuro/bajo peso al nacer .....	2																																																	
Tétanos neonatal .....	3																																																	
Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....	4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA																																															
Infección aguda de vías Respiratorias .....	5	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div>																																															
Diarrea, deshidratación .....	6																																																	
Malaria .....	7																																																	
Sarampión .....	8																																																	
Tosferina .....	9																																																	
Meningitis .....	10																																																	
Anomalías congénitas .....	11																																																	
Otras complicaciones perinatales .....	12																																																	
	<p>Otro _____</p> <p style="text-align: center;">(especifique)</p> <p>No especificado .....98</p>																																																	
235	<p>UN SOLO HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> </div> <p style="text-align: center;">PASE A 245</p>	<p>MAS DE UN HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> </div> <p style="text-align: center;">CONTINUE CON 236</p>																																																



No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
-----	-----------	---------	--------------------

PENULTIMO NIÑO QUE MURIO

236	VEA : 220 Y ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL PENULTIMO FALLECIDO	NOMBRE _____ AÑOS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANO236</span> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MES236</span> <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DIA236</span> <input type="text"/> <input type="text"/>	
-----	---	--	--

Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO):

237	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL NIÑO) nació?	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MPG237</span> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
-----	--	---	--

238	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SIZE238</span>	Pequeño ..... 1 Normal ..... 2 Grande ..... 3 No recuerda ..... 9	
-----	--	--	--

239	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ACC238</span>	Si ..... 1 → 245 No ..... 2	
-----	--	--------------------------------	--

240	En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:	_____ _____ _____	
-----	--	-------------------------	--

241	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">           VEA:236             EL NIÑO MURIO ANTES            DE 28 DIAS DE EDAD  <input type="text"/>            ↓            CONTINUE CON 242         </div> <div style="text-align: center;">           EL NIÑO MURIO DE 28            DIAS DE EDAD O MAS  <input type="text"/>            ↓            PASE A 243         </div> </div>		
-----	---	--	--

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
-----	-----------	---------	--------------------

SINTOMAS PARA NIÑOS MENORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

242	a. ¿Dónde tuvo el parto?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">PART242</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospital o Maternidad MSP .....1</li> <li>-Centro de Salud y similares MSP .....2</li> <li>-Hospital,clínicas, dispensario, IESS ....3</li> <li>-Seguro Social Campesino .....4</li> <li>-Fuerzas Armadas (FF.AA.) .....5</li> <li>-Junta de Beneficencia .....6</li> <li>-Clínica o médico privado .....7</li> <li>-Parto domiciliario con médico, obstetriz o enfermera.....8</li> <li>-Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR) .....9</li> <li>-Parto domiciliario con partera tradicional, empírica.....10</li> <li>-Pareo domiciliario con familiares, amistades .....11</li> <li>-Parto sola .....12</li> <li>-Otro ..... 88</li> <li style="text-align: center;">(especifique)</li> <li>-No sabe/no recuerda .....98</li> </ul>
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">AGUA242</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si .....1</li> <li>No .....2</li> <li>No recuerda .....9</li> </ul>
	c. Podría Ud. decirme si:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SI</div> <div>NO</div> <div>NS/NR</div> </div>
	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">BLEED242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>
	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">FEVER242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>
	¿Nació el niño de pies? .....	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">PIES242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>
	¿Tuvieron que hacerle cesárea? .....	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">CES242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>
	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer? .....	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">LLANT242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>
	¿Se veía azul el niño al salir? .....	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">BLUE242</div> .....</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div> </div>

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
	d. Durante los días antes de morir	SI	NO	NS/NR
	¿Podía el niño lactar? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SUCK242</span>	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">RESP242</span>	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">LIP242</span>	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PECH242</span>	1	2	9
	¿Tenía tos? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TOS242</span>	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">FEV242</span>	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DREA242</span>	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PDIA242</span>			
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SANG242</span>	1	2	9
	¿Tenía vómitos? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VOM242</span>	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SKIN242</span>	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OJOS242</span>	1	2	9
	¿Tenía la mollera hundida?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">FONT242</span>	1	2	9
	¿Podía orinar? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">URIN242</span>	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BACK242</span>	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SPAS242</span>	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BOCA242</span>	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PARA242</span>	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CADEF242</span>	1	2	9
		↓		
		(especifique)		

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE JULIO 1979, UTILICE LA SECCION ADICIONAL PARA ESTE NIÑO.

PASE A 245

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
-----	-----------	---------

SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON
---

243	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía lactar? ..... <span>SUCK243</span>	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa? ..... <span>RESP243</span>	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido? ..... <span>PECH243</span>	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva? ..... <span>TOS243</span>	1	2	9
	¿Tenía labios azulados? ..... <span>LIP243</span>	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días? ..... <span>FEV243</span>	1	2	9
	¿Tenía temblor? ..... <span>TEMB243</span>	1	2	9
	¿Tenía escalofríos? ..... <span>ESC243</span>	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente? ..... <span>SWEAT243</span>	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando? ..... <span>ROJO243</span>	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel? ..... <span>RASH243</span>	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios? ..... <span>ULC243</span>	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil? ..... <span>PELO243</span>	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada? ..... <span>SKIN243</span>	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos? ..... <span>OJOS243</span>	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
		SI NO NS/NR
	¿Tenía la mollera hundida? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">FONT243</span>	1 2 9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DREA243</span>	1 2 9
	- Número de asientos en 24 horas ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PDIA243</span>	
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SANG243</span>	1 2 9
	¿Tenía vómitos? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VOM243</span>	1 2 9
	¿Tenía vómitos después de tener tos? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VTOS243</span>	1 2 9
	¿Tenía el abdomen hinchado? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ABD243</span>	1 2 9
	¿Podía orinar? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">URIN243</span>	1 2 9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BACK243</span>	1 2 9
	¿Tenía convulsiones o espasmos? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SPAS243</span>	1 2 9
	¿Podía abrir la boca para llorar? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BOCA243</span>	1 2 9
	¿Tenía parálisis en las piernas? ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PARA243</span>	1 2 9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CADEF243</span>	1 2 9
		↓
		(especifique)
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto:?	
	- BCG (del nacimiento o de inscripción) ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BCG243</span>	1 2 9
	- DPT (Triple) ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT243</span>	1 2 9
	- POLIO ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL243</span>	1 2 9
	- SARAMPION ..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SAR243</span>	1 2 9

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DE EDAD DESDE JULIO 1979, UTILICE LA SECCION ADICIONAL PARA ESTE NIÑO.

PASE A 245

No.	CODIGOS																																																	
244	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL <div> <div>PCAUS244</div> <div>SCAUS244</div> </div> CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE  <table> <tr> <td>Accidente .....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prematuro/bajo peso al nacer .....</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tétanos neonatal .....</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....</td> <td>4</td> <td>CAUSA PRIMARIA</td> <td>CAUSA SECUNDARIA</td> </tr> <tr> <td>Infección aguda de vías Respiratorias .....</td> <td>5</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Diarrea, deshidratación .....</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Malaria .....</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sarampión .....</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tosferina .....</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meningitis .....</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anomalías congénitas .....</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras complicaciones perinatales .....</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Accidente .....	1			Prematuro/bajo peso al nacer .....	2			Tétanos neonatal .....	3			Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....	4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA	Infección aguda de vías Respiratorias .....	5	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Diarrea, deshidratación .....	6			Malaria .....	7			Sarampión .....	8			Tosferina .....	9			Meningitis .....	10			Anomalías congénitas .....	11			Otras complicaciones perinatales .....	12		
Accidente .....	1																																																	
Prematuro/bajo peso al nacer .....	2																																																	
Tétanos neonatal .....	3																																																	
Trauma del nacimiento/asfixia perinatal .....	4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA																																															
Infección aguda de vías Respiratorias .....	5	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																															
Diarrea, deshidratación .....	6																																																	
Malaria .....	7																																																	
Sarampión .....	8																																																	
Tosferina .....	9																																																	
Meningitis .....	10																																																	
Anomalías congénitas .....	11																																																	
Otras complicaciones perinatales .....	12																																																	
	Otro _____ (especifique)  No especificado .....98																																																	

CONTINUE CON 245

245	VEA: 220 (filas c y d) HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS QUE NACIERON A PARTIR DE 1984 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">CONTINUE CON 246</div>	NO HAY HIJOS SOBRE- VIVIENTES ENTRE LOS QUE NACIERON DESDE 1984 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">PASE A 301</div>	NO HAY NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1984 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">PASE A "400"</div>																												
246. Ahora hablaremos de sus hijos vivos menores de 5 años de edad. ¿Podría mostrarme el carnet de vacunación (NOMBRE QUE CORRESPONDA)?  REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO. SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE. LA FECHA CON LAPIZ SOLO INDICA CITA PARA PROXIMA DOSIS A APLICAR Y NO DOSIS APLICADA.																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th colspan="2" style="width: 20%;">ULTIMO VIVO</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">PENULTIMO VIVO</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">TERCER ANTERIOR VIVO</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Nombre: _____</td> <td colspan="2">_____</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet... 1 Si, madre... 2 No ..... 3 NS, NR .... 9</td> <td style="text-align: center;">FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO   <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98</td> <td style="text-align: center;">TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9</td> <td style="text-align: center;">FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO   <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98</td> <td style="text-align: center;">TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9</td> <td style="text-align: center;">FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO   <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(a)</td> <td style="text-align: center;">(b)</td> <td style="text-align: center;">(a)</td> <td style="text-align: center;">(b)</td> <td style="text-align: center;">(a)</td> <td style="text-align: center;">(b)</td> </tr> </table>					ULTIMO VIVO		PENULTIMO VIVO		TERCER ANTERIOR VIVO			Nombre: _____		_____		_____			TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet... 1 Si, madre... 2 No ..... 3 NS, NR .... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98	TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98	TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98		(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
	ULTIMO VIVO		PENULTIMO VIVO		TERCER ANTERIOR VIVO																										
	Nombre: _____		_____		_____																										
	TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet... 1 Si, madre... 2 No ..... 3 NS, NR .... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98	TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98	TIENE ESTA DOSIS? Si, Carnet .. 1 Si, madre 2 No ..... 3 NS, NR ... 9	FECHA DE ESTA DOSIS  MES    AÑO  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NS, NR .. 98																									
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)																									
VACUNA Y DOSIS	BCG	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BCG11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BMES11</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BANO11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	BCG12	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BMES12</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BANO12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	BCG13	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BMES13</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">BANO13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																								
DPT - 1	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES11</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES12</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES13</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
DPT - 2	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT21</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES21</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO21</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT22</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES22</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO22</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT23</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES23</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO23</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
DPT - 3	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT31</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES31</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO31</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT32</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES32</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO32</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPT33</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMES33</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANO33</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
DPT - R	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPTR1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMESR1</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANOR1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPTR2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMESR2</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANOR2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DPTR3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DMESR3</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DANOR3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
POLIO - 1	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES11</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES12</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES13</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
POLIO - 2	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL21</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES21</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO21</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL22</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES22</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO22</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL23</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES23</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO23</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
POLIO - 3	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL31</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES31</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO31</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL32</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES32</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO32</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POL33</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMES33</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANO33</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
POLIO - R	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POLR1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMESR1</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANOR1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POLR2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMESR2</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANOR2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">POLR3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PMESR3</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PANOR3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									
SARAMPION	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SAR11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SMES11</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SANO11</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SAR12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SMES12</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SANO12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SAR13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SMES13</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SANO13</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																									

| 247 ¿Puedo verle   el brazo de-   recho a   (NOMBRE DEL   NIÑO)?    OBSERVE SI   HAY O NO   CICATRIZ | Hay cicatriz .... 1   No hay ..... 2   No se sabe ..... 3   Se opone la   madre ..... 4   Niño ausente .... 5   CICAT1    PASE A   PENULTIMO | Hay cicatriz .... 1   No hay ..... 2   No se sabe ..... 3   Se opone la   madre ..... 4   Niño ausente .... 5   CICAT2    PASE A TERCERO   ANTERIOR | Hay cicatriz .... 1   No hay ..... 2   No se sabe ..... 3   Se opone la   madre ..... 4   Niño ausente .... 5   CICAT3    CONTINUE   CON 248 |

248. De vez en cuando los niños tienen diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que la normal en un día.

	ULTIMO VIVO Nombre: _____	PENULTIMO VIVO _____	TERCER ANTERIOR VIVO _____
a. ¿Ha tenido (NOMBRE DEL NIÑO) diarrea en las últimas dos semanas? (INCLUYE HOY DIA)	Si .....1 No .....2 → PASE NS,NR.... 9 → A COL.2 <b>DREA1</b>	Si.....1 No.....2 → PASE NS,NR.. 9 → A COL.3 <b>DREA2</b>	Si.....1 No.....2 → PASE NS,NR.. 9 → A 249 <b>DREA3</b>
b. ¿Cuántos días le duró la diarrea?	No. de días.. <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DURA1</b> Comenzó hoy..00 NS,NR ..... 98	No. de días.. <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DURA2</b> Comenzó hoy..00 NS,NR ..... 98	No. de días.. <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DURA3</b> Comenzó hoy..00 NS,NR ..... 98
c. ¿Los asientos tenían moco y/o sangre?	<b>MOCO1</b> Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9	<b>MOCO2</b> Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9	<b>MOCO3</b> Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9
d. ¿Durante la enfermedad tuvo?	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 <b>PIEL1</b> Ojos hundidos y secos 1 2 <b>OJOS1</b> Mollera hundida 1 2 <b>MOLL1</b> Labios secos 1 2 <b>LABIOS1</b>	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 <b>PIEL2</b> Ojos hundidos y secos 1 2 <b>OJOS2</b> Mollera hundida 1 2 <b>MOLL2</b> Labios secos 1 2 <b>LABIOS2</b>	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 <b>PIEL3</b> Ojos hundidos y secos 1 2 <b>OJOS3</b> Mollera hundida 1 2 <b>MOLL3</b> Labios secos 1 2 <b>LABIOS3</b>
e. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si .....1 No .....2->PASE <b>HIZO1</b> A i	Si .....1 No .....2->PASE <b>HIZO2</b> A i	Si .....1 No .....2->PASE <b>HIZO3</b> A i
f. ¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/ médico ?	<b>LLEV1</b>  - Solo en casa ..... 1 - Centro de Salud/ médico ..... 2 - Ambos ..... 3 - NS/NR. .... 9	<b>LLEV2</b>  1 2 3 9	<b>LLEV3</b>  1 2 3 9



PREGUNTAS	ULTIMO VIVO			PENULTIMO VIVO			TERCER ANT.VIVO		
	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
g. ¿Qué tratamiento recibió el niño?									
NO LEA, PERO INDAGUE: ¿Algo más?									
ANTIBIOTICOS	1	2	ANTIBI1	1	2	ANTIBI2	1	2	ANTIBI3
¿Le recetaron este remedio en Centro de Salud/médico?	1	2	RECE11	1	2	RECE21	1	2	RECE31
ANTIDIARREICOS (Kaopectate, Kaomicin, Kaopectin, Inmodium, etc)	1	2	ANTDREA1	1	2	ANTDREA2	1	2	ANTDREA3
¿Le recetaron este remedio en Centro de Salud/médico?	1	2	RECE12	1	2	RECE22	1	2	RECE32
REMEDIOS (VAGOS)	1	2	REMEDIO1	1	2	REMEDIO2	1	2	REMEDIO3
SUERO ORAL	1	2	SUERO1	1	2	SUERO2	1	2	SUERO3
AGUITAS CASERAS	1	2	AGUITAS1	1	2	AGUITAS2	1	2	AGUITAS3
MEDICINA TRADICIONAL	1	2	TRAD1	1	2	TRAD2	1	2	TRAD3
TRATAMIENTO ENDOVENOSO	1	2	ENDOV1	1	2	ENDOV2	1	2	ENDOV3
HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS	1	2	HOSPIT1	1	2	HOSPIT2	1	2	HOSPIT3
OTROS TRATAMIENTOS (Especifique)	1 ↓	2	OTROS1	1	2	OTROS2	1	2	OTROS3
h. ¿Durante la enfermedad hubo cambios en la alimentación?									
NO LEA, PERO INDAGUE: ¿Algo más?									
Dió comida normal	1	2	COMID1	1	2	COMID2	1	2	COMID3
Solo comidas suaves	1	2	SUAVE1	1	2	SUAVE2	1	2	SUAVE3
Dió menos comida	1	2	MENOS1	1	2	MENOS2	1	2	MENOS3
Dió comida más veces	1	2	MAYOR1	1	2	MAYOR2	1	2	MAYOR3
Aumentó líquidos	1	2	LIQUIDO1	1	2	LIQUIDO2	1	2	LIQUIDO3
Solo dió leche materna	1	2	PECHO1	1	2	PECHO2	1	2	PECHO3
Suspendió leche	1	2	NOLECHE1	1	2	NOLECHE2	1	2	NOLECHE3
Otra comida (Especifique)	1	2	OTH1	1	2	OTH2	1	2	OTH3
	PASE A COL.2			PASE A COL.3			CONTINUE CON 249		

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANT.VIVO
i. ¿Por qué no hizo nada?	NTRT1	NTRT2	NTRT3
- No fue necesario, la diarrea no era grave, se mejoró solo .....	1	1	1
- Descuido, no pensó que hacía falta.	2	2	2
- Falta de recursos económicos.....	3	3	3
- No tenía remedios en casa.....	4	4	4
- No pudo llevar al niño al Centro de Salud/médico .....	5	5	5
- Servicios de Salud muy distantes.....	6	6	6
- Otros (Especifique) .....	8	8	8
- NS/NR .....	9	9	9
	PASE A COLUMNA 2	PASE A COLUMNA 3	CONTINUE CON 249

MUESTRE EL SOBRE DE SUERO ORAL Y PREGUNTE:			
249.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
a.	Este es un sobre de suero oral: ¿Sabe para qué se usa? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SUER249</span>	Si, para la diarrea ..... 1 Si, para la deshidratación o reponer líquidos ..... 2 Si, para otra enfermedad que no sea diarrea ..... 3 No ..... 4	→ 250
b.	¿Ha tenido este producto en casa alguna vez? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CASA249</span>	Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9	→ f
c.	En este momento, ¿tiene Ud. este producto en casa? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TIENE249</span>	Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9	
d.	¿Lo ha usado alguna vez? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">USO249</span>	Si ..... 1 No ..... 2 NS,NR ..... 9	→ f
e.	¿En qué mes y año lo usó por última vez?	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MES249</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">AÑO249</span> <input type="text"/> <input type="text"/> MES                      AÑO No recuerda ..... 98	PASE A 250
f.	¿Por qué nunca ha usado suero oral? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">NUSO249</span>	-Nunca le recetaron ó le dieron ...1 -Ya no dan, no hay .....2 -Es difícil conseguirlo .....3 -No sabe donde hay o dan .....4 -No sirve, es malo .....5 -No confía en él .....6 -No le gusta al niño .....7 -No hizo falta dar .....8 -No se le ocurrió .....9 -Descuido, se olvidó .....10 -Prefiere otro remedio .....11 -Falta de dinero .....12 -Queda lejos conseguir .....13 -Otra .....88 (especifique) -NS,NR .....98	

250. Los niños suelen tener problemas respiratorios:												
	ULTIMO VIVO Nombre: _____			PENULTIMO VIVO _____			TERCER ANTERIOR VIVO _____					
a. ¿En los últimos 3 meses cuantas veces se ha enfermado (NOMBRE DEL NIÑO) de gripe, resfrío, catarro u otra enfermedad respiratoria?	NUMERO DE _____ VECES .... <div>IRA1</div> NUNCA .... 00 NR ..... 98 ↓ PASE A COL.2			NUMERO DE _____ VECES .... <div>IRA2</div> NUNCA .... 00 NR ..... 98 ↓ PASE A COL.3			NUMERO DE _____ VECES .... <div>IRA3</div> NUNCA .... 00 NR ..... 98 ↓ CONTINUE A 301					
¿En las últimas dos semanas (NOMBRE DEL NIÑO) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias? (LEALE UNO A UNO)												
	SI	NO	NR	SI	NO	NR	SI	NO	NR			
- Ojos rojos y/o lagrimeo	1	2	<div>ROJO1</div>	1	2	<div>ROJO2</div>	1	2	<div>ROJO3</div>			
- Nariz tapada/moco líquido	1	2	<div>NARIZ1</div>	1	2	<div>NARIZ2</div>	1	2	<div>NARIZ3</div>			
- Estornudo	1	2	<div>ESTOR1</div>	1	2	<div>ESTOR2</div>	1	2	<div>ESTOR3</div>			
- Tos	1	2	<div>TOS1</div>	1	2	<div>TOS2</div>	1	2	<div>TOS3</div>			
- Fiebre alta o calentura	1	2	<div>FIEBR1</div>	1	2	<div>FIEBR2</div>	1	2	<div>FIEBR3</div>			
- Dolor de garganta	1	2	<div>DOLOR1</div>	1	2	<div>DOLOR2</div>	1	2	<div>DOLOR3</div>			
- Ronquera	1	2	<div>RONQ1</div>	1	2	<div>RONQ2</div>	1	2	<div>RONQ3</div>			
- Dificultad para tragar (o alimentarse)	1	2	<div>ALI1</div>	1	2	<div>ALI2</div>	1	2	<div>ALI3</div>			
- Dolor de oídos (o secreciones del oído)	1	2	<div>OIDO1</div>	1	2	<div>OIDO2</div>	1	2	<div>OIDO3</div>			
- Respiración rápida, ruidosa o difícil	1	2	<div>RAPID1</div>	1	2	<div>RAPID2</div>	1	2	<div>RAPID3</div>			
- Pecho hundido	1	2	<div>HUND1</div>	1	2	<div>HUND2</div>	1	2	<div>HUND3</div>			
- Labios azulados o morados	1	2	<div>LAB1</div>	1	2	<div>LAB2</div>	1	2	<div>LAB3</div>			
- Ausencia de respiración	1	2	<div>AUSEN1</div>	1	2	<div>AUSEN2</div>	1	2	<div>AUSEN3</div>			
SI TODAS LAS b TIENE CODIGO 2 ó 9 PASE AL NIÑO SIGUIENTE												
¿Cuántos días duró esta enfermedad?	<div>DURAC1</div>			<div>DURAC2</div>			<div>DURAC3</div>					
NUMERO DE DIAS.....	____			____			____					
MENOS DE UN DIA.....	00			00			00					
MAS DE UN MES .....	33			33			33					
NO RECUERDA .....	98			98			98					

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANTERIOR VIVO
d. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TRAT1</span> No ..... 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TRAT2</span> No ..... 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TRAT3</span> No ..... 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g
e. ¿Lo llevó al Centro de Salud/médico?	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CENTRO1</span> No ..... 2	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CENTRO2</span> No ..... 2	Si ..... 1 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CENTRO3</span> No ..... 2
f. ¿Qué tratamiento recibió el niño? (LEALE UNO A UNO)	SI NO NR	SI NO NR	SI NO NR
Antibióticos	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANTI1</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANTI2</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANTI3</span>
Aspirina/antifebriles	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ASP1</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ASP2</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ASP3</span>
Antitusígenos/expecto- rantes/mucolíticos	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">EXPEC1</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">EXPEC2</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">EXPEC3</span>
Pastillas, jarabes, remedios (vagos)	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PILLS1</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PILLS2</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PILLS3</span>
Tratamientos caseros (Especifique)	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CASE1</span> _____	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CASE2</span> _____	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">CASE3</span> _____
Le hospitalizaron	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">HOSP1</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">HOSP2</span>	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">HOSP3</span>
Otra (Especifique)	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OTRAT1</span> _____	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OTRAT2</span> _____	1 2 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OTRA3</span> _____
	PASE A PENULTIMO (fila a)	PASE A TERCERO (fila a)	CONTINUE CON h

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO	PENULTIMO VIVO	TERCER ANT.VIVO
g. ¿Por qué no hizo nada?	NADA1	NADA2	NADA3
- No fue necesario, no era grave .....	1	1	1
- Descuido, no tuvo tiempo .....	2	2	2
- No sabía que hacer o qué darle.....	3	3	3
- No tenía remedio(s) para darle.....	4	4	4
- No pudo ir al Centro de Salud/médico.	5	5	5
- Dificultad económica .....	6	6	6
- Fue al centro de Salud, pero no Le atendieron: estaba cerrado .....	7	7	7
- Centro de salud/medico muy lejos O poco accesible .....	8	8	8
- Otros (Especifique) .....	9	9	9
- NS/NR .....	98	98	98
	PASE A PENULTIMO	PASE A TERCERO	CONTINUE CON h
	fila (a)	fila (a)	
h. En el caso de enfermedades respirato- rias, como gripes, resfrios, cata- rros y otras,  ¿En qué se fija usted para saber si es grave o no?  (ANOTE TEXTUALMENTE)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

III. SALUD MATERNO INFANTIL			
No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
301	¿Tuvo algún control médico durante su último embarazo?	Si ..... 1 No ..... 2	→ 305
	<b>PREN301</b>		
302	¿Dónde se hizo el control prenatal?	Hospital o Maternidad MSP .....1 Centros de Salud y similares MSP .....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS .....3 Seguro Social Campesino .....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) .....5 Junta de Beneficencia .....6 APROFE .....7 CEMOPLAF .....8 Clínica o médico privado .....9 Partera .....10 Privado e IESS .....11 Privado y MSP .....12 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda .....98	
	<b>SPREN302</b>		
303	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
	<b>MPREN303</b>		
304	¿En total, cuántos controles prenatales tuvo?	Número controles <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
	<b>NPREN304</b>		
305	Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétanos, es decir, para proteger al niño de convulsiones después de nacer?	Si .....1 No .....2 No sabe/no recuerda .. 9	→ 307
	<b>TET305</b>		
	<b>NTET306</b>		
306	¿Cuántas veces le pusieron esta vacuna durante este embarazo?	Número vacunas <input type="text"/> No sabe/no recuerda .. 9	PASE A 308
307	¿Le pusieron esta vacuna alguna vez en los últimos 10 años?	Si .....1 No .....2 No sabe/no recuerda .. 9	
	<b>PTET307</b>		

No.	PREGUNTAS		CODIGOS	Pase a Pregunta
308	¿En qué lugar tuvo su último parto?	<div>LDEL308</div> -Hospital o Maternidad MSP.....1 -Centros de Salud y similares MSP ..... 2 -Hospital, clínicas, dispen. IESS.....3 -Seguro Social Campesino.....4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.).....5 -Junta de Beneficencia.....6 -Clínica o médico privado.....7 -Parto domiciliario con médico, Obstetrix o enfermera.....8 -Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR) .....9 -Parto domiciliario con partera Tradicional empírica.....10 -Parto domiciliario con familiares, amistades .....11 -Parto sola .....12 -Otro .....88 (especifique) -No sabe, no recuerda .....98		
309	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	<div>BLED309</div> Si .....1 No .....2 NS/NR .....9		
310	¿Su último parto fue normal (vaginal) o le tuvieron que operar (cesárea)?	<div>TDEL310</div> Normal (vaginal) .....1 Cesárea .....2 NS/NR .....9	→ 312	
311	¿Salió el niño de pies?	<div>PIES311</div> Si .....1 No .....2 NS/NR .....9		
312	¿Durante el último parto o en la semana después del mismo, fue ope- rada para no tener más hijos o le hicieron la "ligadura"?	<div>OPER312</div> Si, durante el parto ... 1 Si, en la semana siguiente .....2 No .....3 NS/NR .....9		
313	¿Tuvo Ud. control médico o de obstetrix después del último parto?	<div>POST313</div> Si .....1 No .....2	→ 316	
314	¿A los cuántos días después del parto tuvo Ud. el primer control médico?	<div>DPOST314</div> No. DE DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASADOS 90 DIAS (3 MESES) .....91 No sabe/no recuerda ....98		





IV. PLANIFICACION FAMILIAR

"400"

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION

M E T O D O A N T I C O N C E P T I V O	400. Conoce o ha oído hablar de.. (SI NO HA OÍDO PASE AL SIGUIENTE METODO)	401. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO CONTINUAR CON EL SIG. METODO)	402. Usa actualmente....? (últimos 30 días)
1. Píldoras o pastillas anticonceptivas	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OCH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OCE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OCU402</b>
2. DIU, espiral o T de cobre	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IUDH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IUDE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IUDU402</b>
3. Condón o preservativo	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>CONH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>CONE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>CONU402</b>
4. Inyección anticonceptiva	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>INJH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>INJE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>INJU402</b>
5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, cremas, tabletas, diafragma, óvulos)	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VAGH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VAGE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VAGU402</b>
6. Norplant o implante	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IMPH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IMPE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>IMPU402</b>
7. Esterilización femenina o ligadura	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>STRH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>STRE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>STRU402</b>
8. Esterilización masculina o vasectomía	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VASH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VASE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>VASU402</b>
9. Método de Billings o moco cervical	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>BILH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>BILE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>BILU402</b>
10. Ritmo, calendario o control del período menstrual	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>RHYH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>RHYE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>RHYU402</b>
11. Temperatura basal	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>TBH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>TBE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>TBU402</b>
12. Retiro, (él se retira cuando va a terminar)	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>DRAH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>DRAE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>DRAU402</b>
13. Algún otro método para evitar los Hijos _____ (especifique)	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OTHH400</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OTHE401</b>	Si ... <sup>1</sup> No .... <sup>2</sup> <b>OTHU402</b>

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
403	VEA: 401 Y 402  HA USADO PERO NO USA ACTUALMENTE  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE A 404         </div>	NO HA OIDO Y NUNCA HA USADO METODOS  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 416         </div>	USA ALGUN METODO ACTUALMENTE  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 427         </div>
404	¿Cuál fue el último método que Ud. (o su pareja) usó?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">LUSE404</div> Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant ó implante ..... 6 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda..... 98	
405	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 10px;">MES405</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANO405</div> </div> MES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>  No recuerda ..... 98	
406	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE METODO)?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 10px;">MES406</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANO406</div> </div> MES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>  No recuerda ..... 98	
407	¿Dónde se informó sobre (NOMBRE METODO)?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">INFO407</div> Hospital o Maternidad MSP ..... 1 Centros de Salud y similares MSP ..... 2 Hospital, clínicas, dispen. IESS ..... 3 Seguro Social Campesino ..... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ..... 5 Junta de Beneficencia ..... 6 APROFE ..... 7 CEMOPLAF ..... 8 Clínica o médico privado ..... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica ..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero ..... 13 Amiga/vecino/pariente ..... 14 Distribuidor comunitario ..... 15 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda ..... 98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
408	¿Dónde obtuvo (NOMBRE METODO)?	Hospital o Maternidad MSP..... 1 Centros de Salud y similares MSP..... 2 Hospital, clínicas, dispen. IESS..... 3 Seguro Social Campesino..... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ..... 5 Junta de Beneficencia..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado..... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente..... 14 Distribuidor comunitario..... 15 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda..... 98	
409	¿Por qué razón dejó de usar (NOMBRE METODO)?	Para embarazarse ..... 1 Método no disponible..... 2 Le quedó lejos ..... 3 No tuvo dinero para comprar..... 4 Costo elevado, son caros..... 5 Motivo religioso..... 6 Tuvo efectos colaterales..... 7 Otras razones de salud..... 8 Recomendación médica..... 9 No fue eficaz..... 10 El compañero se opuso..... 11 Dificultad de uso ..... 12 Fatalismo, no vale la pena..... 13 Descuido ..... 14 Sin relación sexual ..... 15 Le atendieron mal en la clínica..... 16 Esperaba mucho en la clínica..... 17 Se siente vieja ..... 18 No le gusta usar ..... 19 Miedo a efectos colaterales..... 20 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda ..... 98 No responde ..... 99	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
410	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?  <div>FUSE410</div>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant ó implante ..... 6 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal ..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda .. 98	
411	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	<div>MES411</div> <div>ANO411</div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>  No recuerda ..... 98	
412	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE METODO)?	<div>MES412</div> <div>ANO412</div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>  No recuerda ..... 98	
413	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?  <div>HIJO413</div>	NUMERO DE HIJOS VIVOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
414	¿Dónde se informó sobre (NOMBRE METODO)?  <div>INFO414</div>	Hospital o Maternidad MSP..... 1 Centros de Salud y similares MSP ..... 2 Hospital, clínicas, dispen. IESS..... 3 Seguro Social Campesino..... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ..... 5 Junta de Beneficencia..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado..... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente..... 14 Distribuidor comunitario..... 15 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda..... 98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
415	¿Dónde obtuvo (NOMBRE METODO)?	Hospital o Maternidad MSP.....1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispen. IESS.....3 Seguro Social Campesino.....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) .....5 Junta de Beneficencia.....6 APROFE.....7 CEMOPLAF.....8 Clínica o médico privado.....9 Partera .....10 Farmacia o botica.....11 Iglesia .....12 Ella misma o su compañero.....13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario.....15 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98	

SFM415

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
416	¿Podría Ud. actualmente quedar embarazada si así lo desea? <b>BEPG416</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 9	→ 418 → 418
417	¿Cuál es la razón? <b>RNPG417</b>	-Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos .....1 -Menopausia .....2 -Ya pasaron 3 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado .....3 -Ya pasaron 3 años o más que no están usando anticonceptivo y no queda embarazada .....4 -Sin relación sexual .....5 -Actualmente embarazada .....6 -Amamantamiento .....7 -Otro_ .....8 (especifique)	→ 700 → 420
418	¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos? <b>NUSE418</b>	-Para embarazarse .....1 -Método no disponible .....2 -Le queda lejos .....3 -No tiene dinero para comprar .....4 -Costo elevado, son caros .....5 -Motivo religioso .....6 -Por efectos colaterales .....7 -Otras razones de salud .....8 -Recomendación médica .....9 -No es eficaz .....10 -El compañero se opone .....11 -Dificultad de uso .....12 -Fatalismo, no vale la pena ...13 -Descuido .....14 -Sin relación sexual .....15 -Le atienden mal en la clínica .....16 -Espera mucho en la clínica .....17 -Se siente vieja .....18 -No le gusta usar .....19 -Miedo a efectos colaterales .....20 -Falta de conocimiento de método .....21 -Postparto o amamantamiento ..22 -Otro_ .....88 (especifique) -No sabe/no recuerda .....98 -No responde .....99	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
419	¿Actualmente desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos? <b>DMTD419</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/no responde ..... 9	→ 421
420	¿En los próximos 12 meses le gustaría usar algún método para evitar tener hijos? <b>DMTD420</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/no responde ..... 9	→ 422
421	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)? <b>PMTD421</b>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant o implante ..... 6 Esterilización femenina... 7 Vasectomía ..... 8 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal ..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No sabe ..... 98	→ 424 → 423
422	¿Por qué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro? <b>NUSE422</b>	-Para embarazarse ..... 1 -Método no disponible ..... 2 -Le queda lejos ..... 3 -No tiene dinero para comprar ..... 4 -Costo elevado, son caros ..... 5 -Motivo religioso ..... 6 -Por efectos colaterales ..... 7 -Otros razones de salud ..... 8 -Recomendación médica ..... 9 -No es eficaz ..... 10 -El compañero se opone ..... 11 -Dificultad de uso ..... 12 -Fatalismo, no vale la pena ... 13 -Descuido ..... 14 -Sin relación sexual ..... 15 -Le atienden mal en la clínica ..... 16 -Se espera mucho en la clínica ..... 17 -Se siente vieja ..... 18 -No le gusta usar ..... 19 -Miedo a efectos cola- terales ..... 20 -Otro ..... 88 (especifique) -No sabe ..... 98 -No responde ..... 99	



No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
423	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">KSRC423</span>	Si .....1 → 425 No .....2 → 500	
424	¿Sabe dónde puede ir para conseguir este método? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">KSRC424</span>	Si .....1 No .....2 → 500	
425	¿A qué lugar? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SRC425</span>	Hospital o Maternidad MSP ..1 Centros de Salud y similares MSP .....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS .....3 Seguro Social Campesino ....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ...5 Junta de Beneficencia .... 6 APROFE .....7 CEMOPLAF .....8 Clínica o médico privado ...9 Partera .....10 Farmacia o botica .....11 Iglesia .....12 Ella misma o su compañero .....13 Amiga/vecino/pariente .....14 Distribuidor comunitario .. 15 Otro .....88 (especifique)	
426	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Horas <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">HORA426</span> <input type="text"/> Minutos <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MIN426</span> <input type="text"/> 10 ó más horas .....888 No sabe .....999	

PASE A 500

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
427	VEA: 402  MARQUE EL METODO QUE USA ACTUAL- MENTE  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">MET427</div>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant o implante ..... 6 Esterilización femenina.... 7 Vasectomía ..... 8 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal..... 11 Retiro ..... 12 Otro = ..... 88 (especifique)	→ A 435  → A 436  → A 436
428	¿En qué mes y año le operaron a Ud. (o su esposo/compañero)?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MOP428</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">YOP428</div> </div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>  No recuerda..... 98	
429	¿Dónde le hicieron la operación?  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">SRC429</div>	Hospital o Maternidad MSP...1 Centros de Salud y similares MSP.....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS.....3 Fuerzas Armadas (FF.AA.)....4 Junta de Beneficencia ..... 5 APROFE.....8 CEMOPLAF.....9 Clínica o médico privado....10 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda ..... 98	
430	¿Cuánto tiempo tardó Ud. o su com- pañero para ir desde aquí a ese lugar?	Horas <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">HORAS430</div> <input type="text"/>  Minutos <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MIN430</div> <input type="text"/>  10 ó más horas..... 888  No sabe..... 999	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
431	¿Qué razones tuvo para operarse?  <div>REA431</div>	Problemas económicos .....1 Por razones de salud .....2 Ya tenía suficientes hijos .....3 Edad avanzada .....4 Su trabajo no le permitía .....5 No podía atender los hijos .....6 Inestabilidad conyugal.....7 No desea tener más hijos.....8 Otro ..... 88 (especifique) No sabe .....98 No responde .....99	
432	¿Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con la decisión de haber tenido la operación/vasectomía? <div>SAT432</div>	Definitivamente sí .....1 Creo que sí .....2 Creo que no .....3 Definitivamente no .....4	→ 443 → 434
433	¿Si tuviera que elegir ahora la esterilización o vasectomía, diría Ud. "Si" o "No" ? <div>ELEC433</div>	Si .....1 No .....2 No responde .....9 SI 432=2, PASE A 443	→ 443
434	¿Por qué no se siente satisfecha? (INDAGAR)  <div>NSAT434</div>	-Tuvo nueva unión .....1 -La operación le causó molestias .....2 -Disminuyó su vida sexual ... 3 -Murió hijo(s) .....4 -Tiene hijos mayores y quiere niño .....5 -Hizo algo moralmente malo .....6 -El esposo le trata diferente .....7 -Se siente disminuida .....8 -Otro ..... 88 (especifique) -No sabe .....98 -No responde .....99	

PASE A 443

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
435	<p>¿Por favor, indique la marca de pastillas que usa:</p> <p style="text-align: right;"><b>MARCA435</b></p>	<p>Microgynon .....1</p> <p>Microgynon CD .....2</p> <p>Triquilar .....3</p> <p>Neogynon CD .....4</p> <p>Noriday .....5</p> <p>Femenal .....6</p> <p>Lo-Femenal .....7</p> <p>Lindiol .....8</p> <p>Euginon .....9</p> <p>Denoval .....10</p> <p>Ovral .....11</p> <p>Neogynon .....12</p> <p>Nordette .....13</p> <p>Mckesson .....14</p> <p>Nodiol .....15</p> <p>Otra ..... 88</p> <p style="text-align: center;">(especifique)</p> <p>No sabe/no recuerda ..... 98</p>	
436	<p>¿Dónde se informó sobre el método que usa actualmente?</p> <p style="text-align: right;"><b>INFO436</b></p>	<p>Hospital o Maternidad MSP ..1</p> <p>Centros de Salud y similares MSP .....2</p> <p>Hospital, clínicas, dispensario IESS .....3</p> <p>Seguro Social Campesino ....4</p> <p>Fuerzas Armadas (FF.AA.) ...5</p> <p>Junta de Beneficencia .....6</p> <p>APROFE .....7</p> <p>CEMOPLAF .....8</p> <p>Clínica o médico privado ...9</p> <p>Partera .....10</p> <p>Farmacia .....11</p> <p>Iglesia .....12</p> <p>Ella misma o su compañero .....13</p> <p>Amiga/vecino/pariente .....14</p> <p>Distribuidor comunitario ..15</p> <p>Otro ..... 88</p> <p style="text-align: center;">(especifique)</p> <p>No sabe/no recuerda ..... 98</p>	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
437	¿Dónde obtiene el método que usa actualmente?  <div>SRC437</div>	Hospital o Maternidad MSP ...1 Centros de Salud y similares MSP .....2 Hospital, clínicas, dispensario IESS .....3 Seguro Social Campesino .....4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ... 5 Junta de Beneficencia .....6 APROFE .....7 CEMOPLAF .....8 Clínica o médico privado ....9 Partera .....10 Farmacia o botica .....11 Iglesia .....12 Ella misma o su compañero ...13 Amiga/vecino/pariente 14 Distribuidor comunitario ....15 Otro _____ ....88 (especifique) No sabe/no recuerda .....98	
438	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Horas <div>HORA438</div> <input type="text"/> Minutos <div>LUSE404</div> <input type="text"/> 10 ó más horas ..... 888 No sabe ..... 999	
439	¿Usted usa métodos, para espaciar sus embarazos o porque no quiere más hijos?  <div>RFP439</div>	Espaciar embarazos .....1 No quiere más .....2 No sabe/no recuerda .....9	
440	¿Si en este momento Ud. pudiera elegir, seguiría usando el mismo método anticonceptivo o preferiría otro?  <div>LIKE440</div>	El mismo .....1 Preferiría otro .....2 No sabe .....9	→ 443 → 443

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
441	¿Cuál método preferiría usar Ud.?  <div>PMTD441</div>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant o implante ..... 6 Esterilización femenina ..... 7 Vasectomía ..... 8 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal ..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no responde ..... 98	
442	¿Por qué está usando el método actual en vez del que prefiere?  <div>NUPM442</div>	-Falta dinero .....1 -Es más práctico para ella .....2 -Es más barato .....3 -Sin dificultad de uso .....4 -Receta médico .....5 -Recomendación (amiga/pariente) .....6 -Razones religiosas .....7 -Falta de tiempo .....8 -Otro .....88 (especifique) -No sabe .....98	
443	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?  <div>FUSE443</div>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant o implante ..... 6 Esterilización femenina ..... 7 Vasectomía ..... 8 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal ..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No recuerda ..... 98	
444	¿En qué mes y año comenzó a usar ese primer método?	<div>MES444</div> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div>ANO444</div> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
445	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar ese primer método? <div>HIJO445</div>	Hijos vivos ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
446	¿Dónde se informó sobre ese primer método? <div>INFO446</div>	Hospital o Maternidad MSP.. 1 Centros de Salud y similares MSP..... 2 Hospital, clínicas, dispensario IESS..... 3 Seguro Social Campesino.... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)... 5 Junta de Beneficencia ..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario...15 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda .....98	
447	¿Dónde obtuvo el primer método que Ud. usó? <div>SRC447</div>	Hospital o Maternidad MSP.. 1 Centros de Salud y similares MSP..... 2 Hospital, clínicas, dispensario IESS..... 3 Seguro Social Campesino.... 4 Fuerzas Armadas (FF.AA.)... 5 Junta de Beneficencia ..... 6 APROFE..... 7 CEMOPLAF..... 8 Clínica o médico privado... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero..... 13 Amiga/vecino/pariente.....14 Distribuidor comunitario...15 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda .....98	

No.	V. ESTERILIZACION		Pase a Pregunta
500	VEA: 220 (d) TIENE HIJOS VIVOS <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓ </div> CONTINUE CON 501	VEA: 220 (d) NO TIENE HIJOS VIVOS <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓ </div> PASE A 600	VEA: 402 ELLA O SU PAREJA ESTERILIZADA <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓ </div> PASE A 700
501	¿Desea Ud. Tener más hijos? <div style="text-align: right;">MAS501</div>	Si..... 1 No..... 2 No Sabe..... 9	
502	¿Por qué no desea tener más hijos? <div style="text-align: right;">REA502</div>	Problemas económicos..... 1 Por razones de salud..... 2 Ya tiene suficientes hijos ..... 3 Se siente vieja..... 4 Su trabajo no le permite..... 5 No puede atender los hijos ..... 6 Inestabilidad conyugal..... 7 Otro ..... 88 (especifique) No sabe..... 98 No responde..... 99	
503	¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos? <div style="text-align: right;">IOPR503</div>	Si..... 1 No..... 2	
504	¿Sabe Ud. dónde hacen la operación? <div style="text-align: right;">KOPR504</div>	Si..... 1 No ..... 2	
505	¿En qué lugar? <div style="text-align: right;">SOPR505</div>	Hospital o Maternidad MSP ... 1 Centros de Salud y similares MSP..... 2 Hospital, clínicas, dispensario IESS..... 3 Fuerzas Armadas(FF.AA.) ..... 4 Junta de Beneficencia..... 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 Clínica o médico privado .... 8 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda..... 98	



No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
506	¿Por qué no ha ido a operarse?	-Miedo a la operación .....1 -Miedo a efectos colaterales .... 2 -Intención de realizarlo post-parto.....3 -Costo muy elevado .....4 -Rechazo del médico .....5 -Barreras institucionales ..... 6 -No tiene tiempo .....7 -Razones religiosas .....8 -No le gusta .....9 -Cerca de la menopausia .....10 -Prefiere métodos reversibles ....11 -Compañero se opone .....12 -Sin relación sexual .....13 -Es todavía muy joven .....14 -Nunca pensó en ello .....15 -Necesita mayor información sobre este método.....16 -Tiene miedo de arrepentirse después.....17 -Otro_____ .....88  (especifique) -No sabe .....98 -No responde .....99	

NOPR506

PASE A 600

506	¿Por qué no ha ido a operarse?	-Miedo a la operación .....1 -Miedo a efectos colaterales .... 2 -Intención de realizarlo post-parto.....3 -Costo muy elevado .....4 -Rechazo del médico .....5 -Barreras institucionales ..... 6 -No tiene tiempo .....7 -Razones religiosas .....8 -No le gusta .....9 -Cerca de la menopausia .....10 -Prefiere métodos reversibles ....11 -Compañero se opone .....12 -Sin relación sexual .....13 -Es todavía muy joven .....14 -Nunca pensó en ello .....15 -Necesita mayor información sobre este método.....16 -Tiene miedo de arrepentirse después.....17 -Otro_____ .....88  (especifique) -No sabe .....98 -No responde .....99	
-----	--------------------------------	---	--

NOPR507

No.	VI. PREFERENCIA EN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		Pase a Pregunta
600	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> VEA: 402  ALGUN METODO DIFERENTE  A ESTERILIZACION  (402 código diferente de  7 u 8)  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓  CONTINUE CON 601 </div> </div> <div style="width: 30%;"> VEA: 419 y 420  NO ESTA USANDO NINGUN  METODO PERO DESEA  USAR (419 ó 420=1)  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓  CONTINUE CON 601 </div> </div> <div style="width: 30%;"> NO USA NI  DESEA USAR  (419 ó 420=2)  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ↓  PASE A 700 </div> </div> </div>		
601	¿Qué día de la semana le sería más conveniente para recibir servicios de planificación familiar?  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">DIA601</div>	Lunes.....1 Martes.....2 Miércoles.....3 Jueves.....4 Viernes.....5 Sábado.....6 Domingo.....7 Fin de semana.....8 Cualquier día.....9 No sabe.....98 No responde.....99	
602	¿Qué hora del día le sería más conveniente para recibir servicios de planificación familiar?  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">TIME602</div>	Antes de las 8:00 horas... 1 8:00 a 9:59 horas..... 2 10:00 a 11:59 horas ..... 3 12:00 a 13:59 horas ..... 4 14:00 a 15:59 horas ..... 5 16:00 a 18:00 horas ..... 6 Después de las 18:00 horas..... 7 Varias horas diferentes... 8 Cualquier hora..... 9 No sabe.....98 No responde.....99	
603	¿Qué preferiría: Recibir servicios de planificación familiar de un médico hombre o de una médica mujer, o de una obstetriz?  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">PREF603</div>	Médico hombre.....1 Médico mujer.....2 Obstetriz.....3 Le da igual .....4 No sabe/no responde ..... 9	
604	¿Qué preferiría Ud.? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1 y 2)  <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">PREF604</div>	-Ir a una clínica de P.F.que le quede cerca, donde le conozca la gente .....1 -Ir a una clínica de P.F.que le quede lejos, donde no le conozca la gente .....2 -Ir a otro lugar.....3 -No tiene preferencia .....4 -No sabe/no responde.....9	

No.	VII. ADULTAS JOVENES	Pase a Pregunta
700	<div> <div> VEA: 101  TIENE ENTRE 15 Y  24 AÑOS  <div> <div></div> <div>↓</div> </div> CONTINUE CON 701 </div> <div> TIENE 25 AÑOS O MAS  <div> <div></div> <div>↓</div> </div> PASE A 713 </div> </div>	
701	<div> ¿Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada?  (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)  <div>BEPG701</div> </div>	<div> -Una semana antes que la regla comience .....1  -Durante la regla.....2  -Un semana después de la regla comience .....3  -Dos semanas después que la regla comience .....4  -Tres semanas después que la regla comience.....5  -En cualquier tiempo .....6  -Otro .....7  (especifique)  -No sabe .....8  -No responde.....9 </div>
702	<div> ¿Cuál de las siguientes alternativas corresponde mejor con su criterio u opinión respecto de las relaciones sexuales?  (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-4)  <div>TSEX702</div> </div>	<div> -Está de acuerdo con tener relaciones sexuales con amigos o conocidos .....1  -De acuerdo con tener relaciones sexuales entre novios que no tienen intenciones de casarse .....2  -De acuerdo con tener relaciones sexuales solo si la pareja tiene planes de casarse .....3  -No está de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio .....4  -No opina.....5  -No sabe/no responde .....9 </div>
703	<div> ¿Supongamos el caso de una joven que quedó embarazada y no es casada ni unida. Con cuál de las siguientes alternativas estaría de acuerdo?  (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)  <div>TODO703</div> </div>	<div> -Obligar al joven a casarse .....1  -Convencer al joven para casarse o unirse.....2  -Tener el niño y criarlo sin su pareja .....3  -Tener el niño y darlo a un familiar para que lo críe...4  -Hacerse un aborto.....5  -No opina.....6  -No responde.....9 </div>

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
704	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual(COITO)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MSEX704</span> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">YSEX704</span> Nunca ha tenido relaciones sexuales ..... 2222 → 800 No recuerda ..... 9898 No responde ..... 9999 → 800	
705	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ASEX705</span>	Edad ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	
706	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo esa primera relación sexual? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PAGE706</span>	Edad ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe ..... 98	
707	¿Qué relación había con esa persona? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PART707</span>	Marido o compañero ..... 1 Novio o enamorado ..... 2 Amigo ..... 3 Violación ..... 4 → 713 Otro ..... 8 (especifique) No responde ..... 9	
708	¿Usó Ud. o su pareja algún método anticonceptivo en esa primera relación? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">UFSX708</span>	Si ..... 1 No ..... 2 → 712	
709	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">FMTD709</span>	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Condón ..... 3 Inyección ..... 4 Métodos vaginales ..... 5 Norplant ó implante ..... 6 Método Billings ..... 9 Ritmo ..... 10 Temperatura basal ..... 11 Retiro ..... 12 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda ..... 98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
710	¿Dónde consiguieron ese método que usaron en su primera relación?  <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">SRC710</div>	Hospital o Maternidad MSP ..... 1 Centros de Salud o similares MSP ..... 2 Hospital, clínicas IESS ..... 3 Seguro Social Campesino ..... 4 FF.AA ..... 5 Junta de Beneficencia ..... 6 APROFE ..... 7 CEMOPLAF ..... 8 Clínica o médico privado ..... 9 Partera ..... 10 Farmacia o botica ..... 11 Iglesia ..... 12 Ella misma o su compañero ..... 13 Amiga/vecino/pariente ..... 14 Distribuidor comunitario ..... 15 Otro ..... 88 (especifique) No sabe/no recuerda ..... 98	
711	¿Quién tomó la decisión de usar ese método, Ud sola, él solo, ambos?  <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">TOMO711</div>	Ella sola ..... 1 El solo ..... 2 Ambos ..... 3 No sabe/no recuerda ..... 9	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div>713</div> </div>
712	¿Por qué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación?  <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">NMTD712</div>	No esperaba tener relaciones en ese momento ..... 1 No conocía ningún método ..... 2 Creía que los anticonceptivos eran malos para la salud ..... 3 La religión no se lo permitía ..... 4 Quería embarazarse ..... 5 Conocía anticonceptivos, pero no sabía dónde obtenerlos ..... 6 El compañero se opuso ..... 7 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento ..... 8 Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos ..... 9 Otro ..... 88 especifique No sabe/no recuerda ..... 98 No responde ..... 99	

PARA TODAS LAS MUJERES			
713	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SXLM713</span>	Si ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">→</div> 800
714	¿Cuántas veces? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">XSX714</span>	Número de veces <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>  No recuerda ..... 98 No responde ..... 99	

VIII. COMUNICACIONES				
No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta	
800	¿Ha visto o escuchado algún anuncio ó mensaje de Planificación Familiar en los últimos seis meses? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VANU800</span>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 9	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">→</div>	900
801	¿Se refiere el mensaje que Ud. vió o escuchó a <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">DERE801</span> na de las siguientes ideas? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MADR801</span> (LEA CADA ALTERNATIVA Y ESPERE LA RESPUESTA) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">EDUC801</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PARE801</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">RECU801</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OTRO801</span>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>SI</span> <span>NO</span> <span>NR</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> - Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos ..... 1  - La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños ..... 1  - Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar ..... 1  - El derecho de la pareja para planificar la familia ..... 1  - La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos ..... 1  - Otro ..... 1  (especifique) </div> <div> 2 2 2 2 2 2 2 </div> <div> 9 9 9 9 9 9 9 </div> </div>		
802	¿Dígame dónde vió o escuchó el mensaje ó anuncio? <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">RAD802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">TV802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">PER802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">REV802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">AFI802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">FOL802</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">OTRO802</span>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>SI</span> <span>NO</span> <span>NR</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> RADIO T.V. PERIODICO REVISTAS AFICHES FOLLETOS OTROS </div> <div> 1 1 1 1 1 1 1 </div> <div> 2 2 2 2 2 2 2 </div> <div> 9 9 9 9 9 9 9 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> (especifique) </div>		

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
900	¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera? <div>MSTAT900</div>	Unida ..... 1 Casada ..... 2 Viuda ..... 3 Separada ..... 4 Divorciada ..... 5 Soltera ..... 6	→ 902
901	¿Ha estado Ud. unida o casada al- guna vez? <div>EMAR901</div>	Si ..... 1 No ..... 2	→ 904
902	¿En qué mes y año se unió/casó Ud. por primera vez?	<div>MES902</div> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div>ANO902</div> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	→ 904
903	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con su primer marido o compañero? <div>EDAD903</div>	Edad ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda ..... 98	

904	Hora de finalización de la Entrevista <div>HORA904</div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div>MIN904</div> Minutos
-----	--