



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



A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

REGION: REGION

PROVINCIA: PROV

CANTON: CANTON

PARROQUIA: PARROQ

AREA: URBANA 1
Res4 RURAL 2

SECTOR CENSAL

SEGMENTO No.

VIVIENDA No.

DOMINIO

CUESTIONARIO

No.

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: _____

	C. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	
Código de Entrevistadora	<input type="checkbox"/>				
Fecha Visita <u>DIA</u>	Día <input type="checkbox"/>				
<u>MES</u>	Mes <input type="checkbox"/>				
Hora Inicial de la Entrevista:	Hora <input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/>				
Resultado *	<input type="checkbox"/>				
* Código de Resultado: <u>RESULT</u>	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"/>

F. MUJERES EN EL HOGAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS																											
100	¿Cuántas mujeres, incluyendo las menores de edad, residen habitualmente en esta vivienda?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> NUMMUJ </div>																											
<p>- SI NO HAY MUJERES, TERMINE LA ENTREVISTA</p> <p>- 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 ANOS.</p>																													
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																								
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> CODIGO ESTADO CIVIL: UNIDA 1 CASADA 2 VIUDA 3 SEPARADA 4 DIVORCIADA 5 SOLTERA 6 DESCONOCIDO 9 </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> CODIGO EDUCACION: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">NIVEL</td> <td style="width:50%; text-align: center;">GRADO o CURSO</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO 0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA 2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR 3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ALFABETIZ. 4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO 9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							CODIGO ESTADO CIVIL: UNIDA 1 CASADA 2 VIUDA 3 SEPARADA 4 DIVORCIADA 5 SOLTERA 6 DESCONOCIDO 9	CODIGO EDUCACION: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">NIVEL</td> <td style="width:50%; text-align: center;">GRADO o CURSO</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO 0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA 2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR 3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ALFABETIZ. 4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO 9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>		NIVEL	GRADO o CURSO	NINGUNO 0	0	0	PRIMARIA 1	1	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIA 2	2	1 2 3 4 5 6	SUPERIOR 3	3	1 2 3 4 5 6+	CENTRO DE ALFABETIZ. 4	4	1 2 3 4	DESCONOCIDO 9	9	9
CODIGO ESTADO CIVIL: UNIDA 1 CASADA 2 VIUDA 3 SEPARADA 4 DIVORCIADA 5 SOLTERA 6 DESCONOCIDO 9	CODIGO EDUCACION: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">NIVEL</td> <td style="width:50%; text-align: center;">GRADO o CURSO</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO 0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA 2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR 3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE ALFABETIZ. 4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO 9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>		NIVEL	GRADO o CURSO	NINGUNO 0	0	0	PRIMARIA 1	1	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIA 2	2	1 2 3 4 5 6	SUPERIOR 3	3	1 2 3 4 5 6+	CENTRO DE ALFABETIZ. 4	4	1 2 3 4	DESCONOCIDO 9	9	9							
	NIVEL	GRADO o CURSO																											
NINGUNO 0	0	0																											
PRIMARIA 1	1	1 2 3 4 5 6																											
SECUNDARIA 2	2	1 2 3 4 5 6																											
SUPERIOR 3	3	1 2 3 4 5 6+																											
CENTRO DE ALFABETIZ. 4	4	1 2 3 4																											
DESCONOCIDO 9	9	9																											
102	ENTREVISTADORA: - ANOTE EL NUMERO DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD QUE RESIDE EN ESTA VIVIENDA					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> MEF102 </div>																							
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;"> HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓ </td> <td style="width:50%; text-align: center;"> NO HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CONTINUE CON 103</td> <td style="text-align: center;">PASE A SIGUIENTE VIVIENDA</td> </tr> </table>							HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓	NO HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓	CONTINUE CON 103	PASE A SIGUIENTE VIVIENDA																			
HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓	NO HAY MUJERES DE 15-49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;" type="checkbox"/> ↓																												
CONTINUE CON 103	PASE A SIGUIENTE VIVIENDA																												

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"/> HOM103 No. Total Mujeres <input type="text"/> <input type="text"/> MUJER103 Total Personas <input type="text"/> <input type="text"/> PERS103																					
104	¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la vivienda? AGUA104	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? HIG105	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?	CUART106 <input type="text"/> <input type="text"/>																					
107	Podría decirme si en esta vivienda tienen: (LEALE TODOS LOS ITEMS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>LUZ107 Luz eléctrica.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO107 Radio.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TV107 Televisión</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>REFR107 Refrigerador</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TEL107 Teléfono</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>VEH107 Vehículo propio.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	LUZ107 Luz eléctrica.....	1	2	RADIO107 Radio.....	1	2	TV107 Televisión	1	2	REFR107 Refrigerador	1	2	TEL107 Teléfono	1	2	VEH107 Vehículo propio.....	1	2
	SI	NO																					
LUZ107 Luz eléctrica.....	1	2																					
RADIO107 Radio.....	1	2																					
TV107 Televisión	1	2																					
REFR107 Refrigerador	1	2																					
TEL107 Teléfono	1	2																					
VEH107 Vehículo propio.....	1	2																					
108	¿Qué combustible usan generalmente para cocinar? COMB108	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:	<input type="text" value="REGION"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROVINCIA:	<input type="text" value="PROV"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CANTON:	<input type="text" value="CANTON"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PARROQUIA:	<input type="text" value="PARROQ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AREA:	URBANA	1		
<input type="text" value="Res4"/>	RURAL	2		

SECTOR CENSAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SEGMENTO No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VIVIENDA No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOMINIO	<input type="text" value="DOMINIO"/>			
CUESTIONARIO		No. LIN	MEF	
No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/> <input type="text" value="MES"/>	Día <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" value="RESULT"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 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="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"/>

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 [][] AÑO [][] MNAC100 ANAC100	
101	¿Entonces, qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD101 [][]	

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?	LEV102 <table style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO ó CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>0</td> <td>0 YRS102</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> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO ó CURSO	NINGUNO	0	0 YRS102	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 YRS102																						
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? WORK103	Si 1 No. 2 → 200																						
104	¿Trabaja fuera o dentro del hogar? LOC104	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? CPG200	Si 1 No 2 No sabe 9	→ 202
201	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez? EVPG201	Si 1 No 2	→ 204 → 216
202	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.? MPG202	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 98	
203	¿Es su primer embarazo? FPG203	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	HMAL204 HGRL204 HCHL204
205	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	AMAL205 AGRL205 ACHL205

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"/> <input type="text"/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DBOY207</div> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DGRL207</div> C. TOTAL HIJOS MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <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 de embarazo? <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">NABT211</div>	No.de PERDIDAS <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 204C. TOTAL HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 205C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 207C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 209. MORTINATOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 211. PERDIDAS <input type="text"/> <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 COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MÚLTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">TWINS213</div> NUMERO DE PARTOS MÚLTIPLES <input type="text"/> <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? DLPG214	Si1 No2 No Sabe9	→ 216 → 216	
215	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco? NDPG215	No quería tener más hijos..1 Quería esperar un poco más.2		
216	¿Desea Ud. actualmente un embarazo? DPG216	Si1 No2 ACTUALMENTE EMBARAZADA3 (VEA 200) No sabe9		
217	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla (menstruación)? REGLA217	MESES <input type="text"/> Menos de un mes 00 Ya no menstrua 95 Nunca ha menstruado 96 Antes del último embar ... 97 No Recuerda98		
218	VEA: 212 CON UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS (204C, 205C, 207C) <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 219	ENTREVISTADAS CON 00 EMBA-RAZOS <input type="checkbox"/>	SOLO EMBARAZO ACTUAL (200) <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 400	SOLO TUVO MORTINATOS O PERDIDAS (209,211) <input type="checkbox"/>
219	¿Cuántos hijos e hijas que nacieron vivos a partir de Enero 1974 ha tenido Ud.? VIVO219	TOTAL NACIDOS VIVOS A PARTIR DE 1974. <input type="text"/>		

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	2	3	4	5	6
220	ULTIMO VIVO	PENULTIMO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR	SEXTO ANTERIOR
a. Qué nombre le puso	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. Es hombre o mujer	SEX1 Hombre...1 Mujer...2	Hombre...1 SEX2 2 Mujer	Hombre...1 SEX3 2 Mujer	Hombre...1 SEX4 2 Mujer	Hombre...1 SEX5 2 Mujer	Hombre...1 SEX6 2 Mujer
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 recuerda98			
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 recuerda98			
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 recuerda98		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	SEX7 Hombre...1 Mujer...2	SEX8 Hombre...1 Mujer...2	SEX9 Hombre...1 Mujer...2	SEX10 Hombre...1 Mujer...2	SEX11 Hombre...1 Mujer...2	SEX12 Hombre...1 Mujer...2
c. En qué mes y año nació?	Mes MBC7 Año YBC7	Mes MBC8 Año YBC8	Mes MBC9 Año YBC9	Mes MBC10 Año YBC10	Mes MBC11 Año YBC11	Mes MBC12 Año YBC12
d. Está vivo?	Si...1 (A RENGLO VIVO7 No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO8 No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO9 No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO10 No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO11 No...2	Si...1 (A RENGLO VIVO12 No...2
e. En qué mes y año murió?	Mes MDIE7 Año YDIE7	Mes MDIE8 Año YDIE8	Mes MDIE9 Año YDIE9	Mes MDIE10 Año YDIE10	Mes MDIE11 Año YDIE11	Mes MDIE12 Año YDIE12
f. Qué edad tenía al morir?	Año ANOS7 Meses MES7 Días DIAS7	Año ANOS8 Meses MES8 Días DIAS8	Año ANOS9 Meses MES9 Días DIAS9	Año ANOS10 Meses MES10 Días DIAS10	Año ANOS11 Meses MES11 Días DIAS11	Año ANOS12 Meses MES12 Días DIAS12
g. Le dio pecho al niño?	Si BF7 1 No... 2	Si BF8 1 No... 2	Si BF9 1 No... 2	Si BF10 1 No... 2	Si BF11 1 No... 2	Si BF12 1 No... 2
	PASE A COLUMNA 8	PASE A COLUMNA 9	PASE A COLUMNA 10	PASE A COLUMNA 11	PASE A COLUMNA 12	CONTINUE CON 225

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

ULTIMO NIÑO QUE MURIO

226	ENTREVISTADORA: VEA 220 Y ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO. <input type="text" value="ANO226"/> <input type="text" value="MES226"/> <input type="text" value="DIA226"/>	NOMBRE _____ AÑOS <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MESES <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> DIAS <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
-----	---	---	--

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

227	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació? <input type="text" value="MPG227"/>	MESES <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No recuerda 98	
228	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande? <input type="text" value="SIZE228"/>	Pequeño 1 Normal 2 Grande 3 No recuerda 9	
229	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)? <input type="text" value="ACC229"/>	Si 1 → 235 No 2	
230	En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:	_____ _____ _____	

231	VEA:226 EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 232	EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 233	
-----	---	--	--

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, PART232 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? AGUA232	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? BLEED232	... 1 2 9
	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto? FEVER232	. 1 2 9
	¿Nació el niño de pies? PIES232	... 1 2 9
	¿Tuvieron que hacerle cesárea? CES232	.. 1 2 9
	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer? LLANT232	.. 1 2 9
	¿Se veía azul el niño al salir? BLUE232	. 1 2 9

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?	SUCK233	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	PESP233	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	PECH233	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva?	TOS233	1	2	9
	¿Tenía labios azulados?	LIP233	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	FEV233	1	2	9
	¿Tenía temblor?	TEMB233	1	2	9
	¿Tenía escalofríos?	ESC233	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente?	SWEAT233	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?	ROJO233	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel?	RASH233	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios?	ULC233	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?	PELO233	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	SKIN233	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?	OJOS233	1	2	9

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

PASE A 235

No.	CODIGOS	
234	<p>USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL</p> <p>PCAUS234</p> <p>CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE</p> <p>Accidente 1</p> <p>Prematuro/bajo peso al nacer2</p> <p>Tétanos neonatal 3</p> <p>Trauma del nacimiento/asfixia perinatal 4</p> <p>Infección aguda de vías Respiratorias 5</p> <p>Diarrea, deshidratación6</p> <p>Malaria 7</p> <p>Sarampión 8</p> <p>Tosferina 9</p> <p>Meningitis10</p> <p>Anomalías congénitas11</p> <p>Otras complicaciones perinatales12</p>	<p>SCAUS234</p> <p>CAUSA PRIMARIA</p> <p>CAUSA SECUNDARIA</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
	<p>Otro _____</p> <p>(especifique)</p> <p>No especificado98</p>	
235	<p>UN SOLO HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 245 </p>	<p>MAS DE UN HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ 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 <input type="text" value="ANO236"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text" value="MES236"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS <input type="text" value="DIA236"/> <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?	<input type="text" value="MPG237"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
-----	--	--	--

238	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?	<input type="text" value="SIZE238"/> Pequeño 1 Normal 2 Grande 3 No recuerda 9	
-----	---	--	--

239	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?	<input type="text" value="ACC238"/> Si 1 → 245 No 2	
-----	---	---	--

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

241	<p>VEA: 236</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ CONTINUE CON 242 </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ PASE A 243 </td> </tr> </table>			EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ CONTINUE CON 242	EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ PASE A 243
EL NIÑO MURIO ANTES DE 28 DIAS DE EDAD <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ CONTINUE CON 242	EL NIÑO MURIO DE 28 DIAS DE EDAD O MAS <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ↓ PASE A 243				

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

SINTOMAS PARA NIÑOS MENORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON

242	<p>a. ¿Dónde tuvo el parto?</p> <div style="text-align: right;">PART242</div> <ul style="list-style-type: none"> -Hospital o Maternidad MSP1 -Centro de Salud y similares MSP2 -Hospital,clínicas, dispensario, IESS3 -Seguro Social Campesino4 -Fuerzas Armadas (FF.AA.)5 -Junta de Beneficencia6 -Clínica o médico privado7 -Parto domiciliario con médico, obstetriz o enfermera.....8 -Parto domiciliario con Comadrona Voluntaria Rural (CVR)9 -Parto domiciliario con partera tradicional, empírica.....10 -Pareo domiciliario con familiares, amistades11 -Parto sola12 -Otro _____ 88 <li style="text-align: center;">(especifique) -No sabe/no recuerda98 				
	<p>b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz? AGUA242</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No recuerda9</p>			
	<p>c. Podría Ud. decirme si:</p>		SI	NO	NS/NR
	<p>¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto? ... BLEED242</p>		1	2	9
	<p>¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto? FEVER242</p>		1	2	9
	<p>¿Nació el niño de pies? PIES242</p>		1	2	9
	<p>¿Tuvieron que hacerle cesárea? CES242</p>		1	2	9
	<p>¿Lloró el niño en los minutos después de nacer? LLANT242</p>		1	2	9
	<p>¿Se veía azul el niño al salir? BLUE242</p>		1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
	d. Durante los días antes de morir	SI NO NS/NR
	¿Podía el niño lactar?	SUCK242 1 2 9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	RESP242 1 2 9
	¿Tenía los labios azulados?	LIP242 1 2 9
	¿Tenía el pecho hundido?	PECH242 1 2 9
	¿Tenía tos?	TOS242 1 2 9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	FEV242 1 2 9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	DREA242 1 2 9
	- Número de asientos en 24 horas	PDIA242
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	SANG242 1 2 9
	¿Tenía vómitos?	VOM242 1 2 9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	SKIN242 1 2 9
	¿Tenía los ojos hundidos?	OJOS242 1 2 9
	¿Tenía la mollera hundida?	FONT242 1 2 9
	¿Podía orinar?	URIN242 1 2 9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?	BACK242 1 2 9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?	SPAS242 1 2 9
	¿Podía abrir la boca para llorar?	BOCA242 1 2 9
	¿Tenía parálisis en las piernas?	PARA242 1 2 9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?	CADEF242 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? SUCK243	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa? RESP243	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido? PECH243	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva? TOS243	1	2	9
	¿Tenía labios azulados? LIP243	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días? FEV243	1	2	9
	¿Tenía temblor? TEMB243	1	2	9
	¿Tenía escalofríos? ESC243	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente? SWEAT243	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando? ROJO243	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel? RASH243	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios? ULC243	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil? PELO243	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada? SKIN243	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos? OJOS243	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS/NR
	¿Tenía la mollera hundida? FONT243	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal? DREA243	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas PDIA243			
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea? SANG243	1	2	9
	¿Tenía vómitos? VOM243	1	2	9
	¿Tenía vómitos después de tener tos? VTOS243	1	2	9
	¿Tenía el abdomen hinchado? ABD243	1	2	9
	¿Podía orinar? URIN243	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada? BACK243	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos? SPAS243	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar? BOCA243	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas? PARA243	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? CADEF243	1	2	9
			↓	
			(especifique)	
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto:?			
	- BCG (del nacimiento o de inscripción) BCG243	1	2	9
	- DPT (Triple) DPT243	1	2	9
	- POLIO POL243	1	2	9
	- SARAMPION SAR243	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 <input type="text" value="PCAUS244"/>	<input type="text" value="SCAUS244"/>	
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE		
	Accidente	1	
	Prematuro/bajo peso al nacer	2	
	Tétanos neonatal	3	
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal	4	
	Infección aguda de vías Respiratorias	5	CAUSA PRIMARIA <input type="text"/> <input type="text"/>
	Diarrea, deshidratación	6	CAUSA SECUNDARIA <input type="text"/> <input type="text"/>
	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;">□ ↓</div>	NO HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS QUE NACIERON DESDE 1984 <div style="text-align: center;">□ ↓</div>	NO HAY NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1984 <div style="text-align: center;">□ ↓</div>
	CONTINUE CON 246	PASE A 301	PASE A "400"

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.

	ULTIMO VIVO		PENULTIMO VIVO		TERCER ANTERIOR VIVO	
	Nombre:		Nombre:		Nombre:	
	TIENE ESTA DOSIS?	FECHA DE ESTA DOSIS	TIENE ESTA DOSIS?	FECHA DE ESTA DOSIS	TIENE ESTA DOSIS?	FECHA DE ESTA DOSIS
VACUNA Y DOSIS	Si, Carnet... 1	MES AÑO	Si, Carnet .. 1	MES AÑO	Si, Carnet .. 1	MES AÑO
	Si, madre . 2	□ □ □ □	Si, madre 2	□ □ □ □	Si, madre 2	□ □ □ □
	No 3	NS, NR .. 98	No 3	NS, NR .. 98	No 3	NS, NR .. 98
	NS, NR 9	NS, NR ... 98	NS, NR ... 9	NS, NR .. 98	NS, NR ... 9	NS, NR .. 98
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
BCG	BCG11 □	BMES11 □ □ BANO11 □ □	BCG12 □	BMES12 □ □ BANO12 □ □	BCG13 □	BMES13 □ □ BANO13 □ □
DPT - 1	DPT11 □	DMES11 □ □ DANO11 □ □	DPT12 □	DMES12 □ □ DANO12 □ □	DPT13 □	DMES13 □ □ DANO13 □ □
DPT - 2	DPT21 □	DMES21 □ □ DANO21 □ □	DPT22 □	DMES22 □ □ DANO22 □ □	DPT23 □	DMES23 □ □ DANO23 □ □
DPT - 3	DPT31 □	DMES31 □ □ DANO31 □ □	DPT32 □	DMES32 □ □ DANO32 □ □	DPT33 □	DMES33 □ □ DANO33 □ □
DPT - R	DPTR1 □	DMESR1 □ □ DANOR1 □ □	DPTR2 □	DMESR2 □ □ DANOR2 □ □	DPTR3 □	DMESR3 □ □ DANOR3 □ □
POLIO - 1	POL11 □	PMES11 □ □ PANO11 □ □	POL12 □	PMES12 □ □ PANO12 □ □	POL13 □	PMES13 □ □ PANO13 □ □
POLIO - 2	POL21 □	PMES21 □ □ PANO21 □ □	POL22 □	PMES22 □ □ PANO22 □ □	POL23 □	PMES23 □ □ PANO23 □ □
POLIO - 3	POL31 □	PMES31 □ □ PANO31 □ □	POL32 □	PMES32 □ □ PANO32 □ □	POL33 □	PMES33 □ □ PANO33 □ □
POLIO - R	POLR1 □	PMESR1 □ □ PANOR1 □ □	POLR2 □	PMESR2 □ □ PANOR2 □ □	POLR3 □	PMESR3 □ □ PANOR3 □ □
SARAMPION	SAR11 □	SMES11 □ □ SANO11 □ □	SAR12 □	SMES12 □ □ SANO12 □ □	SAR13 □	SMES13 □ □ SANO13 □ □

247 ¿Puedo verle el brazo derecho 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 <div style="text-align: center;">CICAT1 PASE A PENULTIMO</div>	Hay cicatriz 1 No hay 2 No se sabe 3 Se opone la madre 4 Niño ausente 5 <div style="text-align: center;">CICAT2 PASE A TERCERO ANTERIOR</div>	Hay cicatriz 1 No hay 2 No se sabe 3 Se opone la madre 4 Niño ausente 5 <div style="text-align: center;">CICAT3 CONTINUE CON 248</div>
--	---	--	---

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)	Si1 No2 → PASE NS,NR.... 9 → A COL.2 DREA1	Si.....1 No.....2 → PASE NS,NR.. 9 → A COL.3 DREA2	Si.....1 No.....2 → PASE NS,NR.. 9 → A 249 DREA3
b. ¿Cuántos días le duró la diarrea?	No. de días.. [][] DURA1 Comenzó hoy..00 NS,NR 98	No. de días.. [][] DURA2 Comenzó hoy..00 NS,NR 98	No. de días.. [][] DURA3 Comenzó hoy..00 NS,NR 98
c. ¿Los asientos tenían moco y/o sangre?	MOCO1 Si 1 No 2 NS,NR 9	MOCO2 Si 1 No 2 NS,NR 9	MOCO3 Si 1 No 2 NS,NR 9
d. ¿Durante la enfermedad tuvo?	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 PIEL1 Ojos hundidos y secos 1 2 OJOS1 Mollera hundida 1 2 MOLL1 Labios secos 1 2 LABIOS1	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 PIEL2 Ojos hundidos y secos 1 2 OJOS2 Mollera hundida 1 2 MOLL2 Labios secos 1 2 LABIOS2	SI NO NS/NR Piel seca y/o arrugada 1 2 PIEL3 Ojos hundidos y secos 1 2 OJOS3 Mollera hundida 1 2 MOLL3 Labios secos 1 2 LABIOS3
e. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si1 No2->PASE HIZO1 A i	Si1 No2->PASE HIZO2 A i	Si1 No2->PASE HIZO3 A i
f. ¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/ médico ?	LLEV1 - Solo en casa 1 - Centro de Salud/ médico 2 - Ambos 3 - NS/NR. 9	LLEV2 - Solo en casa 1 - Centro de Salud/ médico 2 - Ambos 3 - NS/NR. 9	LLEV3 - Solo en casa 1 - Centro de Salud/ médico 2 - Ambos 3 - NS/NR. 9

PREGUNTAS	ULTIMO VIVO			PENULTIMO VIVO			TERCER ANT.VIVO		
g. ¿Qué tratamiento recibió el niño?									
NO LEA, PERO INDAGUE: ¿Algo más?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
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, Kaopexin, 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?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
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? SUER249	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? CASA249	Si1 No2 NS,NR9	→ f
	c. En este momento, ¿tiene Ud. este producto en casa? TIENE249	Si1 No2 NS,NR9	
	d. ¿Lo ha usado alguna vez? USO249	Si1 No2 NS,NR9	→ f
	e. ¿En qué mes y año lo usó por última vez? MES249 AÑO249	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda98	PASE A 250
	f. ¿Por qué nunca ha usado suero oral? NUSO249	-Nunca le recetaron ó le dieron ...1 -Ya no dan, no hay2 -Es difícil conseguirlo3 -No sabe donde hay o dan4 -No sirve, es malo5 -No confía en él6 -No le gusta al niño7 -No hizo falta dar8 -No se le ocurrió9 -Descuido, se olvidó10 -Prefiere otro remedio11 -Falta de dinero12 -Queda lejos conseguir13 -Otra _____ ...88 (especifique) -NS,NR98	

250. Los niños suelen tener problemas respiratorios:									
	ULTIMO VIVO			PENULTIMO VIVO			TERCER ANTERIOR VIVO		
	Nombre: _____			_____			_____		
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IRA1 NUNCA 00 NR 98 ↓ PASE A COL.2			NUMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IRA2 NUNCA 00 NR 98 ↓ PASE A COL.3			NUMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IRA3 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	<input type="text"/> ROJO1	1	2	<input type="text"/> ROJO2	1	2	<input type="text"/> ROJO3
- Nariz tapada/moco líquido	1	2	<input type="text"/> NARIZ1	1	2	<input type="text"/> NARIZ2	1	2	<input type="text"/> NARIZ3
- Estornudo	1	2	<input type="text"/> ESTOR1	1	2	<input type="text"/> ESTOR2	1	2	<input type="text"/> ESTOR3
- Tos	1	2	<input type="text"/> TOS1	1	2	<input type="text"/> TOS2	1	2	<input type="text"/> TOS3
- Fiebre alta o calentura	1	2	<input type="text"/> FIEBR1	1	2	<input type="text"/> FIEBR2	1	2	<input type="text"/> FIEBR3
- Dolor de garganta	1	2	<input type="text"/> DOLOR1	1	2	<input type="text"/> DOLOR2	1	2	<input type="text"/> DOLOR3
- Ronquera	1	2	<input type="text"/> RONQ1	1	2	<input type="text"/> RONQ2	1	2	<input type="text"/> RONQ3
- Dificultad para tragar (o alimentarse)	1	2	<input type="text"/> ALI1	1	2	<input type="text"/> ALI2	1	2	<input type="text"/> ALI3
- Dolor de oídos (o secreciones del oído)	1	2	<input type="text"/> OIDO1	1	2	<input type="text"/> OIDO2	1	2	<input type="text"/> OIDO3
- Respiración rápida, ruidosa o difícil	1	2	<input type="text"/> RAPID1	1	2	<input type="text"/> RAPID2	1	2	<input type="text"/> RAPID3
- Pecho hundido	1	2	<input type="text"/> HUND1	1	2	<input type="text"/> HUND2	1	2	<input type="text"/> HUND3
- Labios azulados o morados	1	2	<input type="text"/> LAB1	1	2	<input type="text"/> LAB2	1	2	<input type="text"/> LAB3
- Ausencia de respiración	1	2	<input type="text"/> AUSEN1	1	2	<input type="text"/> AUSEN2	1	2	<input type="text"/> AUSEN3
SI TODAS LAS b TIENE CODIGO 2 ó 9 PASE AL NIÑO SIGUIENTE									
¿Cuántos días duró esta enfermedad?	<input type="text"/> DURAC1			<input type="text"/> DURAC2			<input type="text"/> DURAC3		
NUMERO DE DIAS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>		
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 TRAT1 No 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g	Si 1 TRAT2 No 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g	Si 1 TRAT3 No 2 → PASE NS,NR.. 9 → A g
e. ¿Lo llevó al Centro de Salud/médico?	Si 1 CENTRO1 No 2	Si 1 CENTRO2 No 2	Si 1 CENTRO3 No 2
f. ¿Qué tratamiento recibió el niño? (LEALE UNO A UNO)	SI NO NR	SI NO NR	SI NO NR
Antibióticos	1 2 ANTI1	1 2 ANTI2	1 2 ANTI3
Aspirina/antifebriles	1 2 ASP1	1 2 ASP2	1 2 ASP3
Antitusígenos/expectorantes/mucolíticos	1 2 EXPEC1	1 2 EXPEC2	1 2 EXPEC3
Pastillas, jarabes, remedios (vagos)	1 2 PILLS1	1 2 PILLS2	1 2 PILLS3
Tratamientos caseros (Especifique)	1 2 CASE1	1 2 CASE2	1 2 CASE3
Le hospitalizaron	1 2 HOSP1	1 2 HOSP2	1 2 HOSP3
Otra (Especifique)	1 2 OTRAT1	1 2 OTRAT2	1 2 OTRA3
	PASE A PENULTIMO (fila a)	PASE A TERCERO (fila a)	CONTINUE CON h

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

III. SALUD MATERNO INFANTIL

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
301	¿Tuvo algún control médico durante su último embarazo? PREN301	Si 1 No 2	→ 305
302	¿Dónde se hizo el control prenatal? SPREN302	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	
303	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal? MPREN303	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
304	¿En total, cuántos controles prenatales tuvo? NPREN304	Número controles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
305	Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétanos, es decir, para proteger al niño de convulsiones después de nacer? TET305	Si 1 No 2 No sabe/no recuerda .. 9	→ 307
306	¿Cuántas veces le pusieron esta vacuna durante este embarazo? NTET306	Número vacunas <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda .. 9	PASE A 308
307	¿Le pusieron esta vacuna alguna vez en los últimos 10 años? PTET307	Si 1 No 2 No sabe/no recuerda .. 9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
308	¿En qué lugar tuvo su último parto? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">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, amistades11 -Parto sola12 -Otro _____.....88 <div style="text-align: center;">(especifique)</div> -No sabe, no recuerda98	
309	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">BLED309</div>	Si1 No2 NS/NR9	
310	¿Su último parto fue normal (vaginal) o le tuvieron que operar (cesárea)? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">TDEL310</div>	Normal (vaginal)1 Cesárea2 NS/NR9	→ 312
311	¿Salió el niño de pies? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">PIES311</div>	Si1 No2 NS/NR9	
312	¿Durante el último parto o en la semana después del mismo, fue operada para no tener más hijos o le hicieron la "ligadura"? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">OPER312</div>	Si, durante el parto ... 1 Si, en la semana siguiente2 No3 NS/NR9	
313	¿Tuvo Ud. control médico o de obstetrix después del último parto? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">POST313</div>	Si1 No2	→ 316
314	¿A los cuántos días después del parto tuvo Ud. el primer control médico? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">DPOST314</div>	No. DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> PASADOS 90 DIAS (3 MESES)91 No sabe/no recuerda98	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
315	¿Dónde tuvo ese control? SPOST315	-Hospital o Maternidad MSP1 -Centros de salud y similares MSP2 -Hospital, clínicas, dispen. IESS3 -Seguro Social Campesino4 -Fuerzas Armadas(FF.AA.)5 -Junta de Beneficencia6 -APROFE7 -CEMOPLAF8 -Clínica o médico privado9 -Control domiciliario con médico, obstetrix o enfermera10 -Control domiciliario con Coma- drona Voluntaria Rural (CVR)11 -Control domiciliario con partera tradicional, empírica12 -Otro _____88 (especifique) -No sabe/no recuerda98	
316	¿Después que nació su último hijo(a) lo ha llevado a control médico? SANO316	Si1 No2	→ 400
317	¿Cuántos meses tenía su hijo cuando lo llevó a control por primera vez? MSANO317	MESES <input type="text"/> Menos que un mes00 No sabe/no recuerda98	
318	¿Lo llevó porque estaba enfermo o para un control del niño sano? SICK318	Estaba enfermo1 Para control del niño sano2 No sabe/no recuerda9	
319	¿A dónde lo llevó al control? SSANO319	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 Control domiciliario con medico,Obs, Enfer Partera.....10 Otro _____88 (especifique) No recuerda98	

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 OIDO 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 ... 1 No ... 2 OCH400	Si ... 1 No ... 2 OCE401	Si ... 1 No ... 2 OCU402
2. DIU, espiral o T de cobre	Si ... 1 No ... 2 IUDH400	Si ... 1 No ... 2 IUDE401	Si ... 1 No ... 2 IUDU402
3. Condón o preservativo	Si ... 1 No ... 2 CONH400	Si ... 1 No ... 2 CONE401	Si ... 1 No ... 2 CONU402
4. Inyección anticonceptiva	Si ... 1 No ... 2 INJH400	Si ... 1 No ... 2 INJE401	Si ... 1 No ... 2 INJU402
5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, cremas, tabletas, diafragma, óvulos)	Si ... 1 No ... 2 VAGH400	Si ... 1 No ... 2 VAGE401	Si ... 1 No ... 2 VAGU402
6. Norplant o implante	Si ... 1 No ... 2 IMPH400	Si ... 1 No ... 2 IMPE401	Si ... 1 No ... 2 IMPU402
7. Esterilización femenina o ligadura	Si ... 1 No ... 2 STRH400	Si ... 1 No ... 2 STRE401	Si ... 1 No ... 2 STRU402
8. Esterilización masculina o vasectomía	Si ... 1 No ... 2 VASH400	Si ... 1 No ... 2 VASE401	Si ... 1 No ... 2 VASU402
9. Método de Billings o moco cervical	Si ... 1 No ... 2 BILH400	Si ... 1 No ... 2 BILE401	Si ... 1 No ... 2 BILU402
10. Ritmo, calendario o control del período menstrual	Si ... 1 No ... 2 RHYH400	Si ... 1 No ... 2 RHYE401	Si ... 1 No ... 2 RHYU402
11. Temperatura basal	Si ... 1 No ... 2 TBH400	Si ... 1 No ... 2 TBE401	Si ... 1 No ... 2 TBU402
12. Retiro, (él se retira cuando va a terminar)	Si ... 1 No ... 2 DRAH400	Si ... 1 No ... 2 DRAE401	Si ... 1 No ... 2 DRAU402
13. Algún otro método para evitar los Hijos _____ (especifique)	Si ... 1 No ... 2 OTHH400	Si ... 1 No ... 2 OTHE401	Si ... 1 No ... 2 OTHU402

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
403	VEA: 401 Y 402 HA USADO PERO NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE A 404	NO HA OIDO Y NUNCA HA USADO METODOS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 416	USA ALGUN METODO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 427
404	¿Cuál fue el último método que Ud. (o su pareja) usó? <div style="text-align: right;">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="text-align: center;">MES405 ANO405</div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
406	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE METODO)?	<div style="text-align: center;">MES406 ANO406</div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
407	¿Dónde se informó sobre (NOMBRE METODO)? <div style="text-align: right;">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)? SLM408	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)? DROP409	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? FUSE410	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)?	MES411 ANO411 MES [][] AÑO [][] No recuerda 98	
412	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE METODO)?	MES412 ANO412 MES [][] AÑO [][] No recuerda 98	
413	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)? HIJO413	NUMERO DE HIJOS VIVOS [][] No recuerda 98	
414	¿Dónde se informó sobre (NOMBRE METODO)? INFO414	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
416	¿Podría Ud. actualmente quedar embarazada si así lo desea? BEPG416	Si 1 No 2 No sabe 9	→ 418 → 418
417	¿Cuál es la razón? RNPG417	-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? NUSE418	-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? DMTD419	Si.....1 No.....2 No sabe/no responde9	→ 421
420	¿En los próximos 12 meses le gustaría usar algún método para evitar tener hijos? DMTD420	Si.....1 No.....2 No sabe/no responde9	→ 422
421	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)? PMTD421	Píldora.....1 DIU2 Condón3 Inyección4 Métodos vaginales5 Norplant o implante6 Esterilización femenina...7 Vasectomía.....8 Método Billings9 Ritmo.....10 Temperatura basal.....11 Retiro12 Otro 88 (especifique) No sabe.....98	→ 424 → 423
422	¿Por qué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro? NUSE422	-Para embarazarse1 -Método no disponible2 -Le queda lejos3 -No tiene dinero para comprar4 -Costo elevado, son caros5 -Motivo religioso6 -Por efectos colaterales7 -Otros razones de salud8 -Recomendación médica9 -No es eficaz10 -El compañero se opone11 -Dificultad de uso12 -Fatalismo, no vale la pena ...13 -Descuido14 -Sin relación sexual15 -Le atienden mal en la clínica16 -Se espera mucho en la clínica17 -Se siente vieja18 -No le gusta usar19 -Miedo a efectos cola- terales20 -Otro 88 (especifique) -No sabe98 -No responde99	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
423	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos? KSRC423	Si1 No2	→ 425 → 500
424	¿Sabe dónde puede ir para conseguir este método? KSRC424	Si1 No2	→ 500
425	¿A qué lugar? SRC425	Hospital o Maternidad MSP ..1 Centros de Salud y similares MSP2 Hospital, clínicas, dispensario IESS3 Seguro Social Campesino4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ...5 Junta de Beneficencia 6 APROFE7 CEMOPLAF8 Clínica o médico privado ...9 Partera10 Farmacia o botica11 Iglesia12 Ella misma o su compañero13 Amiga/vecino/pariente14 Distribuidor comunitario .. 15 Otro _____88 (especifique)	
426	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Horas HORA426 <input type="text"/> Minutos MIN426 <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 style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">REA431</div>	Problemas económicos1 Por razones de salud2 Ya tenía suficientes hijos3 Edad avanzada4 Su trabajo no le permitía5 No podía atender los hijos6 Inestabilidad conyugal7 No desea tener más hijos8 Otro _____ .. 88 (especifique) No sabe98 No responde99	
432	¿Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con la decisión de haber tenido la operación/vasectomía? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">SAT432</div>	Definitivamente sí1 Creo que sí2 Creo que no3 Definitivamente no4	→ 443 → 434
433	¿Si tuviera que elegir ahora la esterilización o vasectomía, diría Ud. "Si" o "No" ? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">ELEC433</div>	Si1 No2 No responde9 SI 432=2, PASE A 443	→ 443
434	¿Por qué no se siente satisfecha? (INDAGAR) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">NSAT434</div>	-Tuvo nueva unión1 -La operación le causó molestias2 -Disminuyó su vida sexual ... 3 -Murió hijo(s)4 -Tiene hijos mayores y quiere niño5 -Hizo algo moralmente malo6 -El esposo le trata diferente7 -Se siente disminuida8 -Otro _____ ... 88 (especifique) -No sabe98 -No responde99	

PASE A 443

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
437	¿Dónde obtiene el método que usa actualmente?	Hospital o Maternidad MSP ...1 Centros de Salud y similares MSP2 Hospital, clínicas, dispensario IESS3 Seguro Social Campesino4 Fuerzas Armadas (FF.AA.) ... 5 Junta de Beneficencia6 APROFE7 CEMOPLAF8 Clínica o médico privado9 Partera10 Farmacia o botica11 Iglesia12 Ella misma o su compañero ...13 Amiga/vecino/pariente 14 Distribuidor comunitario15 Otro _____88 (especifique) No sabe/no recuerda98	
	SRC437		
438	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Horas HORA438 <input type="checkbox"/> Minutos LUSE404 <input type="checkbox"/> 10 ó más horas 888 No sabe 999	
439	¿Usted usa métodos, para espaciar sus embarazos o porque no quiere más hijos?	Espaciar embarazos1 No quiere más2 No sabe/no recuerda9	
	RFP439		
440	¿Si en este momento Ud. pudiera elegir, seguiría usando el mismo método anticonceptivo o preferiría otro?	El mismo1 → 443 Preferiría otro2 → 443 No sabe9	
	LIKE440		

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
441	¿Cuál método preferiría usar Ud.? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">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 style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">NUPM442</div>	-Falta dinero1 -Es más práctico para ella2 -Es más barato3 -Sin dificultad de uso4 -Receta médico5 -Recomendación (amiga/pariente)6 -Razones religiosas7 -Falta de tiempo8 -Otro _____ ..88 (especifique) -No sabe98	
443	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">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 style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MES444</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ANO444</div> </div> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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? HIJO445	Hijos vivos..... <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> No recuerda 98	
446	¿Dónde se informó sobre ese primer método? INFO446	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 Otro88 (especifique) No sabe/no recuerda98	
447	¿Dónde obtuvo el primer método que Ud. usó? SRC447	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 Otro88 (especifique) No sabe/no recuerda98	

No.	V. ESTERILIZACION		Pase a Pregunta
500	VEA: 220 (d) TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 501	VEA: 220 (d) NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 600	VEA: 402 ELLA O SU PAREJA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ↓ 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 operación1 -Miedo a efectos colaterales 2 -Intención de realizarlo post-parto.....3 -Costo muy elevado4 -Rechazo del médico5 -Barreras institucionales 6 -No tiene tiempo7 -Razones religiosas8 -No le gusta9 -Cerca de la menopausia10 -Prefiere métodos reversibles11 -Compañero se opone12 -Sin relación sexual13 -Es todavía muy joven14 -Nunca pensó en ello15 -Necesita mayor información sobre este método.....16 -Tiene miedo de arrepentirse después.....17 -Otro_____88 (especifique) -No sabe98 -No responde99	

NOPR506

PASE A 600

506	¿Por qué no ha ido a operarse?	-Miedo a la operación1 -Miedo a efectos colaterales 2 -Intención de realizarlo post-parto.....3 -Costo muy elevado4 -Rechazo del médico5 -Barreras institucionales 6 -No tiene tiempo7 -Razones religiosas8 -No le gusta9 -Cerca de la menopausia10 -Prefiere métodos reversibles11 -Compañero se opone12 -Sin relación sexual13 -Es todavía muy joven14 -Nunca pensó en ello15 -Necesita mayor información sobre este método.....16 -Tiene miedo de arrepentirse después.....17 -Otro_____88 (especifique) -No sabe98 -No responde99	
-----	--------------------------------	---	--

NOPR507

No.	VI. PREFERENCIA EN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		Pase a Pregunta
600	VEA: 402 ALGUN METODO DIFERENTE A ESTERILIZACION (402 código diferente de 7 u 8) <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ↓</div>	VEA: 419 y 420 NO ESTA USANDO NINGUN METODO PERO DESEA USAR (419 ó 420=1) <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ↓</div>	NO USA NI DESEA USAR (419 ó 420=2) <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ↓</div>
	CONTINUE CON 601		PASE A 700
601	¿Qué día de la semana le sería más conveniente para recibir servi- cios de planificación familiar? <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">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 servi- cios de planificación familiar? <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">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 mu- jer, o de una obstetriz? <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">PREF603</div>	Médico hombre.....1 Médico mujer.....2 Obstetriz.....3 Le da igual4 No sabe/no responde 9	
604	¿Qué preferiría Ud.? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1 y 2) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">PREF604</div>	-Ir a una clínica de P.F.que le quede cerca, donde le conozca la gente1 -Ir a una clínica de P.F.que le quede lejos, donde no le conozca la gente2 -Ir a otro lugar.....3 -No tiene preferencia4 -No sabe/no responde.....9	

No.	VII. ADULTAS JOVENES		Pase a Pregunta
700	VEA: 101 TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> CONTINUE CON 701	TIENE 25 AÑOS O MAS <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> PASE A 713	
701	¿Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">BEPG701</div>	<ul style="list-style-type: none"> -Una semana antes que la regla comience1 -Durante la regla.....2 -Un semana después de la regla comience3 -Dos semanas después que la regla comience4 -Tres semanas después que la regla comience.....5 -En cualquier tiempo6 -Otro7 (especifique) -No sabe8 -No responde.....9 	
702	¿Cuál de las siguientes alternativas corresponde mejor con su criterio u opinión respecto de las relaciones sexuales? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-4) <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">TSEX702</div>	<ul style="list-style-type: none"> -Está de acuerdo con tener relaciones sexuales con amigos o conocidos1 -De acuerdo con tener relaciones sexuales entre novios que no tienen intenciones de casarse2 -De acuerdo con tener relaciones sexuales solo si la pareja tiene planes de casarse3 -No está de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio4 -No opina.....5 -No sabe/no responde9 	
703	¿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 style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">TODO703</div>	<ul style="list-style-type: none"> -Obligar al joven a casarse1 -Convencer al joven para casarse o unirse.....2 -Tener el niño y criarlo sin su pareja3 -Tener el niño y darlo a un familiar para que lo críe...4 -Hacerse un aborto.....5 -No opina.....6 -No responde.....9 	

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"/> MSEX704 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> YSEX704 Nunca ha tenido relaciones sexuales 2222 No recuerda 9898 No responde 9999	800 800
705	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento? ASEX705	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 98	
706	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo esa primera relación sexual? PAGE706	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 98	
707	¿Qué relación había con esa persona? PART707	Marido o compañero 1 Novio o enamorado 2 Amigo 3 Violación 4 Otro 8 (especifique) No responde 9	713
708	¿Usó Ud. o su pareja algún método anticonceptivo en esa primera relación? UFSX708	Si 1 No 2	712
709	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual? FMTD709	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	

PARA TODAS LAS MUJERES			
713	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas? SXLM713	Si 1 No 2 No responde 9	800
714	¿Cuántas veces? XSX714	Número de veces <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 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? VANU800	Si 1 No 2 No sabe 9	900																																				
801	¿Se refiere el mensaje que Ud. vió o escuchó a una de las siguientes ideas? (LEA CADA ALTERNATIVA Y ESPERE LA RESPUESTA)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DERE801 - Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>MADR801 - La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>EDUC801 - Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>PARE801 - El derecho de la pareja para planificar la familia 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>RECU801 - La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>OTRO801 - Otro _____ 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(especifique)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	DERE801 - Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos 1	1	2	9	MADR801 - La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños 1	1	2	9	EDUC801 - Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar 1	1	2	9	PARE801 - El derecho de la pareja para planificar la familia 1	1	2	9	RECU801 - La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos 1	1	2	9	OTRO801 - Otro _____ 1	1	2	9		(especifique)							
	SI	NO	NR																																				
DERE801 - Es un derecho de las parejas el decidir cuántos hijos pueden tener y cuando tenerlos 1	1	2	9																																				
MADR801 - La planificación familiar contribuye a la salud de la madre y de los niños 1	1	2	9																																				
EDUC801 - Se refiere a la necesidad de educar a la población sobre planificación familiar 1	1	2	9																																				
PARE801 - El derecho de la pareja para planificar la familia 1	1	2	9																																				
RECU801 - La planificación familiar como un recurso de las parejas para limitar, espaciar o evitar los embarazos 1	1	2	9																																				
OTRO801 - Otro _____ 1	1	2	9																																				
	(especifique)																																						
802	¿Dígame dónde vió o escuchó el mensaje ó anuncio?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RAD802 RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>TV802 T.V.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>PER802 PERIODICO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>REV802 REVISTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>AFI802 AFICHES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>FOL802 FOLLETOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>OTRO802 OTROS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(especifique)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	RAD802 RADIO	1	2	9	TV802 T.V.	1	2	9	PER802 PERIODICO	1	2	9	REV802 REVISTAS	1	2	9	AFI802 AFICHES	1	2	9	FOL802 FOLLETOS	1	2	9	OTRO802 OTROS	1	2	9		(especifique)			
	SI	NO	NR																																				
RAD802 RADIO	1	2	9																																				
TV802 T.V.	1	2	9																																				
PER802 PERIODICO	1	2	9																																				
REV802 REVISTAS	1	2	9																																				
AFI802 AFICHES	1	2	9																																				
FOL802 FOLLETOS	1	2	9																																				
OTRO802 OTROS	1	2	9																																				
	(especifique)																																						

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

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