

ENTREVISTADORA: El/La informante debe ser la madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a

CONTROL OPERATIVO

1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita		RÓTULO
Día	Mes	Año	Acompañamiento	1 <input type="checkbox"/>	Completa	1 <input type="checkbox"/>	
1.			Verificación personal	2 <input type="checkbox"/>	Incompleta	2 <input type="checkbox"/>	
2.			Verificación telefónica	3 <input type="checkbox"/>	Ausente	3 <input type="checkbox"/>	
3.			Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	4 <input type="checkbox"/>	
4. Encuestador/a			Identificación		Otra	5 <input type="checkbox"/>	4. ¿Revisó el formulario?
5. Supervisor/a			Identificación				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7. ¿Es la madre biológica el/la informante?							Sí 1 <input type="checkbox"/> → I No 2 <input type="checkbox"/> → X
8. Nombre del/la Informante: _____							

ENTREVISTADOR/A: La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la última fecha de la visita al hogar (hace DOS AÑOS atrás para Primer Seguimiento y TRES AÑOS Y MEDIO para la Línea de Base). En estos casos, para ayudar al/la entrevistado/a a recordar mencione: "Desde hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO, cuando pesaron y midieron al/la niño/niña y le tomaron la muestra de sangre y después lo/la llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley por última vez..."

I. USO DEL TIEMPO

Durante el último día laborable (de lunes a viernes), cuánto tiempo dedicó a _____:

101. Trabajar por un jornal, salario o sueldo; o en un negocio propio (vendiendo productos, artesanías, etc.); o en su propia granja (cultivando la tierra, cuidando y criando animales, etc.)	a. horas	b. minutos
102. Trasládarse a trabajar	a. horas	b. minutos
102a. Realizar actividades como ir al mercado, al centro de salud, hospital, al banco, reuniones, etc.	a. horas	b. minutos
103. Realizar actividades domésticas como cocinar, ayudar en oficios del hogar, lavar y planchar ropa, hacer compras de alimentos, coser, limpiar, cargar agua o leña, tirar la basura, etc.	a. horas	b. minutos
104. Llevar/recoger a algún miembro de su hogar a/de la escuela/colegio, hogares sociales ó jardín, centro de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. horas	b. minutos
105. Alimentar, vestir, bañar, dormir a los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros del hogar	a. horas	b. minutos
106. Jugar con los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros del hogar	a. horas	b. minutos
107. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con los/las niños/niñas pequeños/as miembros del hogar	a. horas	b. minutos
108. Cuidar a algún miembro del hogar que esté enfermo o cuidar a ancianos en el hogar que no puedan valerse por sí mismos (incluye alimentar, vestir, bañar, etc.)	a. horas	b. minutos
109. Mirar televisión	a. horas	b. minutos

110. Su cuidado personal: por ejemplo, peinarse, arreglarse, hacerse la manicure, etc.	a. horas b. minutos
111. Visitar o pasar tiempo con familiares, vecinos y/o amigos (tomar tinto, ir de visita)	a. horas b. minutos
111a. Salir a dar una vuelta (visitar centro comercial y/o almacenes)	a. horas b. minutos
111b. Ir a misa o al culto	a. horas b. minutos
112. Otras actividades que no haya mencionado y a las cuales haya dedicado bastante tiempo (por ejemplo: ayudar a vecinos o parientes, en labores comunitarias, etc.). Por favor especificar: _____	a. horas b. minutos
113. ¿Fue este último día laborable, un día laborable normal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

Ib. SALUD	
113a. Durante los últimos 15 días , contados hasta hoy, ¿dejó Ud. de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer quehacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? No 2 <input type="checkbox"/>
113b. Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> , ¿dejó Ud. de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer quehacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) durante 7 DIAS CONSECUTIVOS o más debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? No 2 <input type="checkbox"/>
113c. Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> hasta hoy, ¿padeció alguna enfermedad (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cirrosis, osteoporosis, cáncer, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
113d. Tiene Ud. alguna dificultad permanente para...	
a. Caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
b. Hacer actividades vigorosas como correr o transportar objetos pesados	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
c. Ver, escuchar, o hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
d. Bañarse o vestirse	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
e. Concentrarse, aprender o acordarse de las cosas	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

II. EMPODERAMIENTO	
<p>ENTREVISTADOR/A: Lea el siguiente texto a la entrevistada: Un "encuentro de bienestar" es una reunión de beneficiarios del programa Familias en Acción en donde se recibe capacitación y se discuten temas como alimentación, crianza, educación, etc.</p>	
207. ¿Usted ha participado en algún "encuentro de bienestar" en los últimos 6 meses, contados hasta hoy?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 301
208. ¿En cuántos "encuentros de bienestar" ha participado en los últimos 6 meses, contados hasta hoy?	

III. HISTORIA REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN	
301. ¿Está embarazada usted actualmente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 303
302. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?	Semanas → 304
303. Actualmente, ¿está usted (o su compañero) usando algún método anticonceptivo para evitar quedar embarazada? Por ejemplo: Pastillas, condón, D.I.U, inyección, diafragma, implante bajo la piel del brazo (subdérmico), anillo vaginal, está operada/o.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tengo pareja 3 <input type="checkbox"/>
303a. ¿Durante el embarazo del/la niño/niña seleccionado/a, Ud. fumó cigarrillos? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 303c No responde 9 <input type="checkbox"/> → Pase a 303c	303b. ¿Cuántos cigarrillos fumó Ud. durante el embarazo del/la niño/niña seleccionado/a, en promedio mensual? Registre cantidad

<p>303c. ¿Durante los 6 primeros meses de vida del/la niño/niña seleccionado/a, Ud. fumó cigarrillos?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 303e</p> <p>No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 303e</p>	<p>303d. ¿Cuántos cigarrillos fumó Ud. durante los 6 primeros meses de vida del/la niño/niña seleccionado/a, en promedio mensualmente?</p> <p>Registre cantidad __ __ </p>	
<p>303e. ¿Durante el embarazo del/la niño/niña seleccionado/a, tomó Ud. alguna bebida alcohólica como cerveza, agua ardiente, ron u otros licores?</p> <p>Nunca 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De vez en cuando 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Regularmente 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>303f. ¿Durante los 6 primeros meses de vida del/la niño/niña seleccionado/a, tomó Ud. alguna bebida alcohólica como cerveza, agua ardiente, ron u otros licores?</p> <p>Nunca 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De vez en cuando 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Regularmente 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 9 <input type="checkbox"/></p>	
<p>304. ¿Ha tenido algún hijo/a desde la última visita <i>hace DOS AÑOS/TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i>?</p> <p>ENTREVISTADOR/A: Esta pregunta es muy importante para saber qué capítulos responder a continuación</p>		<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → IVb</p>
<p>304a. ¿Cuántos hijos/as?</p>		<p>Registre cantidad __ __ → IVa</p>
<p>305. ¿Cuántos hijos en total tiene vivos?</p>		<p> __ __ </p>

IVa. NACIMIENTO Y LACTANCIA DE LOS HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS (nacidos después de la última visita hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO)							
ENTREVISTADOR/A: Sólo para hijos/as nuevas/os incluyendo los que no viven en el hogar. Para los que viven en el hogar, revise la pregunta 301, 302, 303a y 325 del Reporte de Seguimiento y transcriba el número de orden y nombre, de la matriz estructura del hogar, para los/las hijos/as biológicos/as el/la entrevistado/a.							
No de orden	401. Nombres de los hijo/a(s) biológico/a(s)	402. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando _____ nació? NS/NR=88	403. ¿Cuál fue el peso de _____ al nacer? (Por favor sea precisa en su respuesta) NS/NR=8888	404. ¿Le dio leche materna alguna vez a _____? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	405. ¿A los cuántos meses le dejó de dar leche materna a _____? Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	406. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando usted empezó a darle de forma regular los alimentos de la siguiente lista?	Meses
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Leche de vaca líquida o en polvo	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agua de panela	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Leche de vaca líquida o en polvo	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>	____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	_____ Meses _____ Todavía le dan 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agua de panela	____ Nunca <input type="checkbox"/>

Va. DESAROLLO FÍSICO DE LOS HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS (nacidos después de la última visita hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO)				
Entrevistador/a: Este módulo aplica a los/las niños/niñas relacionados/as en IVa. Transcriba la lista de los nombres de los/las hijos/as biológicos/as registrados/as en la pregunta 401 a la columna 501.				
No. Orden	501. Nombres	502. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a gatear? (Edad en meses) NS/NR=88	503. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a caminar? (Edad en meses) NS/NR=88	504. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando empezó a combinar palabras en frases (por ejemplo "más agua")? (Edad en meses) NS/NR=88
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado/a 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado/a 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado/a 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado/a 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado/a 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado/a 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADORA/A: revise la pregunta 301 y 302 del Reporte de Seguimiento y transcriba el número de orden y nombre para los/las hijos/as biológicos/as de la entrevistada. Revise la pregunta 306 del Reporte de Seguimiento y tenga en cuenta la edad al diligenciar. Registre también la información a continuación para los/las hijos/as que no viven en el hogar. Recuerde excluir a los/las niños/niñas registrados en IVA.

No de orden	407. Nombres de los hijo/a(s) biológico/a(s)	408. ¿Le dio leche materna alguna vez a _____?	409. ¿A los cuántos meses le dejó de dar leche materna a _____? NS/NR=88	410. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando usted empezó a darle de forma regular los alimentos de la siguiente lista?	
					Meses
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/> → 410</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Meses</div> <div>Todavía le dan</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> </div>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold etc)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				d. Agua de panela	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/> → 410</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Meses</div> <div>Todavía le dan</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> </div>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				d. Agua de panela	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/> → 410</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Meses</div> <div>Todavía le dan</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> </div>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				d. Agua de panela	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/> → 410</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Meses</div> <div>Todavía le dan</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> </div>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				d. Agua de panela	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/> → 410</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Meses</div> <div>Todavía le dan</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> </div>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>
				d. Agua de panela	<div><div></div><div></div><div></div></div> Nunca <input type="checkbox"/>

Vb. DESAROLLO FÍSICO DE LOS HIJOS/AS BIOLÓGICO/AS MENORES DE 4 AÑOS (registrados en Primer Seguimiento/Línea de Base)				
Entrevistador/a: Este módulo aplica a los/las niños/niñas relacionados/as en IVb. Transcriba la lista de los nombres de los/las hijos/as biológicos/as registrados/as en la pregunta 407 a la columna 505.				
No. Orden	505. Nombres	506. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a gatear? (Edad en meses) NS/NR=88	507. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a caminar? (Edad en meses) NS/NR=88	508. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando empezó a combinar palabras en frases (por ejemplo "más agua")? (Edad en meses) NS/NR=88
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>

VIII. CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

801. A continuación le voy a leer algunas afirmaciones acerca de los/las niños/niñas pequeños/as. Algunas de estas afirmaciones le pueden parecer verdaderas y otras no tan verdades o incluso falsas. Por favor, piense acerca de lo que usted sabe sobre los/las niños/niñas pequeños/as y señáleme de la siguiente escala lo que usted cree. No hay respuestas verdaderas o falsas. El objetivo de este ejercicio no es evaluar su conocimiento sobre el desarrollo de los/las niños/niñas ni juzgar su opinión. No se trata de un examen. Lo que nos interesa es conocer lo que usted piensa acerca de cada una de las afirmaciones.

ENTREVISTADOR/A: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento de niños/niñas pequeños/as. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '1. No es Cierto', '2. Es un Poco Cierto', '3. Es Cierto', '4. Muy Cierto o Totalmente Cierto'.

	1. No es Cierto	2. Es un Poco Cierto	3. Es Cierto	4. Muy Cierto o Totalmente Cierto
a. Mucha atención y cariño puede malcriar un/una niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si uno carga a un bebé cuando llora, lo enseña a querer estar alzado todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La inteligencia de los/las niños/niñas cambia muy poquito después de que nacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Es bueno que los/las niños/niñas pasen tiempo jugando solos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Es mejor esperar hasta que los/las niños/niñas comprendan lo que uno les dice antes de contarles historias y cuentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Los/Las niños/niñas que conocen más palabras, aprenden a leer antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Felicitar o aplaudir mucho a un/una niño/niña lo vuelve creído/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Es importante que una mamá con muchas ocupaciones pase mucho tiempo jugando con su niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lo que una mamá haga con su niño/niña influye la capacidad de aprendizaje futura del/la niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. A los/las niños/niñas que conocen más palabras, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dar una palmada a un/una niño/niña puede ser una buena forma de enseñarle lo que puede y lo que no puede hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. A los/las niños/niñas que juegan mucho con sus mamás y con otros niños/niñas, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cuando un/una niño/niña golpea a otro sin razón, puede ser necesario darle una palmada para enseñarle que no debe hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Un/Una niño/niña de un año sabe distinguir lo que está bien de lo que está mal (ej. coger sin permiso el juguete de otro/a niño/niña, salir a la calle sin permiso, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Es importante que los padres enseñen las letras del abecedario a los/las niños/niñas de un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. No importa lo que la mamá haga, cada niño/niña empieza a hablar según su naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. A los/las niños/niñas que les va mejor en la escuela, ganan más dinero cuando son mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:
