

MODULO 1. LA VIVIENDA Y EL HOGAR

ENTREVISTADOR(A): El Informante es la madre biológica del niño/niña seleccionado(a) o la persona (preferiblemente señora) que sabe más sobre el hogar (la esposa del jefe del hogar)

CONTROL OPERATIVO

1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita		RÓTULO
Día	Mes	Año					
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Acompañamiento	<input type="checkbox"/>	Completa	<input type="checkbox"/>	
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Verificación personal	<input type="checkbox"/>	Incompleta	<input type="checkbox"/>	
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Verificación telefónica	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	<input type="checkbox"/>	
4. Encuestador(a)	Identificación <input type="text"/>				Otra	<input type="checkbox"/>	5. ¿Revisó el formulario?
6. Supervisor(a)	Identificación <input type="text"/>						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿En qué día de la semana se realiza la entrevista?			Lunes	<input type="checkbox"/>	Viernes	<input type="checkbox"/>	
			Martes	<input type="checkbox"/>	Sábado	<input type="checkbox"/>	
			Miércoles	<input type="checkbox"/>	Domingo	<input type="checkbox"/>	
			Jueves	<input type="checkbox"/>			

II. UBICACIÓN E IDENTIFICACIÓN

101	Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> Cód. DANE: <input type="text"/>	
102	Nombre del niño/niña seleccionado(a) para la intervención: <input type="text"/>	
102 a	Vive el niño/niña seleccionado(a) en este hogar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ 102c
102 b	Vive el niño/niña seleccionado(a) en este municipio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ ⊗
102 c	Vive la madre biológica del niño/niña seleccionado(a) en el mismo hogar del niño seleccionado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
102 d	Vive el cuidador principal del niño/niña seleccionado(a) en el mismo hogar del niño seleccionado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
103	Nombre completo del informante <input type="text"/>	
104	Dirección <input type="text"/>	
105	Barrio o Vereda: <input type="text"/>	
106	Teléfono fijo <input type="text"/> /Teléfono celular <input type="text"/>	

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		
201. La vivienda donde reside este hogar es tipo:	Casa <input type="checkbox"/> 1 Apartamento <input type="checkbox"/> 2 Cuarto(s) en inquilinato <input type="checkbox"/> 3 Cuarto(s) en otro tipo de estructura <input type="checkbox"/> 4 Vivienda indígena <input type="checkbox"/> 5 Otra (carpa, vagón, embarcación, cueva, refugio natural) <input type="checkbox"/> 6	
202. ¿Cuál es el material predominante de ____? (Ingrese a la vivienda, observe y marque)	a. Pisos: Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol <input type="checkbox"/> 1 Madera burda, tabla o tablón <input type="checkbox"/> 2 Cemento o gravilla <input type="checkbox"/> 3 Tierra o arena <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5 b. Paredes exteriores: Bloque, ladrillo, piedra, prefabricado, madera pulida <input type="checkbox"/> 1 Tapia pisada o adobe <input type="checkbox"/> 2 Bahareque <input type="checkbox"/> 3 Madera burda <input type="checkbox"/> 4 Guadua, caña, esterilla, otros vegetales <input type="checkbox"/> 5 Zinc, tela, cartón, lata, deshechos o plástico <input type="checkbox"/> 6 Sin paredes <input type="checkbox"/> 7 c. Techos: Teja de barro, zinc, asbesto-cemento con cielo raso, plancha o entepiso <input type="checkbox"/> 1 Teja de barro, zinc, asbesto-cemento sin cielo raso <input type="checkbox"/> 2 Desechos (cartón, lata, sacos, etc.) <input type="checkbox"/> 3 Paja o palma <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5	
203. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?		<input type="text"/> <input type="text"/>
204. ¿Cuál es el número total de personas en el hogar al que usted pertenece?		<input type="text"/> <input type="text"/>
205. ¿De cuántos cuartos o piezas, incluyendo sala-comedor, dispone este hogar?		<input type="text"/> <input type="text"/>
206. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?		<input type="text"/> <input type="text"/>
207. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?	a. Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 b. Gas por tubería <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 c. Acueducto <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 d. Alcantarillado <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 e. Recolección de basuras <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2	
208. ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?	Inodoro conectado a alcantarillado <input type="checkbox"/> 1 Inodoro conectado a pozo séptico <input type="checkbox"/> 2 Inodoro sin conexión <input type="checkbox"/> 3 Letrina o bajamar <input type="checkbox"/> 4 No tiene servicio sanitario <input type="checkbox"/> 5	
209. ¿En qué sitio de la vivienda prepara los alimentos este hogar?	En un cuarto usado sólo para cocinar <input type="checkbox"/> 1 En un cuarto usado también para dormir <input type="checkbox"/> 2 En una sala-comedor <input type="checkbox"/> 3 En un patio, enramada, al aire libre <input type="checkbox"/> 4 En ninguna parte (no preparan alimentos) <input type="checkbox"/> 5	➔ 211 ➔ III
210. El cuarto donde prepara los alimentos:	a. ¿Tiene ventanas? <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 b. ¿Tiene chimenea u otra salida de humo? <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2	
211. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?	Electricidad <input type="checkbox"/> 1 Gas con conexión por tubería a red domiciliaria <input type="checkbox"/> 2 Gas en cilindro o pipeta (gas propano) <input type="checkbox"/> 3 Kerosene, petróleo, gasolina, alcohol <input type="checkbox"/> 4 Leña o carbón de leña <input type="checkbox"/> 5 Carbón mineral <input type="checkbox"/> 6 Material de desecho <input type="checkbox"/> 7	

III. ESTRUCTURA DEL HOGAR

301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320
No. de orden	Nombre y Apellido	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	Parentesco con el jefe del hogar 1. Jefe de Hogar 2. Cónyuge o compañero/a 3. Hijo/hija 4. Hijastro/hijastra 5. Yerno o nuera 6. Nieto/nieta 7. Padre o madre 8. Padrastro o madrastra 9. Suegros 10. Hermanos(a) y cuñados(a) del jefe 11. Otro pariente 12. Amigo(a) y no parientes	Fecha de nacimiento Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Edad ENTREVISTADOR (A): Registre en años para personas de 6 años o más. En meses si es menor de 6 años Calcular y validar con el entrevistado	Condición de Residencia 1. ¿Usualmente vive aquí? 2. ¿vive temporalmente en otro lugar? 3. ¿vive temporalmente aquí? Ej. porque no tiene otro lugar donde vivir?	Razón Ausencia ¿Por qué razón está _____ viviendo temporalmente en otro lugar? 1. Trabajo 2. Estudio 3. Enfermedad 4. Otro	¿Cuál es el número de orden de su padre y madre biológicos? 88. No forma parte del hogar 99. Falleció	Estado civil. 1. Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado 5. Soltero ENTREVISTADOR (A): Para menores de 10 años marque 5.	¿En qué año se casó /o formalizó la unión libre? NR: No recuerda	¿En qué año falleció su esposo/compañero? NR: No recuerda	¿En qué año se separó/divorció? NR: No recuerda	¿Es afiliado o beneficiario de algún sistema de salud? 1. EPS Régimen Contributivo 2. EPS Régimen Subsidiado 3. Régimen especial 4. No afiliado	¿Tiene carta de desplazado)? 1. Si 2. No	ENTREVISTADOR (marque con una X el entrevistado)	Madre biológica niño/niña seleccionado(a) para la intervención (marque con una X la madre biológica del niño seleccionado)	Niño/niña seleccionado(a) para la intervención (marque con una X el niño seleccionado)	Cuidador Principal del niño/niña seleccionado(a) para la intervención (marque con una X)	Módulos que aplican para esta persona
1		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
2		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
3		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
4		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
5		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314 NR 1 <input type="checkbox"/>	Año: <input type="text"/> NR 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
6		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
7		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320
No. de orden	Nombre y Apellido	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	Parentesco con el jefe del hogar 1. Jefe de Hogar 2. Cónyuge o compañero/a 3. Hijo/hija 4. Hijastra/hijastra 5. Yerno o nuera 6. Nieto/nieta 7. Padre o madre 8. Padrastro o madrastra 9. Suegros 10. Hermanos(a) y cuñados(a) del jefe 11. Otro pariente 12. Amigo(a) y no parientes	Fecha de nacimiento	Edad ENTREVISTADOR (A): Registre en años para personas de 6 años o más. En meses si es menor de 6 años. Calcular y validar con el entrevistado	Condición de Residencia Actualmente... 1. ¿Usualmente vive aquí? 2. ¿vive temporalmente en otro lugar? 3. ¿vive temporalmente aquí porque no tiene otro lugar donde vivir?	Razón Ausencia ¿Por qué razón está viviendo temporalmente en otro lugar? 1. Trabajo 2. Estudio 3. Enfermedad 4. Otro	¿Cuál es el número de orden de su padre y madre biológico s? 88. No forma parte del hogar 99. Falleció	Estado civil. 1. Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado 5. Soltero ENTREVISTADOR (A): Para menores de 10 años marque 5.	¿ En qué año se casó /o formalizó la unión libre? NR: No recuerda	¿ En qué año falleció su esposo/compañero? NR: No recuerda	¿ En qué año se separó/ divorció? NR: No recuerda	¿Es afiliado o beneficiario de algún sistema de salud? 1. EPS Régimen Contributivo 2. EPS Régimen Subsidiado 3. Régimen especial 4. No afiliado	¿Tiene carta de desplazado)? 1. Si 2. No	ENTREVISTADOR (marque con una X el entrevistado)	Madre biológica niño/niña seleccionado (a) para la intervención (marque con una X la madre biológica del niño seleccionado)	Niño/niña seleccionado (a) para la intervención (marque con una X el niño seleccionado)	Cuidador Principal del niño/niña seleccionado (a) para la intervención (marque con una X)	Módulos que aplican para esta persona
8		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
9		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
12		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
13		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
14		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 309 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 309	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Padre: <input type="text"/> Madre: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 312 4 <input type="checkbox"/> → 313 5 <input type="checkbox"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/> → 314	Año: <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR(A): Verifique si hay algún niño/niña, recién nacido ó anciano que no se ha incluido en la matriz?

321.	De acuerdo con sus características culturales, considera que este hogar pertenece a: <i>(lea opciones)</i>	Alguna etnia indígena <input type="checkbox"/> 1 Comunidad afro-descendiente <input type="checkbox"/> 2 Otro grupo étnico <input type="checkbox"/> 3
322.	¿A su hogar le han hecho la encuesta de SISBEN?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No Sabe <input type="checkbox"/> 3
323.	¿En qué año le hicieron la encuesta de SISBEN por última vez?	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
324.	¿En qué nivel lo clasificaron?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 No sabe <input type="checkbox"/> 7

IV. DISTANCIAS				
Si alguien del hogar se desplazara a los siguientes lugares, en este o en otro municipio ¿cómo lo haría y cuánto tiempo le llevaría?	401. ¿Queda en este municipio o en otro? 1. El lugar queda en este municipio 2. En otro municipio 3. NA 9. NS/NR	402. Desde el hogar hasta _____, ¿cómo se desplazaría? 1. Motorizado 2. No motorizado 3 A pie 9. NS/NR	403. Desde el hogar hasta _____, ¿Cuánto tiempo gastaría? a. Horas b. Minutos	
a. La droguería o farmacia más cercana	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
b. Escuela de primaria más cercana	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
c. Colegio de secundaria más cercano	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
d. El hospital más cercano	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
e. El lugar de atención médica más cercano (público o privado), diferente al hospital	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
f. El hogar comunitario del ICBF más cercano	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
g. Guardería, preescolar, jardín infantil u otro centro para el cuidado de niños (excluyendo el hogar comunitario)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
h. El lugar donde habitualmente se realizan los encuentros de cuidado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
i. La casa de la madre líder que la atiende actualmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ↓ 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
j. La plaza de mercado o galería	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
k. La tienda (o supermercado) más cercano donde realiza sus compras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
l. La alcaldía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓

V. PROPIEDAD Y TENENCIA DE BIENES INMUEBLES		
A. PROPIEDAD		
501. La vivienda ocupada por este hogar es:	Propia, totalmente pagada <input type="checkbox"/> 1 Propia, la están pagando <input type="checkbox"/> 2 En arriendo o subarriendo <input type="checkbox"/> 3 En usufructo <input type="checkbox"/> 4 Posesión (ocupante de hecho) <input type="checkbox"/> 5	→ 503 → 506 → 508 → 508
502. ¿Cuánto es el saldo para terminar de pagar la deuda?	\$ <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/> 1	
503. ¿Cuánto considera que vale esta vivienda?	\$ <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/> 1	→ 508
504. ¿Este valor incluye el lote o terreno donde está esta vivienda?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	→ 508
505. ¿Cuánto considera que vale el lote o terreno donde está ubicada esta vivienda?	\$ <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/> 1	→ 508 → 508
506. ¿Cuánto paga por el arriendo?	\$ <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/> 1	→ 508
507. Este pago es, ¿semanal, mensual, anual...?	Semanal <input type="checkbox"/> 1 Mensual <input type="checkbox"/> 2 Anual <input type="checkbox"/> 3 NS/NR <input type="checkbox"/> 4	

508. ¿Tiene o posee, algún miembro del hogar, algún lote, terreno o bien inmueble diferente al que ocupa esta vivienda?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 510
509. ¿Cuánto considera que vale este otro lote o terreno?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
B. BIENES			
510. ¿Cuáles de los siguientes bienes, que estén en funcionamiento o uso tiene este hogar?		511. Si tuviera que vender su _____ ¿cuánto dinero cree que le darían en este momento?	
a. Televisor	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
b. Vehículo motorizado (por ejemplo, motocicleta, carro)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
c. Teléfono celular	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
d. Computador	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
e. Equipo de sonido/radio	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
f. Nevera o enfriador	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
g. Ventilador	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
h. Lavadora de ropa	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
i. Licuadora	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
j. Calentador de agua o ducha eléctrica	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
512. ¿Posee este hogar animales como pollos, gallinas, toros, vacas, caballos, yeguas, burros, cerdos, ovejas o similares?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ VI
513. ¿Qué clase de animales posee?		514. ¿Cuánta plata cree que podrían obtener si tuvieran que venderlos?	
a. Pollos, gallinas, patos, pascos, conejos, curies o similares	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
b. Toros, vacas, caballos, yeguas, burros, cerdos, ovejas o similares	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	

VI. AHORROS Y DEUDAS DEL HOGAR			
A. AHORROS			
601. Usted y su esposo/compañero, si lo tiene, ¿tienen alguna plata ahorrada?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 603
602. ¿Cuál es el valor total de estos ahorros?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
603. ¿Algún otro miembro del hogar tiene alguna plata ahorrada?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sé 3 <input type="checkbox"/>	→ 605 → 605
604. ¿Cuál es el valor total de estos ahorros?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
B. DEUDAS			
605. ¿Usted y su esposo/compañero, si lo tiene, tienen alguna deuda superior a \$20.000 (excluyendo eventuales deudas para la compra de la vivienda)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 607
606. ¿Cuál es el valor total de lo que debe(n)?		\$ _____ NS/NR <input type="checkbox"/>	
607. ¿Algún otro miembro del hogar tiene alguna deuda superior a \$20.000?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 3 <input type="checkbox"/>	→ 609 → 609
608. ¿Cuál es el valor total de lo que deben por estas deudas?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
C. PRÉSTAMOS A TERCEROS			
609. ¿Usted (y su esposo/compañero, <i>si lo tiene</i>) tiene(n) plata prestada a terceros por valor superior a \$20.000?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 611
610. ¿Cuál es el valor total de lo que les debe(n)/de lo que tienen prestado?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
611. ¿Algún otro miembro del hogar tiene plata prestada (a terceros) por valor superior a \$20.000?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 3 <input type="checkbox"/>	→ VII → VII
612. ¿Cuál es el valor total que tienen prestado a terceros?		\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	

VII. GASTOS			
A. COMIDA			
701. En los últimos 7 días, ¿cuánto gastó en total el hogar en alimentos?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
702. Durante los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que le regalaron, les entregaron o donaron?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		→ 704
703. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que le regalaron, le entregaron o les donaron?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
704. En los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que tomaron de su parcela, si la tienen, o consumieron animales propios si los tienen?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tienen 3 <input type="checkbox"/>		→ 706 → 706
705. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que tomaron de su parcela o de los animales propios consumidos?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
B. OTROS			
706. En los últimos 7 días, ¿cuánto gastó en total el hogar en cigarrillos, tabaco y bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, etc.)?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>	
707. En el último mes, ¿cuánto gastó en total el hogar en artículos de aseo personal para niños menores de 6 años de edad (pañales desechables, toallitas húmedas, talcos, jabón, champú, etc.)?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>	
708. En los últimos 3 meses, ¿cuánto gastó en total el hogar en juguetes y/o libros para niños menores de 6 años de edad?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>	
709. En los últimos 3 meses, ¿cuánto gastó en total el hogar en ropa para niños menores de 6 años?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>	
VIII. OTROS INGRESOS Y TRANSFERENCIAS			
801. En el último mes, ¿el hogar tuvo ingresos por concepto de...	1. ¿Cuál fue el valor del ingreso del hogar por este concepto?		
a. Pensiones (jubilación, invalidez, vejez, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
b. Dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (cuota alimentaria, remesas, bonos, pago de subsidios de Familias en Acción)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
c. Arriendos, utilidades e intereses (Ingresos de capital)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
d. Venta de bienes, lotería, etc. (Ingresos ocasionales).	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
802. En el último mes, ¿realizó alguna transferencia de dinero a algún otro hogar?	1. Valor de la transferencia		
a. Dinero destinado a otros hogares	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _____	
IX. INCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
901. En los últimos 12 meses, ¿sufrió este hogar la muerte de alguno de sus integrantes?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		→ 906
902. ¿Cuántos miembros del hogar murieron en los últimos 12 meses?			
ENTREVISTADOR(A): Preguntar 903 a 905 para un máximo de 2 personas. Si más de 2 miembros del hogar murieron en los últimos 12 meses, preguntar por las 2 personas más cercanas al entrevistado.			
903. ¿Cuál era el parentesco con usted? 1. hijo/hija; 2. hermano(a); 3. padre/madre; 4. otro	904. ¿Era hombre o mujer? 1. Hombre 2. Mujer	905. ¿Qué edad (años) tenía su " _____ " cuando murió?	
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_____ Años	
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_____ Años	
906. En los últimos 12 meses, ¿tuvo este hogar una mala cosecha o la pérdida de la cosecha?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tuvieron cosecha o No cultivan 3 <input type="checkbox"/>		→ 908 → 908
907. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	
908. En los últimos 12 meses, ¿tuvo este hogar alguna pérdida en un negocio por causa de, por ejemplo, un incendio u otro desastre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene negocio 3 <input type="checkbox"/>		→ X → X
909. ¿Cuánto dejó usted de vender por esta razón?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>	

X. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS NIÑOS DEL HOGAR											
1001. ¿Cuántos niños hay en el hogar mayores de 6 meses y menores de 6 años de edad?						<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>					
ENTREVISTADOR(A): En pregunta 1003 transcriba de 301 y 302 el número de orden y nombre de cada uno de los niños mayores de 6 meses y menores de 6 años y pregunte por todos los alimentos que el niño ha consumido en los últimos 7 días, incluyendo lo que haya comido fuera del hogar: en el hogar comunitario, en la guardería, en casa de parientes, en la calle, etc.											
1002 a. Nombre:											
b. No. de orden:		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
1003 ¿En los últimos 7 días, ¿ ____ consumió (alimento)?											
ENTREVISTADOR(A): Si la respuesta es SI para algún alimento, registre cuántos días lo consumió y pase al siguiente alimento.											
ALIMENTO	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	
XA. CEREALES											
A1. Arroz	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
a. Pan y pastas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
b. Preparación con harina de trigo y maíz (arepa, galletas, otros productos de panadería diferentes al pan)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XB. RAICES TUBERCULOS PLATANOS											
c. Papa, plátano verde, maduro, guineo, yuca, arracacha, etc	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XC. HORTALIZAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS VERDES											
d. Arveja, frijol, habas verdes (en cáscara), etc	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
e. Ahuyama, zanahoria, pimentón, espinacas, repollo, lechuga, acelgas, habichuela, brócoli, guatila, etc	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XD. FRUTAS											
f. Fruta entera ó en jugo (mango, naranja, guayaba, mandarina, banano, piña, tomate de árbol, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XE. CARNES											
g. Carne de res, hígado, vísceras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
h. Pollo, gallina u otras aves	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
i. Carne de cerdo, cordero, cabrito, conejo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
j. Pescado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
kl. Huevo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XF. LÁCTEOS Y DERIVADOS											
l. Leche de fórmula (en tarro ó lata)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
m. Leche sola o en diferentes preparaciones, Kumis ó yogurt, queso ó cuajada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
XG. GRASAS	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	

