

G.1 CUESTIONARIO DEL HOGAR

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

Mi nombre es _____ Trabajo para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil que se realiza en todos los departamentos de Guatemala. La información que se recolectará ayudará a conocer los principales problemas de salud de las personas y mejorar los servicios de salud. Su hogar ha sido seleccionado para la encuesta, el cuestionario de hogar tardará alrededor de media hora. Toda la información que brinde será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas o instituciones de ninguna naturaleza. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee, pero se espera que lo haga ya que su opinión es importante. Si le hago alguna pregunta que no quiera responder, usted me lo puede decir y continuare con las siguientes preguntas o usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

En base al Decreto Ley 3-85, Artículo 25 de la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadística (INE), toda la información que proporcione es CONFIDENCIAL. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para la encuesta.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta? SI ☐ NO ☐

¿Está dispuesto(a) a participar? SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL(LA) ENCUESTADOR(A): _____ FECHA: _____

SI LA PERSONA NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 05 (RECHAZO) EN EL RESULTADO DE LA CARÁTULA DE ESTE CUESTIONARIO.

TABLA DE SELECCIÓN DE PERSONAS PARA EL MÓDULO DE VIOLENCIA

1) CIRCULE EL ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO. ESTE NÚMERO INDICA EL NÚMERO DE LA FILA QUE USTED DEBE CONSIDERAR.

2) CIRCULE EL NÚMERO DE HOMBRES ELEGIBLES (15 A 59 AÑOS) O DE MUJERES ELEGIBLES (15 A 49 AÑOS) EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. ESTE INDICA EL NÚMERO DE LA COLUMNA QUE USTED DEBE CONSIDERAR.

3) CIRCULE LA CELDA DONDE LA COLUMNA Y LA FILA CONVERGEN Y RESALTE EL NÚMERO CON UN CÍRCULO. ESE NÚMERO CORRESPONDE AL NÚMERO SECUENCIAL DE LA PERSONA QUE DEBE SER ENTREVISTADA.

ÚLTIMO DÍGITO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR	NÚMERO DE HOMBRES O MUJERES ELEGIBLES									
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	2	2	4	3	6	5	4	8	3	
1	1	3	1	4	1	6	5	2	6	
2	2	1	2	5	2	7	6	6	4	
3	1	2	3	1	3	1	7	6	9	
4	2	3	4	2	4	2	8	8	1	
5	1	1	1	3	5	3	1	2	7	
6	2	2	2	4	6	4	2	3	7	
7	1	3	3	5	1	5	3	6	9	
8	2	1	4	1	2	6	4	5	3	
9	1	2	1	2	3	7	5	9	3	

ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA DE LA PERSONA SELECCIONADA

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL ENSMI 2014-2015

CUESTIONARIO DEL HOGAR

IDENTIFICACIÓN CARTOGRÁFICA

REGIÓN DEPTO. MPIO. SECCIÓN SECTOR PAQUETE HOGAR

IDENTIFICACIÓN PARA DIGITACIÓN

HOGAR SELECCIONADO PARA CUESTIONARIO DE HOMBRE SI=1 NO=2

HORA DE MEDICIÓN HORAS MINUTOS

PRECISIÓN m

ALTITUD (METROS) m

LONGITUD °

LATITUD °

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR: _____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA 1 URBANO 2 RURAL

UBICACIÓN GEOGRÁFICA 1. DEPARTAMENTO 2. MUNICIPIO 3. ALDEA/CASERÍO/CANTÓN/FINCA

DIRECCIÓN

VISITAS DE ENCUESTADORA

1	2	3	VISITA FINAL
FECHA HORA	DÍA	MES	AÑO
NOMBRE DE ENCUESTADOR/A	CÓDIGO DE ENCUESTADOR/A	RESULTADO*	NÚMERO TOTAL DE VISITAS
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA			

*CÓDIGOS DE RESULTADO

01 COMPLETA 02 NADIE EN CASA O NO HAY INFORMANTE CALIFICADO 03 AUSENTE POR TIEMPO INDEFINIDO 04 POSPUESTA 05 RECHAZO 06 VIVIENDA DESOCUPADA O LA DIRECCIÓN NO ES VIVIENDA 07 VIVIENDA DESTRUIDA 08 VIVIENDA NO LOCALIZADA 96 OTRO

HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA

IDIOMA DE LA ENTREVISTA 01 ESPAÑOL 02 K'ICHE' 03 Q'ECCHI' 04 K'ICHE' 05 MAM 06 POOMCH' 07 TZ'UTUJIL 08 O'ANJOB'AL 09 CH'ORTI 10 POOMAM

IDIOMA DEL CUESTIONARIO 01 1 UN TRADUCTOR

EDITORIA DE CAMPO EDITORIA DE OFICINA

SUPERVISOR(A) EDITOR(A) DE CAMPO EDITOR(A) DE OFICINA

NOMBRE FECHA CÓDIGO

VERIFICADO POR NOMBRE FECHA CÓDIGO

COMPOSICIÓN DEL HOGAR																		
No. LINEA	RESIDENTES USUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	SEXO	RESIDENCIA		EDAD	SI EDAD 15 O MAYOR	ELEGIBILIDAD			SI EDAD 0-17 AÑOS				SI EDAD 5 AÑOS O MAYOR		SI EDAD 5-24 AÑOS	
				ESTADO CIVIL	9		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	<p>Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar.</p> <p>DESPUÉS DE LISTAR LOS NOMBRES Y REGISTRAR EL PARENTESCO Y SEXO PARA CADA PERSONA, HAGA LAS PREGUNTAS 2A-2B-2C PARA ASEGURAR QUE EL LISTADO ES COMPLETO.</p> <p>HAGA LUEGO LAS PREGUNTAS EN COLUMNAS 5-19 PARA CADA PERSONA</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p>	<p>¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?</p>	<p>¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>SI "95" O MÁS REGISTRE "95"</p> <p>SI MENOR DE 12 MESES REGISTRE "00"</p>	<p>¿Cuál es el estado civil de (NOMBRE)?</p> <p>1= CASADA/O O EN UNIÓN MARITAL 2= DIVORCIADA/O SEPARADA/O 3= VIUDO/A 4= NUNCA CASADA/O Y NUNCA EN UNIÓN</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODAS LAS MUJERES 15-49 AÑOS</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODOS LOS HOM-BRES 15-59 AÑOS</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODAS LAS NI-ÑAS/OS MENO-RES DE 5 AÑOS</p>	<p>¿Está vivo la madre natural (biológica) de (NOMBRE)?</p> <p>La madre natural (biológica) de (NOMBRE) ¿vive generalmente en este hogar o estuvo anoche de visita?</p> <p>SI SÍ:</p> <p>¿Cuál es su nombre?</p> <p>REGISTRE NÚMERO DE LINEA DE LA MADRE</p> <p>SI NO LISTADA ANOTE "00"</p>	<p>¿Está vivo el padre natural (biológico) de (NOMBRE)?</p> <p>El padre natural (biológico) de (NOMBRE) ¿vive generalmente en este hogar o estuvo anoche de visita?</p> <p>SI SÍ:</p> <p>¿Cuál es su nombre?</p> <p>REGISTRE NÚMERO DE LINEA DEL PADRE</p> <p>SI NO LISTADO ANOTE "00"</p>	<p>¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Cuál es el último grado que ganó (NOMBRE)?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Asiste (asistió) (NOMBRE) a la escuela durante este año escolar?</p> <p>INDAGUE RESPECTO AL AÑO EN CURSO.</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Durante este(año) escolar, ¿a qué grado está(estuvo) (NOMBRE) asis-tiendo?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>		
01			H M	SI NO	SI NO	EN AÑOS		01	01	01	SI NO NS		SI NO NS		SI NO	NIVEL GRADO	SI NO	NIVEL GRADO
02			1 2	1 2	1 2			02	02	02	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
03			1 2	1 2	1 2			03	03	03	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
04			1 2	1 2	1 2			04	04	04	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
05			1 2	1 2	1 2			05	05	05	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
06			1 2	1 2	1 2			06	06	06	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
07			1 2	1 2	1 2			07	07	07	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
08			1 2	1 2	1 2			08	08	08	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	

3

COMPOSICIÓN DEL HOGAR																		
No. LINEA	RESIDENTES USUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	SEXO	RESIDENCIA		EDAD	SI EDAD 15 O MAYOR	ELEGIBILIDAD			SI EDAD 0-17 AÑOS				SI EDAD 5 AÑOS O MAYOR		SI EDAD 5-24 AÑOS	
				ESTADO CIVIL	9		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	<p>Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar.</p> <p>DESPUÉS DE LISTAR LOS NOMBRES Y REGISTRAR EL PARENTESCO Y SEXO PARA CADA PERSONA, HAGA LAS PREGUNTAS 2A-2B-2C PARA ASEGURAR QUE EL LISTADO ES COMPLETO.</p> <p>HAGA LUEGO LAS PREGUNTAS EN COLUMNAS 5-19 PARA CADA PERSONA</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p>	<p>¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?</p>	<p>¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>SI "95" O MÁS REGISTRE "95"</p> <p>SI MENOR DE 12 MESES REGISTRE "00"</p>	<p>¿Cuál es el estado civil de (NOMBRE)?</p> <p>1= CASADA/O O EN UNIÓN MARITAL 2= DIVORCIADA/O SEPARADA/O 3= VIUDO/A 4= NUNCA CASADA/O Y NUNCA EN UNIÓN</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODAS LAS MUJERES 15-49 AÑOS</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODOS LOS HOM-BRES 15-59 AÑOS</p>	<p>CIRCULE NÚMERO DE LINEA DE TODAS LAS NI-ÑAS/OS MENO-RES DE 5 AÑOS</p>	<p>¿Está vivo la madre natural (biológica) de (NOMBRE)?</p> <p>La madre natural (biológica) de (NOMBRE) ¿vive generalmente en este hogar o estuvo anoche de visita?</p> <p>SI SÍ:</p> <p>¿Cuál es su nombre?</p> <p>REGISTRE NÚMERO DE LINEA DE LA MADRE</p> <p>SI NO LISTADA ANOTE "00"</p>	<p>¿Está vivo el padre natural (biológico) de (NOMBRE)?</p> <p>El padre natural (biológico) de (NOMBRE) ¿vive generalmente en este hogar o estuvo anoche de visita?</p> <p>SI SÍ:</p> <p>¿Cuál es su nombre?</p> <p>REGISTRE NÚMERO DE LINEA DEL PADRE</p> <p>SI NO LISTADO ANOTE "00"</p>	<p>¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Cuál es el último grado que ganó (NOMBRE)?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Asiste (asistió) (NOMBRE) a la escuela durante este año escolar?</p> <p>INDAGUE RESPECTO AL AÑO EN CURSO.</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>	<p>¿Durante este(año) escolar, ¿a qué grado está(estuvo) (NOMBRE) asis-tiendo?</p> <p>VER CÓDIGOS PÁGINA 6</p>		
09			H M	SI NO	SI NO	EN AÑOS		09	09	09	SI NO NS		SI NO NS		SI NO	NIVEL GRADO	SI NO	NIVEL GRADO
10			1 2	1 2	1 2			10	10	10	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
11			1 2	1 2	1 2			11	11	11	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
12			1 2	1 2	1 2			12	12	12	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
13			1 2	1 2	1 2			13	13	13	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
14			1 2	1 2	1 2			14	14	14	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
15			1 2	1 2	1 2			15	15	15	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	
16			1 2	1 2	1 2			16	16	16	1 2 8 PASE A 14		1 2 8 PASE A 16		1 2 PROX. FILA		1 2 PROX. FILA	

4

COMPOSICIÓN DEL HOGAR																		
No. LINEA	RESIDENTES USUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	SEXO	RESIDENCIA		EDAD	SI EDAD 15 O MAYOR	ELEGIBILIDAD			SI EDAD 0-17 AÑOS				SI EDAD 5 AÑOS O MAYOR		SI EDAD 5-24 AÑOS	
				ESTADO CIVIL	9		10	11	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES BIOLÓGICOS				ASISTIÓ ALGUNA VEZ A LA ESCUELA		ASISTENCIA ACTUAL O RECIENTE A LA ESCUELA			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar. DESPUÉS DE LISTAR LOS NOMBRES Y REGISTRAR EL PARENTESCO Y SEXO PARA CADA PERSONA, HAGA LAS PREGUNTAS 2A-2B-2C PARA ASEGURAR QUE EL LISTADO ES COMPLETO. HAGA LUEGO LAS PREGUNTAS EN COLUMNAS 5-19 PARA CADA PERSONA	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar? VER CÓDIGOS PÁGINA 6	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	¿Durmio (NOMBRE) anoche aquí?	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? SI "95" O MÁS REGISTRE "95" SI MENOR DE 12 MESES REGISTRE "00"	¿Cuál es el estado civil de (NOMBRE)? 1=CASADO/O EN UNIÓN MARITAL 2=DIVORCIADO/A SEPARADO 3=VIUDO/A 4=NUNCA CASADO/A Y NUNCA EN UNIÓN	CIRCULE NÚMERO DE LÍNEA DE TODAS LAS MUJERES 15-49 AÑOS	CIRCULE NÚMERO DE LÍNEA DE TODOS LOS HOM-BRES 15-59 AÑOS	CIRCULE NÚMERO DE LÍNEA DE TODOS LOS NI-ÑOS/AS MENO-RES DE 5 AÑOS	¿Está viva la madre natural (biológica) de (NOMBRE)?	La madre natu-ral (biológica) de (NOMBRE) ¿vive general-mente en este hogar o estuvo anoche de visita? SI SÍ: ¿Cuál es su nombre? REGISTRE NÚMERO DE LÍNEA DE LA MADRE SI NO LISTADO ANOTE "00"	¿Está vivo el padre natural (biológico) de (NOMBRE)?	El padre natu-ral (biológico) de (NOMBRE) ¿vive general-mente en este hogar o estuvo anoche de visita? SI SÍ: ¿Cuál es su nombre? REGISTRE NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE SI NO LISTADO ANOTE "00"	¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad?	¿(NOMBRE) ¿Cuál es el último año de estudios que (NOMBRE) ganó/aprobó en ese nivel?	¿Asiste (asistió) (NOMBRE) a la escuela durante este año escolar?	¿Durante este(ese) año escolar, a qué grado está(estuvo) (NOMBRE) asis-tiendo?
			H M	SI NO	SI NO	EN AÑOS					SI NO NS		SI NO NS		SI NO	NIVEL GRADO	SI NO	NIVEL GRADO
17			1 2	1 2	1 2			17	17	17	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
18			1 2	1 2	1 2			18	18	18	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
19			1 2	1 2	1 2			19	19	19	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
20			1 2	1 2	1 2			20	20	20	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
21			1 2	1 2	1 2			21	21	21	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
22			1 2	1 2	1 2			22	22	22	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
23			1 2	1 2	1 2			23	23	23	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
24			1 2	1 2	1 2			24	24	24	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	
25			1 2	1 2	1 2			25	25	25	1 2 8 ↓ PASE A 14		1 2 8 ↓ PASE A 16		1 2 ↓ PROX. FILA		1 2 ↓ PROX. FILA	

5

CÓDIGOS PARA LA PREGUNTA 3: RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR

01 =JEFE	08= SUEGRA O SUEGRO
02 =ESPOSA O ESPOSO	09 = HERMANA O HERMANO
03 =HIJA O HIJO	10 = OTRO FAMILIAR
04 =NUERA O YERNO	11 = HIJA O HIJO ADOPTADO/DE CRIANZA/ HIJASTRO/HIJASTRA
05 =NIETA O NIETO	12 = SIN PARENTESCO
06 =MADRE O PADRE	28 = NO SABE
07 =ABUELA O ABUELO	

CÓDIGOS PARA PREGUNTAS 17 Y 19 SOBRE EDUCACIÓN:

NIVEL	GRADO:
1 = PRE PRIMARIA	00 = MENOS DE 1 AÑO
2 = PRIMARIA	(USE "00" SOLO PARA P. 17 ESTE CÓDIGO NO SE PERMITE PARA P. 19)
3 = SECUNDARIA	PRE PRIMARIA O ALFABETIZACIÓN: 1-2
4 = SUPERIOR/UNIVERSITARIA	PRIMARIA, SECUNDARIA O SUPERIOR: 1-6)
5 = ALFABETIZACIÓN	98 = NO SABE
8 = NO SABE	

MARQUE SI USA HOJA DE CONTINUACIÓN

☐

2A) Simplemente para estar seguro/segura que tengo una lista completa: ¿hay otras personas tales como niños/as o recién nacidos que no hemos registrado?

SI ☐ → AGREGUE A CUADRO NO ☐

2B) ¿Hay otras personas que no son miembros de su familia, tales como empleadas domésticas, huéspedes o amigos/as que usualmente viven aquí que no hemos registrado?

SI ☐ → AGREGUE A CUADRO NO ☐

2C) ¿Hay otros huéspedes o visitantes temporales o alguien más que pasó la noche aquí y que no hemos registrado?

SI ☐ → AGREGUE A CUADRO NO ☐

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
100 Y	Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con las condiciones de su vivienda y su hogar.		
101	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de este hogar?	AGUA DE TUBERÍA AGUA ENTUBADA EN VIVIENDA 11 AGUA ENTUBADA EN EL PATIO 12 → 104 CHORRO PÚBLICO 13 OTRA FUENTE POR TUBERÍA 14 AGUA DE POZO PILA PÚBLICA / TANQUE PÚBLICO 21 POZO MECÁNICO O MANUAL (BROCAL) 22 AGUA DE SUPERFICIE RÍO / ACEQUIA 31 LAGO O ARROYO 32 AGUA DE MANANTIAL PROTEGIDO 33 AGUA DE MANANTIAL NO PROTEGIDO 34 AGUA DE LLUVIA 51 CAMIÓN O TANQUE AGUATERO 61 → 104 AGUA EMBOTELLADA 71 → 106 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
102	¿Dónde está localizada la fuente?	EN LA MISMA VIVIENDA 1 EN EL PATIO/TERRENO 2 → 104 EN OTRA PARTE 3	
103	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS 9 9 8 NO SABE 9 9 8	
104	¿Usted trata el agua de alguna manera para hacerla más segura para beber?	SI 1 NO 2 → 106 NO SABE 8	
105	¿Generalmente qué le hace al agua para hacerla más segura para beber? ¿Algo más? CÍRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	HIERVEN A CLORAN B FILTRO DE TELA C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTROS FILTROS) D PURIFICAN CON LUZ SOLAR E LA DEJAN REPOSAR F OTRO X NO SABE Y (ESPECIFIQUE)	
106	¿Qué tipo de servicio sanitario usan habitualmente los miembros del hogar?	INODORO DE ARRASTRE CONECTADO A ALCANTARILLADO 11 CONECTADO A FOSA SÉPTICA 12 CONECTADO A OTRA PARTE 13 NO SABE A QUÉ ESTÁ CONECTADO 14 LETRINA MEJORADA VENTILADA 21 LETRINA / ESCUSADO 22 SIN CIERRE / ABIERTA 23 NO TIENE SANITARIO 61 → 109 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
107	¿Usted comparte el servicio sanitario con otros hogares?	SI 1 NO 2 → 109	

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
108	¿Cuántos hogares comparten el servicio sanitario?	NÚMERO DE HOGARES SI MENOS DE 10 0 10 O MÁS HOGARES 9 5 NO SABE 9 8	
109	En su casa tiene...	a) ¿Energía eléctrica? SI NO b) ¿Paneles solares? 1 2 c) ¿Radio? 1 2 d) ¿Televisión? 1 2 e) ¿Teléfono celular? 1 2 f) ¿Teléfono fijo? 1 2 g) ¿Refrigeradora? 1 2 h) ¿Lavadora? 1 2 i) ¿Secadora? 1 2 j) ¿Horno de micro ondas? 1 2 k) ¿Computadora? 1 2 l) ¿Internet? 1 2	
110	¿Cuál es el principal combustible que utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD 01 GAS PROPANO LÍQUIDO (GPL) 02 GAS NATURAL / BIOGAS 03 KEROSENE 04 CARBÓN DE LEÑA 05 LEÑA 06 RESIDUOS AGRÍCOLAS 07 NO COCINAN EN EL HOGAR 95 → 113 V OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
111	¿Se cocinan los alimentos generalmente dentro de la casa, en un cuarto fuera de la casa o al aire libre?	DENTRO DE LA CASA 1 EN ESTRUCTURA SEPARADA 2 AL AIRE LIBRE 3 → 113 V OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
112	¿Tiene un cuarto utilizado solo para cocinar?	SI 1 NO 2	
113 V	PRINCIPAL MATERIAL DEL PISO SOLO POR OBSERVACIÓN	PISO NATURAL TIERRA / ARENA 11 PISO RUDIMENTARIO MADERA ASERRADA 21 PALMA / BAMBU 22 LADRILLOS DE BARRO 23 PISO TERMINADO MADERA LUSTRADA 31 TIRAS DE VINILO O DE ASFALTO 32 LADRILLOS DE CEMENTO (MOSAICOS) 33 CERÁMICA 34 TORTA DE CEMENTO 35 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR					
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A		
114V	PRINCIPAL MATERIAL DEL TECHO SOLO POR OBSERVACIÓN	TECHO NATURAL SIN TECHO 11 PAJÓN/ PAJA / PALMA 12 TECHO RUDIMENTARIO ESTERA RÚSTICA 21 TABLAS DE MADERA 23 CARTÓN 24 TECHO TERMINADO TEJAS (DE BARRO, CERÁMICA O CONCRETO) 31 LOZAS / TERRAZA 32 LÁMINAS DE ZINC / METÁLICAS 33 LÁMINAS DE ASBESTO (DURALITA) 34 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)			
115V	PRINCIPAL MATERIAL DE LAS PAREDES EXTERIORES SOLO POR OBSERVACIÓN	PAREDES NATURALES SIN PAREDES 11 CAÑA/ PALMARI/ TRONCOS 12 BARRO 13 PAREDES RUDIMENTARIAS PALMA / BAMBÚ 21 BAJAREQUE 22 LÁMINAS 23 ADOBE 24 MADERA ASERRADA 25 MATERIAL DE DESECHO 26 PAREDES TERMINADAS CEMENTO 31 PIEDRA CON LIMA/CEMENTO 32 LADRILLOS 33 BLOCK DE CEMENTO 34 ADOBE CUBIERTO 35 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)			
116	¿Algunos cuartos se usan en el hogar para dormir?	CUARTOS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
117	Algun miembro de su hogar tiene: ¿Un reloj? ¿Una bicicleta? ¿Una motocicleta? ¿Una carreta de animales como caballos, buques burros, etc.? ¿Un bote o una lancha con motor?	SI NO RELOJ 1 2 BICICLETA 1 2 MOTOCICLETA 1 2 CARRETA DE BESTIA 1 2 CARRO/ CAMIÓN 1 2 BOTE /LANCHA CON MOTOR 1 2			
118	¿Algun miembro del hogar tiene tierra que pueda ser utilizada para la agricultura?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO RESPONDE 8	120		
119	¿Cuántas cuerdas (varas) de tierra agrícola tienen los miembros de este hogar en total? SI 95 O MÁS, INDIQUE 95.5 CIRCULANDO EL CÓDIGO 1 O 2 SEGÚN CORRESPONDA SI NO SABE, CIRCULE 99.8	CUERDAS 1 VARAS 2 NO SABE 9 9 9 8			

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
120	¿Algun miembro del hogar tiene ganado, caballos, otros animales de granja o aves de corral?	SI 1 NO 2	122 Y
121	Cuántos de los siguientes animales tiene este hogar: ¿Vacas, toros, terneros? ¿Cerdos? ¿Caballos, burros, mulas? ¿Cabras, peligüeyes, ovejas? ¿Aves de corral como gallinas, pollos, etc.?	VACAS/TOROS/TERNEROS CERDOS CABALLOS/BURROS/MULAS CABRAS/ PELIGÜEYES/OVEJAS AVES DE CORRAL SI NINGUNO, ANOTE "00" SI 95 O MÁS, ANOTE "95" SI NO SABE, ANOTE "98"	
122Y	Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con los alimentos que consumen los miembros de su hogar.		
123	En los últimos 30 días a partir de hoy, ¿por falta de dinero u otros recursos, alguna vez en su hogar se quedaron sin alimento?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO(A) 8	125
124	¿Cuántas veces ocurrió esto durante los últimos 30 días a partir de hoy?	POCAS VECES (1 A 2 VECES) 1 ALGUNAS VECES (3 A 10 VECES) 2 MUCHAS VECES (MÁS DE 10 VECES) 3	
125	En los últimos 30 días a partir de hoy, ¿usted o algún miembro de su hogar se ha acostado a dormir en la noche con hambre porque no había suficiente comida?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO(A) 8	127
126	¿Cuántas veces ocurrió esto durante los últimos 30 días a partir de hoy?	POCAS VECES (1 A 2 VECES) 1 ALGUNAS VECES (3 A 10 VECES) 2 MUCHAS VECES (MÁS DE 10 VECES) 3	
127	En los últimos 30 días a partir de hoy, ¿usted o algún miembro de su hogar ha pasado todo un día y una noche sin comer nada porque no había suficiente comida?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO(A) 8	129
128	¿Cuántas veces ocurrió esto durante los últimos 30 días a partir de hoy?	POCAS VECES (1 A 2 VECES) 1 ALGUNAS VECES (3 A 10 VECES) 2 MUCHAS VECES (MÁS DE 10 VECES) 3	
129	¿Me puede mostrar por favor el lugar donde los miembros de su hogar se lavan las manos con más frecuencia?	OBSERVADO 1 NO OBSERVADO, NO EN VIVIENDA /PATO/LOTE 2 NO OBSERVADO, NO PERMISO PARA VER 3 OTRA RAZÓN 6 (ESPECIFIQUE)	132 V
130V	OBSERVE LA PRESENCIA DE AGUA EN EL SITIO PARA LAVADO DE MANOS	HAY AGUA DISPONIBLE 1 NO HAY AGUA DISPONIBLE 2	
131V	SOLO POR OBSERVACIÓN OBSERVE LA PRESENCIA DE JABÓN, DETERGENTE, U OTROS AGENTES LIMPIADORES	JABÓN O DETERGENTE (BARRA, LÍQUIDO, POLVO, PASTA) A CENIZA, BARRO, ARENA B NINGUNO C	
132V	SOLO POR OBSERVACIÓN ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA ENTREVISTA	HORAS MINUTOS	

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA DE NIÑAS/NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS									
200 V		ESCRIBA LA HORA EN DE INICIO DE LA ANTROPOMETRÍA		HORAS		MINUTOS			
201 F VERIFIQUE COLUMNA 11 EN EL LISTADO DE HOGAR. REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA Y NOMBRE PARA TODOS LAS NIÑAS/ NIÑOS ELEGIBLES MENORES DE 5 AÑOS EN LA PREGUNTA 202 F.									
No.	NIÑA/NIÑO 1	NIÑA/NIÑO 2	NIÑA/NIÑO 3						
202 F	NÚMERO DE LÍNEA EN CUESTIONARIO DE HOGAR	NÚMERO DE LÍNEA	NOMBRE	NÚMERO DE LÍNEA	NOMBRE	NÚMERO DE LÍNEA	NOMBRE		
203	SI MADRE FUE ENTREVISTADA, COPIE EL MES Y EL AÑO DE NACIMIENTO DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y PREGUNTE POR EL DÍA, DE LO CONTRARIO, PREGUNTE: ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		
204	VERIFIQUE 203 Y REGISTRE LA EDAD EN MESES CUMPLIDOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS						
205	CONDICIÓN DE LA NIÑA/O	ACEPTA MEDICIÓN	1	ENFERMO	2	NO PRESENTE	3	NIÑA/O RECHAZÓ	4
		ENFERMO	2	NO PRESENTE	3	NIÑA/O RECHAZÓ	4	MADRE RECHAZÓ	5
		NIÑA/O RECHAZÓ	4	MADRE RECHAZÓ	5	OTRO	6	(ESPECIFIQUE)	
		(ESPECIFIQUE)		(PASE A 210 F)					
206	PESO EN KILOGRAMOS	KG.		KG.		KG.		KG.	
207	ESTATURA EN CENTÍMETROS	CM.		CM.		CM.		CM.	
208	¿MEDIDO ACOSTADO O PARADO?	ACOSTADO	1	ACOSTADO	1	PARADO	2	ACOSTADO	1
		PARADO	2	PARADO	2	PARADO	2	PARADO	2
209	REGISTRE LA HORA DE MEDICIÓN DE PESO Y TALLA								
210 F	VERIFIQUE 204:	0-5 MESES	1	0-5 MESES	1	0-5 MESES	1	0-5 MESES	1
		(REGRESE A 203 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F.)		(REGRESE A 203 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F.)		(REGRESE A 203 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F.)		(REGRESE A 203 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F.)	
		MAYOR	2	MAYOR	2	MAYOR	2	MAYOR	2
211	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE POR LA NIÑA/O (EN LA COLUMNA 1 DEL LISTADO DE HOGAR)	NÚMERO DE LÍNEA		NÚMERO DE LÍNEA		NÚMERO DE LÍNEA		NÚMERO DE LÍNEA	
212	REGISTRE "00" SI NO ESTÁ LISTADO. PARA LA PRUEBA DE ANEMIA, (HEMOGLOBINA) PIDA EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ MADRE U OTRO ADULTO IDENTIFICADO EN 211 COMO RESPONSABLE DE LA NIÑA/NIÑO.								

Como parte de esta encuesta, se realiza una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existe en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento.

A todas las niñas y niños nacidos desde enero de 2009 se les hace la prueba de anemia para la cual solicito a usted que me permita obtener unas pocas gotas de sangre del dedo de (NOMBRE). El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desechará después de esta prueba.

La sangre será examinada en este aparato (MOSTRAR EL HEMOCUE) para saber si (NOMBRE DE NIÑA/O) tiene anemia o si está sano/a. El resultado se le entregará en una tarjeta a usted, a nadie más. Usted puede utilizar la tarjeta cuando asista a un servicio de salud y mostrar el resultado. Si la prueba da como resultado que (NOMBRE DE NIÑA/O) tiene anemia, se repetirá la prueba para confirmar el resultado.

¿Tiene alguna pregunta?
Usted puede decidir si acepta o no acepta la prueba. Usted decide.
¿Permitirá usted a (NOMBRE DE LA NIÑA/O) participar en la prueba de anemia?

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA DE NIÑAS/NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS									
No.	NIÑA/NIÑO 1	NIÑA/NIÑO 2	NIÑA/NIÑO 3						
213	CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO Y FIRME.	CONCEDIDO	1	CONCEDIDO	1	CONCEDIDO	1	CONCEDIDO	1
		NO CONCEDIDO	2	NO CONCEDIDO	2	NO CONCEDIDO	2	NO CONCEDIDO	2
		NO PRESENTE U OTRO	3	NO PRESENTE U OTRO	3	NO PRESENTE U OTRO	3	NO PRESENTE U OTRO	3
		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)	
214	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL. SI SE DETECTA ANEMIA REGISTRE EL SEGUNDO RESULTADO EN LA TARJETA CONTROL NUTRICIONAL.	G/DL		G/DL		G/DL		G/DL	
215	INDIQUE DE QUE MANO OBTUVO LA MUESTRA	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1
		MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2
216	INDIQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA	PULGAR	1	PULGAR	1	PULGAR	1	PULGAR	1
		ÍNDICE	2	ÍNDICE	2	ÍNDICE	2	ÍNDICE	2
		MEDIO	3	MEDIO	3	MEDIO	3	MEDIO	3
		ANULAR	4	ANULAR	4	ANULAR	4	ANULAR	4
		MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5
217	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA								
218	VERIFIQUE LA PREGUNTA 214. SI EL RESULTADO ES MENOR A 11 REPITA LA PRUEBA	SE REPITIÓ PRUEBA	1	SE REPITIÓ PRUEBA	1	SE REPITIÓ PRUEBA	1	SE REPITIÓ PRUEBA	1
		NO SE REPITIÓ PRUEBA	2	NO SE REPITIÓ PRUEBA	2	NO SE REPITIÓ PRUEBA	2	NO SE REPITIÓ PRUEBA	2
		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)		(PASE A 222 F)	
219	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE LA SEGUNDA PRUEBA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL	G/DL		G/DL		G/DL		G/DL	
220	INDIQUE DE QUE MANO OBTUVO LA MUESTRA	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1	MANO DERECHA	1
		MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2	MANO IZQUIERDA	2
221	INDIQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA	PULGAR	1	PULGAR	1	PULGAR	1	PULGAR	1
		ÍNDICE	2	ÍNDICE	2	ÍNDICE	2	ÍNDICE	2
		MEDIO	3	MEDIO	3	MEDIO	3	MEDIO	3
		ANULAR	4	ANULAR	4	ANULAR	4	ANULAR	4
		MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5	MEÑIQUE	5
222	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA								
222 F	VERIFIQUE PREGUNTA 205 Y 213	AL MENOS UN CÓDIGO "1"		AL MENOS UN CÓDIGO "1"		AL MENOS UN CÓDIGO "1"		AL MENOS UN CÓDIGO "1"	
		(PASE A 225)		(PASE A 225)		(PASE A 225)		(PASE A 225)	
223 V	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA NIÑO.								
224 V	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN	DÍA		DÍA		DÍA		DÍA	
		MES		MES		MES		MES	
		AÑO		AÑO		AÑO		AÑO	
225	REGRESE A 203 EN LA PRÓXIMA COLUMNA DE ESTE CUESTIONARIO O EN LA PRIMERA COLUMNA DE LA PRÓXIMA PÁGINA. SI NO HAY MÁS NIÑAS/NIÑOS, PASE A 226.								

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA DE NIÑAS/NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS					
No.	NIÑA/NIÑO 4	NIÑA/NIÑO 5	NIÑA/NIÑO 6		
202 F	NÚMERO DE LÍNEA EN COLUMNA 11 EN CUESTIONARIO DE HOGAR	NÚMERO DE LÍNEA	NÚMERO DE LÍNEA		
	NOMBRE DE LA COLUMNA 2	NOMBRE	NOMBRE		
203	SI MADRE FUE ENTREVISTADA, COPIE EL MES Y EL AÑO DE NACIMIENTO DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y PREGUNTE: ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO		
204	VERIFIQUE 203 Y REGISTRE LA EDAD EN MESES CUMPLIDOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS		
205	CONDICIÓN DE LA NIÑA/O	ACEPTA MEDICIÓN..... 1 ENFERMO/A..... 2 NO PRESENTE..... 3 NIÑA/O RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 210 F)	ACEPTA MEDICIÓN..... 1 ENFERMO/A..... 2 NO PRESENTE..... 3 NIÑA/O RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 210 F)		
206	PESO EN KILOGRAMOS	KG.	KG.		
207	ESTATURA EN CENTÍMETROS	CM.	CM.		
208	¿MEDIDO ACOSTADO O PARADO?	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2		
209	REGISTRE LA HORA DE MEDICIÓN DE PESO Y TALLA				
210 F	VERIFIQUE 204:	0-5 MESES..... 1 REGRESE A 200 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F. MAYOR..... 2	0-5 MESES..... 1 REGRESE A 200 PARA EL PRÓXIMO NIÑA/NIÑO. SI NO HAY MÁS, PASE A 222 F. MAYOR..... 2		
211	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE POR LA NIÑA/O (EN LA COLUMNA 1 DEL LISTADO DE HOGAR)	NÚMERO DE LÍNEA	NÚMERO DE LÍNEA		
212	PARA LA PRUEBA DE ANEMIA (HEMOGLOBINA) PIDA EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO IDENTIFICADO EN 211 COMO RESPONSABLE DE LA NIÑA/NIÑO.	Como parte de esta encuesta, se realiza una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existe en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento. A todas las niñas y niños nacidos desde enero de 2009 se les hace la prueba de anemia, para la cual solicito a usted que me permita obtener unas pocas gotas de sangre del dedo de (NOMBRE). El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desechará después de esta prueba. La sangre será examinada en este aparato (MOSTRAR EL HEMOCUE) para saber si (NOMBRE DE NIÑA/O) tiene anemia o si está sano. El resultado se le entregará en una tarjeta a usted, a nadie más. Usted puede utilizar la tarjeta cuando necesite un servicio de salud y mostrarla en la prueba para confirmar el resultado. ¿Tiene alguna pregunta? Usted puede decidir si acepta o no a esta prueba. Usted decide. ¿Permitirá usted a (NOMBRE DE LA NIÑA/O) participar en la prueba de anemia?			

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA DE NIÑAS/NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS						
No.	NIÑA/NIÑO 4	NIÑA/NIÑO 5	NIÑA/NIÑO 6			
213	CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO Y FIRME.	CONCEDIDO..... 1 NO CONCEDIDO..... 2 NO PRESENTE U OTRO..... 3 (PASE A 222 F)	CONCEDIDO..... 1 NO CONCEDIDO..... 2 NO PRESENTE U OTRO..... 3 (PASE A 222 F)			
214	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL. SI SE DETECTA ANEMIA, REGISTRE EL SEGUNDO RESULTADO EN LA TARJETA CONTROL NUTRICIONAL.	G/DL	G/DL			
215	INDIQUE DE QUE MANO OBTUVO LA MUESTRA	MANO DERECHA..... 1 MANO IZQUIERDA..... 2	MANO DERECHA..... 1 MANO IZQUIERDA..... 2			
216	INDIQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA	PULGAR..... 1 ÍNDICE..... 2 MEDIO..... 3 ANULAR..... 4 MEÑIQUE..... 5	PULGAR..... 1 ÍNDICE..... 2 MEDIO..... 3 ANULAR..... 4 MEÑIQUE..... 5			
217	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA					
218	VERIFIQUE LA PREGUNTA 214. SI EL RESULTADO ES MENOR A 11 REPITA LA PRUEBA.	SE REPITIÓ PRUEBA..... 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA..... 2 (PASE A 222 F)	SE REPITIÓ PRUEBA..... 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA..... 2 (PASE A 222 F)			
219	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE LA SEGUNDA PRUEBA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL.	G/DL	G/DL			
220	INDIQUE DE QUE MANO OBTUVO LA MUESTRA	MANO DERECHA..... 1 MANO IZQUIERDA..... 2	MANO DERECHA..... 1 MANO IZQUIERDA..... 2			
221	INDIQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA	PULGAR..... 1 ÍNDICE..... 2 MEDIO..... 3 ANULAR..... 4 MEÑIQUE..... 5	PULGAR..... 1 ÍNDICE..... 2 MEDIO..... 3 ANULAR..... 4 MEÑIQUE..... 5			
222	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA					
222 F	VERIFIQUE PREGUNTA 205 Y 213	AL MENOS UN CÓDIGO "1" "1" (PASE A 225)	AL MENOS UN CÓDIGO "1" "1" (PASE A 225)			
223 V	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA NIÑA/O.					
224 V	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO			
225	REGRESE A 203 EN LA PRÓXIMA COLUMNA DE ESTE CUESTIONARIO O EN LA PRIMERA COLUMNA DE LA PRÓXIMA PAGINA. SI NO HAY MÁS NIÑAS/NIÑOS, PASE A 226.					

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS						
226 F	VERIFIQUE COLUMNA 9 EN EL LISTADO DE HOGAR. REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA Y NOMBRE PARA TODAS LAS MUJERES ELEGIBLES EN 227 F.					
No.	MUJER 1	MUJER 2	MUJER 3			
227 F	NÚMERO DE LÍNEA DE LA COLUMNA 9 NOMBRE DE LA COLUMNA 2	NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE	NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE	NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE		
228	CONDICIÓN DE EMBARAZO: VERIFIQUE 226 EN CUESTIONARIO DE MUJER O PREGUNTE: ¿Está usted embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8		
229	CONDICIÓN DE LA MUJER	ACEPTA MEDICIÓN 1 MUJER ENFERMA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 4 MUJER EMBARAZADA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 233) ↓	ACEPTA MEDICIÓN 1 MUJER ENFERMA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 4 MUJER EMBARAZADA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 233) ↓	ACEPTA MEDICIÓN 1 MUJER ENFERMA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 4 MUJER EMBARAZADA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 233) ↓		
230	PESO EN KILOGRAMOS	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
231	ALTURA EN CENTÍMETROS	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
232	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA MEDICIÓN	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>		
233	EDAD: VERIFIQUE COLUMNA 7 DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR	15-17 AÑOS 1 18-49 AÑOS 2 (PASE A 238) ↓	15-17 AÑOS 1 18-49 AÑOS 2 (PASE A 238) ↓	15-17 AÑOS 1 18-49 AÑOS 2 (PASE A 238) ↓		
234	ESTADO CIVIL: VERIFIQUE COLUMNA 8 DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EN UNIÓN) OTRO CÓDIGO 2 (PASE A 238) ↓	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EN UNIÓN) OTRO CÓDIGO 2 (PASE A 238) ↓	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EN UNIÓN) OTRO CÓDIGO 2 (PASE A 238) ↓		
235	REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE DE LA ADOLESCENTE. REGISTRE "00" SI NO ESTÁ LISTADO.	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE/OTRO ADULTO RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE/OTRO ADULTO RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE/OTRO ADULTO RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>		
236	PARA LA PRUEBA DE ANEMIA (HEMOGLOBINA), PIDA CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE IDENTIFICADO EN 235 COMO RESPONSABLES DE MUJERES DE 15-17 AÑOS, NUNCA EN UNIÓN.	Como parte de esta encuesta, estamos realizando una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existe en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento. La prueba de anemia se hará con unas pocas gotas de sangre de un dedo. El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desechará después de esta prueba. La sangre será examinada en este aparato (MDS/TAREL HEMOCUE) para saber si (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE) tiene anemia o si está sana. El resultado solo se le entregará en una tarjeta a usted y a (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE), a nadie más. Usado o ella puede utilizar la tarjeta cuando asista a un servicio de salud y mostrar el resultado. Si la prueba da como resultado que (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE) tiene anemia, se repetirá la prueba para confirmar el resultado. ¿Tiene alguna pregunta?				

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS					
No.		MUJER 1	MUJER 2	MUJER 3	
237	CIRQUELE EL CÓDIGO APROPIADO Y FIRME	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	
238	PIDA CONSENTIMIENTO DE LA INFORMANTE PARA LA PRUEBA DE ANEMIA (HEMOGLOBINA)	<p>Como parte de esta encuesta, estamos realizando una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existen en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento.</p> <p>Para la prueba de anemia se les solicita a las mujeres entrevistadas, unas pocas gotas de sangre de un dedo. El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desechará después de esta prueba. La sangre será examinada en este aparato (MOSTRAR EL HEMOCUE) para saber si usted tiene anemia o si está sana. El resultado solo se le entregará en una tarjeta a usted, a nadie más. Usted puede utilizar la tarjeta cuando asista a un servicio de salud y mostrar el resultado. Si la prueba da como resultado que usted tiene anemia, se repetirá la prueba para confirmar el resultado.</p> <p>¿Tiene alguna pregunta?</p> <p>Esta prueba es voluntaria, usted puede decidir si acepta o no acepta la prueba. Usted decide. ¿Usted autoriza que se le realice la prueba?</p>			
239	CIRQUELE EL CÓDIGO APROPIADO Y FIRME	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F) ↓ (FIRMA)	
240	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL. SI SE DETECTA ANEMIA REGISTRE EL SEGUNDO RESULTADO EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
241	INDIQUE DE QUÉ MANO OBTUVO LA MUESTRA DE SANGRE	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	
242	INDIQUE DE QUÉ DEDO OBTUVO LA MUESTRA	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	
243	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
244	VERIFIQUE LA PREGUNTA 240. SI EL RESULTADO ES MENOR A 12 REPITA LA PRUEBA	SE REPITIÓ PRUEBA 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA 2 (PASE A 248 F) ↓	SE REPITIÓ PRUEBA 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA 2 (PASE A 248 F) ↓	SE REPITIÓ PRUEBA 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA 2 (PASE A 248 F) ↓	
245	REGISTRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE LA SEGUNDA PRUEBA AQUÍ Y EN LA TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
246	INDIQUE DE QUÉ MANO OBTUVO LA MUESTRA DE SANGRE	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS									
No.	MUJER 1	MUJER 2	MUJER 3						
247	INDÍQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5						
248	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA								
248 F	VERIFIQUE 229, 237 Y 239								
249 V	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA MUJER.								
250 V	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN								
251	REGRESE A 228 EN LA PRÓXIMA COLUMNA DE ESTE CUESTIONARIO O A LA PÁGINA SIGUIENTE: SI NO HAY MÁS MUJERES, PASE A PREGUNTA 252.								
252	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA	CÓDIGO	NOMBRE DE LA ASISTENTE	CÓDIGO					
253	No. DE BALANZA	No. DE TALLIMETRO	No. DE HEMOCUE						
254 V	ESCRIBA LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ANTROPOMETRÍA	HORAS MINUTOS							

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS									
No.	MUJER 4	MUJER 5	MUJER 6						
227 F	NÚMERO DE LÍNEA DE LA COLUMNA 9 NOMBRE DE LA COLUMNA 2	NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE	NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE						
228	CONDICIÓN DE EMBARAZO: VERIFIQUE 226 EN CUESTIONARIO DE MUJER O PREGUNTE: ¿Está usted embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO 8 ESTA SEGURA	SI 1 NO 2 NO SABE/NO 8 ESTA SEGURA						
229	CONDICIÓN DE LA MUJER	ACEPTA MEDICIÓN 1 MUJER ENFERMA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 4 MUJER EMBARAZADA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	ACEPTA MEDICIÓN 1 MUJER ENFERMA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 4 MUJER EMBARAZADA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)						
230	PESO EN KILOGRAMOS	KG.	KG.						
231	ALTURA EN CENTÍMETROS	CM.	CM.						
232	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA MEDICIÓN						
233	EDAD: VERIFIQUE COLUMNA 7 DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR	15-17 AÑOS 1 18-49 AÑOS 2 (PASE A 238)	15-17 AÑOS 1 18-49 AÑOS 2 (PASE A 238)						
234	ESTADO CIVIL: VERIFIQUE COLUMNA 8 DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EN UNIÓN) OTRO CÓDIGO 2 (PASE A 238)	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EN UNIÓN) OTRO CÓDIGO 2 (PASE A 238)						
235	REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE DE LA ADOLESCENTE. REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO.	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE/OTRO ADULTO RESPONSABLE	NÚMERO DE LÍNEA DEL PADRE/MADRE/OTRO ADULTO RESPONSABLE						
236	<p>PARA LA PRUEBA DE ANEMIA (HEMOGLOBINA), PIDA CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO RESPONSABLE IDENTIFICADO EN 235 COMO RESPONSABLES DE MUJERES DE 15-17 AÑOS, NUNCA EN UNIÓN.</p> <p>Como parte de esta encuesta, estamos realizando una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existe en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento.</p> <p>La prueba de anemia se hará con unas pocas gotas de sangre de un dedo. El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desechará después de esta prueba.</p> <p>La sangre será examinada en este aparato (MOSTRAR EL HEMOCUE) para saber si (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE) tiene anemia o si está sana. El resultado solo se le entregará en una tarjeta a usted y a (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE), a nadie más. Usted o ella puede utilizar la tarjeta cuando asista a un servicio de salud y mostrar el resultado. Si la prueba da como resultado que (NOMBRE DE LA ADOLESCENTE) tiene anemia, se repetirá la prueba para confirmar el resultado.</p> <p>¿Tiene alguna pregunta?</p> <p>Esta prueba es voluntaria, usted puede decidir si acepta o no que se haga la prueba a (NOMBRE DEL ADOLESCENTE). Usted es quien decide.</p> <p>¿Permitirá usted a (NOMBRE DEL ADOLESCENTE) participar en la prueba de anemia?</p>								

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS					
No.	MUJER 4	MUJER 5	MUJER 6		
237	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)		
238	<p>Como parte de esta encuesta, estamos realizando una prueba de anemia. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una mala alimentación, infección o enfermedades crónicas. Los resultados de esta prueba ayudarán a conocer el problema de anemia que existe en las comunidades para que el Ministerio de Salud pueda desarrollar programas de prevención y tratamiento.</p> <p>Para la prueba de anemia se les solicita a las mujeres entrevistadas, unas pocas gotas de sangre de un dedo. El equipo que se utiliza para la toma de sangre es limpio y completamente seguro. Nunca se ha utilizado antes y se desecha después de esta prueba. La sangre será examinada en este aparato (MUESTRA EL HEMOCUE) para saber si usted tiene anemia o si está sana. El resultado solo se le entregará en una tarjeta a usted, a nadie más. Usted puede utilizar la tarjeta cuando asista a un servicio de salud y mostrar el resultado. Si la prueba da como resultado que usted tiene anemia, se repetirá la prueba para confirmar el resultado.</p> <p>¿Tiene alguna pregunta?</p> <p>Esta prueba es voluntaria, usted puede decidir si acepta o no acepta la prueba. Usted decide.</p> <p>¿Usted autoriza que se le realice la prueba?</p>				
239	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)	CONCEDIDO 1 NO CONCEDIDO 2 NO PRESENTE U OTRO 3 (PASE A 248 F)		
240	G/DL	G/DL	G/DL		
241	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2		
242	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5		
243	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA		
244	VERIFIQUE LA PREGUNTA 240. SI EL RESULTADO ES MENOR A 12 REPITA LA PRUEBA	SE REPITIÓ PRUEBA 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA 2 (PASE A 248 F)	SE REPITIÓ PRUEBA 1 NO SE REPITIÓ PRUEBA 2 (PASE A 248 F)		
245	G/DL	G/DL	G/DL		
246	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2	MANO DERECHA 1 MANO IZQUIERDA 2		

MEDICIÓN DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS					
No.	MUJER 4	MUJER 5	MUJER 6		
247	INDIQUE DE QUE DEDO OBTUVO LA MUESTRA PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5	PULGAR 1 ÍNDICE 2 MEDIO 3 ANULAR 4 MEÑIQUE 5		
248	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA	REGISTRE LA HORA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA		
248 F	VERIFIQUE 229, 237 Y 239 AL MENOS UN CÓDIGO "1" NINGÚN CÓDIGO "1" (PASE A 251)	AL MENOS UN CÓDIGO "1" NINGÚN CÓDIGO "1" (PASE A 251)	AL MENOS UN CÓDIGO "1" NINGÚN CÓDIGO "1" (PASE A 251)		
249 F	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA MUJER.	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA MUJER.	ANOTE EL NÚMERO DE TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE CADA MUJER.		
250 F	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN DÍA MES AÑO	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN DÍA MES AÑO	ANOTE FECHA DE MEDICIÓN DÍA MES AÑO		
251	REGRESE A 228 EN LA PRÓXIMA COLUMNA DE ESTE CUESTIONARIO O A LA PÁGINA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS MUJERES, PASE A PREGUNTA 252.				
252	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA CÓDIGO	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA CÓDIGO	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA CÓDIGO		
253	No. DE BALANZA No. DE TALLÍMETRO	No. DE BALANZA No. DE TALLÍMETRO	No. DE BALANZA No. DE TALLÍMETRO		
254 V	ESCRIBA LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ANTROPOMETRÍA HORAS MINUTOS				

PARA LLENAR UNA VEZ TERMINADA LA ENTREVISTA

COMENTARIOS ACERCA DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

COMENTARIOS DE PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

OTROS COMENTARIOS:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES DEL EDITOR(A)

NOMBRE DEL EDITOR(A): _____ FECHA: _____