



**COLOMBIA  
PROFAMILIA**

ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA

**ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2005**

**CUESTIONARIO INDIVIDUAL**

**IDENTIFICACIÓN**

1 SEGMENTO No. |\_|\_|\_|

2 VIVIENDA No. |\_|

3 HOGAR |\_|

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

4 DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ |\_|

5 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ |\_|\_|

6 ÁREA: CABECERA MUNICIPAL 1 |  
 RESTO (CENTRO POBLADO) 2  
 RESTO (DISPERSO) 3

7 ÁREA DE MUESTREO |\_|\_|\_|

8 NOMBRE Y No. DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR \_\_\_\_\_ |\_|

CONTROL DE LA ENCUESTA				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA <span style="float: right;"> _ _ _ _ </span> <small>DÍA      MES      AÑO</small>
ENTREVISTADORA				
RESULTADO*				RESULTADO* <span style="float: right;"> </span>
HORA DE INICIO				
HORA TERMINACIÓN				NÚMERO VISITAS <span style="float: right;"> </span>

CÓDIGOS	SUPERVISORA <span style="float: right;"> _ </span> _____	ENTREVISTADORA <span style="float: right;"> _ </span> _____
---------	---	--

* CÓDIGOS DE RESULTADO:	COMPLETA 1	AUSENTE MOMENTÁNEO 3	INCOMPLETA 6
	RECHAZO 2	AUSENTE TEMPORAL 4	OTRO: _____ 7
		AUSENTE NO RECUPERABLE 5	_____

PREG.	SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA		PASE A PREG.
101	ANOTE LA HORA DE INICIACIÓN	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Por cuánto tiempo ha estado Ud. viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL MUNICIPIO DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95	
103	En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	
104	Cuántos años cumplidos tiene Ud.? COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Alguna vez Ud. asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 → 107	
106	Cuál fue el último año de estudios que Ud. aprobó?	NINGUNO..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> PREESCOLAR..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMARIA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> TÉCNICO/TECNOLÓGICO..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> UNIVERSIDAD..... 5 <input type="text"/> <input type="text"/> POSTGRADO..... 6 <input type="text"/> <input type="text"/> → 108	
107	Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FÁCILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 IMPOSIBLE..... 3	
108	VERIFIQUE 104: MENORES DE 25 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> → 201		
109	Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 → 201 NO..... 2	
110	Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUO/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO PASÓ EXÁMENES DE ENTRADA..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS/NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN		PASE A PREG.																											
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los partos que usted ha tenido durante su vida. Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 →	206																											
202	Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	204																											
203	Cuántas hijas viven con usted? Cuántos hijos viven con usted? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... [ ][ ] HIJOS EN CASA..... [ ][ ]																												
204	Usted tiene alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2 →	206																											
205	Cuántas hijas no están viviendo con Ud.? Cuántos hijos no están viviendo con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... [ ][ ] HIJOS FUERA..... [ ][ ]																												
205A	Cuántas hijas viven en el país? Cuántos hijos viven en el país? Cuántos hijos viven en el exterior? Cuántos hijos viven en el exterior? SI NINGUNO ANOTE "00", SI NO SABE ANOTE "98" Y PASE A 206	HIJAS VIVIENDO EN EL PAÍS..... [ ][ ] HIJOS VIVIENDO EN EL PAÍS..... [ ][ ] HIJAS VIVIENDO EN EL EXTERIOR..... [ ][ ] HIJOS VIVIENDO EN EL EXTERIOR..... [ ][ ]																												
205B	VERIFIQUE 205A SI TIENE HIJA(O)S VIVIENDO EN EL EXTERIOR En que país(es) viven?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>HIJAS</th> <th>HIJOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VENEZUELA.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>ESTADOS UNIDOS.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>ESPAÑA.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>ECUADOR.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>PANAMÁ.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>CANADA.....</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>OTRO:..... (ESPECIFIQUE)</td> <td>[ ][ ]</td> <td>[ ][ ]</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		HIJAS	HIJOS	VENEZUELA.....	[ ][ ]	[ ][ ]	ESTADOS UNIDOS.....	[ ][ ]	[ ][ ]	ESPAÑA.....	[ ][ ]	[ ][ ]	ECUADOR.....	[ ][ ]	[ ][ ]	PANAMÁ.....	[ ][ ]	[ ][ ]	CANADA.....	[ ][ ]	[ ][ ]	OTRO:..... (ESPECIFIQUE)	[ ][ ]	[ ][ ]	NO SABE.....	98	98	
	HIJAS	HIJOS																												
VENEZUELA.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
ESTADOS UNIDOS.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
ESPAÑA.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
ECUADOR.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
PANAMÁ.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
CANADA.....	[ ][ ]	[ ][ ]																												
OTRO:..... (ESPECIFIQUE)	[ ][ ]	[ ][ ]																												
NO SABE.....	98	98																												
206	Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: Tuvo usted alguna (otra) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 →	208																											
207	Cuántas hijas han muerto? Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... [ ][ ] HIJOS MUERTOS..... [ ][ ]																												
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS VIVOS ANOTE "00"	TOTAL..... [ ][ ]																												
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en TOTAL [ ][ ] nacidos vivos durante toda su vida. Esto es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO																													
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> →		226																											



212	213	214	215	216	217	218	219	220	220A	221
Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	ANOTE NACIMIENTO ÚNICO O MÚLTIPLE (MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC.)	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?	Está (NOMBRE) aún vivo?	Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	SI ESTA MUERTO: Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI " 1 AÑO " INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)?  ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	SI NACIMIENTO EN ENERO 1999 O DESPUÉS: Cuantos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE) nació?  SI "NO SABE" ANOTE "98"	Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y NOMBRE)?
08 _____ (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT.... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 220A)	DÍAS.... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
09 _____ (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT.... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 220A)	DÍAS.... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
10 _____ (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT.... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 220A)	DÍAS.... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
11 _____ (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT.... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 220A)	DÍAS.... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2

222	Ha tenido usted algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?  (SI LA RESPUESTA ES POSITIVA INCLÚYALO EN EL LISTADO Y HAGA LAS PREGUNTAS RESPECTIVAS)	SI..... 1 NO..... 2
-----	--	------------------------

223	<p>COMPARE 208 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE:</p> <p>NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/>      NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → PRUEBE Y RECONCILIE</p> <p>VERIFIQUE:</p> <p>PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)</p> <p>PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)</p> <p>PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTÓ LA EDAD A LA MUERTE (P.220)</p> <p>PARA EDADES A LA MUERTE 12 MESES O 1 AÑO: SE PROBÓ PARA DETERMINAR EDAD EXACTA DE MESES</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	---	--

224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1999.  SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1999 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES (EL NÚMERO DE MESES DE "E" DEBE SER UNO MENOS QUE EL NÚMERO DE MESES EN QUE EL EMBARAZO TERMINÓ). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".
-----	--

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
226	Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	237
227	Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... [ ][ ]	
228	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
229	Cuando usted quedó embarazada, quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	
230	Se ha hecho control del embarazo?  Si, Si, en dónde?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NINGÚN CONTROL PRENATAL..... 7	234
231	En alguno de sus controles del embarazo, tuvo que pagar por el servicio? SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	233
232	Quién cubrió los costos (parciales o totales) del control del embarazo?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
233	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... [ ][ ]	235
234	Por qué no se ha hecho control del embarazo?  Alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RÉGIMEN SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO).. J ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... K CREÍA QUE NO LO NECESITABA PORQUE HABÍA TENIDO HIJOS SIN PROBLEMA..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
235	Durante este embarazo, ha estado hospitalizada? Si, Si, Cuánto tiempo?	No. DÍAS..... [ ][ ][ ] UN DÍA INCOMPLETO..... 000 NO..... 995	237

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
236	Por qué estuvo hospitalizada?  Alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F AGRESIÓN FÍSICA..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
237	Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino o una muerte fetal o nacido muerto?  Alguno mas?	PÉRDIDA..... A INTERRUPCIÓN/ABORTO..... B EMB. EXTRAUTERINO (MOLA)..... C MUERTE FETAL INTRAUTERINA..... D NO..... E	→ 250
238	Alguna de estas pérdidas de embarazo se debió a violencia de la pareja, de la familia o de otras personas?  Si "SI", El marido, la familia, ambos u otras personas?	SI, MARIDO..... 1 SI, FAMILIA..... 2 SI, AMBOS..... 3 SI, OTROS..... 4 NO..... 5	
239	En qué mes y año ocurrió la última pérdida, aborto, embarazo extrauterino o nacido muerto?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
240	VERIFIQUE 239:  ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DE 1999 O MÁS TARDE <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/>	→ 249
241	Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando tuvo el último de esos embarazos?	MESES..... <input type="text"/>	
242	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
243	Recibió atención por parte de personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, aborto, embarazo extrauterino o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	→ 246 → 247
244	En qué lugar la atendieron?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
245	Cuando usted tuvo la pérdida de ese último embarazo, tuvo que pagar por el servicio donde la atendieron? SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	→ 247
245A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la atención de la pérdida de ese último embarazo?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	→ 247

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.								
246	<p>Por qué no recibió atención por parte del personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, aborto, embarazo extrauterino o nacido muerto?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN... H DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RÉGIMEN SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO).. J ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ..... K OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)									
247	<p>Ha tenido usted otros embarazos que no terminaron en un nacido vivo?</p>	SI..... 1 NO..... 2	250								
248	<p>PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO, POSTERIOR A ENERO DE 1999. PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TUVO LA PÉRDIDA Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.</p>										
249	<p>DILIGENCIE LAS CASILLAS QUE APARECEN AL FINAL DEL CALENDARIO EN LA MARGEN IZQUIERDA CON EL MES Y EL AÑO DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO NO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1999</p>										
250	<p>Cuándo empezó su última regla o menstruación?</p> <p>_____</p> <p>FECHA, SI LA DA</p> <p>INDAGUE: Cuánto tiempo hace que tuvo su última regla?</p>	HACE: DÍAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 HISTERECTOMIZADA..... 993 MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996									
251	<p>Cree Ud. que hay ciertos días entre una menstruación y otra, en que una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	301								
252	<p>Los días de mayor posibilidad de quedar embarazada son: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine o entre una menstruación y otra?</p>	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 JUSTO DESPUÉS DE QUE TERMINE LA MENSTRUACIÓN..... 3 ENTRE UNA MENSTRUACIÓN Y OTRA..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8									

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.

ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.  
 PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN Y PREGUNTE 301. ENCIERRE EL CÓDIGO 2 SI EL MÉTODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE CÓDIGO 3 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.  
 LUEGO PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE O RECONOCIDO.

301	Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?	Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?		302 Ha usado alguna vez el (la) (MÉTODO)?
		SI	NO	
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	1	2	Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMÍA o desconexión del hombre)	1	2	Su esposo (compañero) se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" de cobre).	1	2	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE) Las mujeres pueden mandarse colocar por un doctor o enfermera, tres cápsulas (Jadelle) o seis cápsulas (Norplant) en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2	Su esposo/compañero ha usado alguna vez condón? SI..... 1 NO..... 2
08	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma, c crema dentro de ellas antes de la relación.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
09	MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	1	2	
10	ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
11	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
12	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
13	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	3 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2
303	VERIFIQUE 302:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/> </div> </div>	<input type="checkbox"/> → PASE A 308		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
304	Ha usado Ud. o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	307
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
306	PASE A _____		343
307	Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 302 - 303 ( Y 301 SI ES NECESARIO)		
308	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que Ud. hizo algo o usó un método para evitar quedar embarazada. Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía Ud. en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		313
310	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2, 8      226=1	328
311	Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	328
312	Qué método están usando ustedes? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE PARA EL QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES(NORPLANT/JADELLE)..... F CONDÓN..... G ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGIN)..... H AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... I ABSTINENCIA PERIÓDICA (RITMO)..... J RETIRO..... K OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	314 322
313	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
314	En qué sitio tuvo lugar la esterilización?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
315	En qué mes y año la(lo) operaron?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
316	VERIFIQUE 315: LA(O) ESTERILIZARON EN 1999 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> LA(O) ESTERILIZARON ANTES DE 1999 <input type="checkbox"/>		319
317	Cuando Ud. (o su esposo) se mandó esterilizar, tuvo que pagar por el servicio?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3 NO SABE..... 8	319 319

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
318	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la esterilización?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
319	<p>VERIFIQUE 312:</p> <p>SI ESTÁN MARCADOS "A" Y "B", LAS PREGUNTAS 319-321 SE HACEN ÚNICAMENTE PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA</p> <p>SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/></p> <p>Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podía tener (más) hijos a causa de esta operación?</p> <p>Antes de la operación de esterilización le dijeron a su marido/compañero que no podía tener (más) hijos a causa de esta operación?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
320	Ud. se ha arrepentido de haber sido operada (que su esposo haya sido operado) para no tener más hijos?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 326</p>	
321	Por qué está arrepentida de haber sido operada (que su esposo haya sido operado)?	<p>DESEA OTRO HIJO..... 1</p> <p>COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 2</p> <p>EFECTOS COLATERALES..... 3</p> <p>NIÑO MURIÓ..... 4</p> <p>OTRA RAZÓN: _____ 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	→ 326
322	<p>VERIFIQUE 312 SOBRE MÉTODO USADO</p> <p>En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
323	<p>VERIFIQUE 312:</p> <p>312=C, E, G, H</p> <p>USUARIAS DE PÍLDORA, INYECCIÓN, VAGINALES O CONDÓN <input type="checkbox"/></p>	<p>312=J</p> <p>USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA <input type="checkbox"/> → 325</p> <p>USUARIAS DE DIU, NORPLANT, JADELLE, LACTANCIA, RETIRO, OTRO <input type="checkbox"/> → 326</p> <p>312=D, F, I, K, X</p>	
324	<p>Cuál es la marca de (PÍLDORA/INYECCIÓN/VAGINALES/CONDÓN) que está usando?</p> <p>(MUESTRE ÁLBUM DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)</p>	<p>a. PÍLDORA: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. INYECCIÓN: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c. VAGINALES: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d. CONDÓN: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 326
325	Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales para no quedar en embarazo?	<p>CON BASE EN EL CALENDARIO..... 1</p> <p>CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 2</p> <p>CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 3</p> <p>CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 4</p> <p>NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 5</p> <p>OTRO: _____ 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																																								
334	VERIFIQUE 329:  PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE)..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES).... 08	341																																																																								
335	Dónde obtuvo usted (MÉTODO), la última vez?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 06 SUPERMERCADO/TIENDA..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98																																																																									
336	Cuando usted obtuvo el método, tuvo que pagar?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	337																																																																								
336A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) del método anticonceptivo?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8																																																																									
337	VERIFIQUE 334:  USUARIA DE DIU, NORPLANT O JADELLE	CONDÓN <input type="checkbox"/> → 346 OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/> → 340	346 340																																																																								
338	Ud. ha ido a consulta de control del DIU/NORPLANT/JADELLE?	SI..... 1 NO..... 2	340																																																																								
339	Cuántos controles se ha hecho desde ENERO de 2003 hasta la fecha?	NÚMERO..... <input type="text"/>																																																																									
340	Dónde le prescribieron el método la última vez?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 06 SUPERMERCADO/TIENDA..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	346																																																																								
341	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el (MÉTODO) la última vez.  En una escala de "Excelente", "Bueno", "Regular", o "Malo", cómo le pareció:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EXCELENTE</th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> <th>NO APLICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. El horario de atención?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. La orientación sobre métodos de planificación familiar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. La información recibida sobre el método prescrito?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. La comodidad de la sala de espera?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. La limpieza de la sala de espera?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. El tiempo de espera?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. El trato del personal administrativo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. El trato del personal de enfermería?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. El trato del médico(a)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. Las explicaciones del médico?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. El grado de privacidad en la atención?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	NO APLICA	a. El horario de atención?.....	1	2	3	4	8	b. La orientación sobre métodos de planificación familiar?.....	1	2	3	4	8	c. La información recibida sobre el método prescrito?.....	1	2	3	4	8	d. La comodidad de la sala de espera?.....	1	2	3	4	8	e. La limpieza de la sala de espera?.....	1	2	3	4	8	f. El tiempo de espera?.....	1	2	3	4	8	g. El trato del personal administrativo?.....	1	2	3	4	8	h. El trato del personal de enfermería?.....	1	2	3	4	8	i. El trato del médico(a)?.....	1	2	3	4	8	j. Las explicaciones del médico?.....	1	2	3	4	8	k. El grado de privacidad en la atención?.....	1	2	3	4	8	
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	NO APLICA																																																																						
a. El horario de atención?.....	1	2	3	4	8																																																																						
b. La orientación sobre métodos de planificación familiar?.....	1	2	3	4	8																																																																						
c. La información recibida sobre el método prescrito?.....	1	2	3	4	8																																																																						
d. La comodidad de la sala de espera?.....	1	2	3	4	8																																																																						
e. La limpieza de la sala de espera?.....	1	2	3	4	8																																																																						
f. El tiempo de espera?.....	1	2	3	4	8																																																																						
g. El trato del personal administrativo?.....	1	2	3	4	8																																																																						
h. El trato del personal de enfermería?.....	1	2	3	4	8																																																																						
i. El trato del médico(a)?.....	1	2	3	4	8																																																																						
j. Las explicaciones del médico?.....	1	2	3	4	8																																																																						
k. El grado de privacidad en la atención?.....	1	2	3	4	8																																																																						



401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/> → PASE A 555	
402	ANOTE EN LA TABLA EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1999. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIMIENTO (SI HAY MÁS DE DOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL).  Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de todos sus hijos nacidos en los últimos cinco años. (Hablemos de cada uno de ellos, uno a uno).		
403	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
404	DE LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE) DE LA PREGUNTA 216 (SI ESTA VIVO O MUERTO)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
406	Cuando Ud. quedó embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada en ese momento, quería tenerlo más tarde o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 408) ← MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 (PASE A 408) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 443) ← MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 (PASE A 443) ←
407	Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998
408	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)?  SI SI, Con quién se chequeó? Se chequeó con alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL..... Y (PASE A 419) ←	
409	Dónde tuvo lugar la atención prenatal?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
410	En alguno de sus controles prenatales, tuvo que pagar por el servicio?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 411) ← SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	
410A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la atención prenatal?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
411	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
412	Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																										
413	VERIFIQUE 412: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> (PASE A 416)	MAS DE UNA VEZ O NS/NR <input type="checkbox"/>																										
414	Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																											
416	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente: a. La pesaron? b. Le midieron la altura uterina ? c. Le tomaron la presión arterial? d. Le pidieron una muestra de orina? e. Le tomaron una muestra de sangre? f. Le ordenaron una prueba de SIDA?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALTURA UTERINA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE ORINA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE SANGRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA DE SIDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	PESO.....	1	2	ALTURA UTERINA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	MUESTRA DE ORINA.....	1	2	MUESTRA DE SANGRE.....	1	2	PRUEBA DE SIDA.....	1	2						
	SI	NO																											
PESO.....	1	2																											
ALTURA UTERINA.....	1	2																											
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																											
MUESTRA DE ORINA.....	1	2																											
MUESTRA DE SANGRE.....	1	2																											
PRUEBA DE SIDA.....	1	2																											
417	Le explicaron acerca de las complicaciones físicas y de los cambios emocionales que se pueden presentar en el embarazo?  Si "SI" PREGUNTE: Acerca de las complicaciones físicas o acerca de los cambios emocionales?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>COMPLICACIONES FÍSICAS.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>CAMBIOS EMOCIONALES.....</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA.....</td> <td style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA.....</td> <td style="text-align: center;">Z</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(PASE A 420) ←</p>	COMPLICACIONES FÍSICAS.....	A	CAMBIOS EMOCIONALES.....	B	NINGUNA.....	C	NO RECUERDA.....	Z																			
COMPLICACIONES FÍSICAS.....	A																												
CAMBIOS EMOCIONALES.....	B																												
NINGUNA.....	C																												
NO RECUERDA.....	Z																												
418	Le dijeron a dónde ir si llegaba a presentar estas complicaciones o cambios emocionales?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(PASE A 420) ←</p>	SI.....	1	NO.....	2	NO RECUERDA.....	8																					
SI.....	1																												
NO.....	2																												
NO RECUERDA.....	8																												
419	Por qué no se hizo control del embarazo?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>DEMASIADO LEJOS.....</td><td style="text-align: center;">A</td></tr> <tr><td>MUY COSTOSO.....</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td>INSEGURIDAD.....</td><td style="text-align: center;">C</td></tr> <tr><td>MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS.....</td><td style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS.....</td><td style="text-align: center;">E</td></tr> <tr><td>PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA.....</td><td style="text-align: center;">F</td></tr> <tr><td>NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN.....</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN.....</td><td style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS.....</td><td style="text-align: center;">I</td></tr> <tr><td>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO).....</td><td style="text-align: center;">J</td></tr> <tr><td>ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ.....</td><td style="text-align: center;">K</td></tr> <tr><td>CREÍA QUE NO NECESITABA PORQUE HABÍA TENIDO HIJOS SIN PROBL.....</td><td style="text-align: center;">L</td></tr> <tr><td>OTRO: _____</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	DEMASIADO LEJOS.....	A	MUY COSTOSO.....	B	INSEGURIDAD.....	C	MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS.....	D	NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS.....	E	PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA.....	F	NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN.....	G	HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN.....	H	DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS.....	I	NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO).....	J	ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ.....	K	CREÍA QUE NO NECESITABA PORQUE HABÍA TENIDO HIJOS SIN PROBL.....	L	OTRO: _____	X	
DEMASIADO LEJOS.....	A																												
MUY COSTOSO.....	B																												
INSEGURIDAD.....	C																												
MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS.....	D																												
NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS.....	E																												
PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA.....	F																												
NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN.....	G																												
HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN.....	H																												
DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS.....	I																												
NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO).....	J																												
ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ.....	K																												
CREÍA QUE NO NECESITABA PORQUE HABÍA TENIDO HIJOS SIN PROBL.....	L																												
OTRO: _____	X																												
420	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(PASE A 422) ←</p>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																					
SI.....	1																												
NO.....	2																												
NO SABE.....	8																												
421	Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?  <b>ESCRIBA 7 SI SON 7 O MÁS DOSIS</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VECES/DOSIS.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE/NO RECUERDA.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	VECES/DOSIS.....	<input type="text"/>	NO SABE/NO RECUERDA.....	8																							
VECES/DOSIS.....	<input type="text"/>																												
NO SABE/NO RECUERDA.....	8																												
422	Durante este embarazo, tomó hierro?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(PASE A 424) ←</p>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																					
SI.....	1																												
NO.....	2																												
NO SABE.....	8																												
423	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó hierro?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>NÚMERO DE MESES.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE/NO RECUERDA.....</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </tbody> </table>	NÚMERO DE MESES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	NO SABE/NO RECUERDA.....	98																							
NÚMERO DE MESES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>																												
NO SABE/NO RECUERDA.....	98																												

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE _____
424	Durante este embarazo, tomó suplementos de calcio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←			
425	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó suplementos de calcio?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98			
426	Durante este embarazo tomó ácido fólico u otras vitaminas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 428) ←			
427	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó ácido fólico u otras vitaminas?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98			
428	Durante este embarazo, usted tuvo dificultad con su visión durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
429	Durante este embarazo, usted consumió bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431) ←			
430	Cuántos tragos se tomaba a la semana?	No. DE TRAGOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
431	Durante este embarazo, usted fumó?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←			
432	Cuántos cigarrillos se fumaba al día?	No. DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
433	Durante este embarazo, Ud. consumió sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis, etc.,?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8 (PASE A 436) ←			
434	Qué sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis consumió?  Alguna otra sustancia? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MARIHUANA..... A BAZUCO..... B COCAÍNA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)			
435	Con qué frecuencia consumió la sustancia que más consumió?	DIARIO..... 1 SEMANTAL..... 2 QUINCENAL..... 3 MENSUAL..... 4 DE VEZ EN CUANDO..... 5 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... 8			
436	Durante este embarazo, tomó alguna droga contra el paludismo o la malaria?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 438) ←			
437	Qué droga fue esa?  Alguna otra droga?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE
438	Durante el embarazo de (NOMBRE), estuvo hospitalizada?  Si, Si, Cuánto tiempo?	MENOS DE 1 DÍA..... 000 No. DÍAS..... NO.....995 (PASE A 440)			
439	Por qué estuvo hospitalizada?  Alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F VIOLENCIA INTRAFAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)			
440	Dónde tuvo lugar el parto?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROPIO HOGAR / OTRO HOGAR..... 5 (PASE A 444) OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)			
441	Quando usted tuvo el parto, tuvo que pagar por el servicio?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 443) SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3			
442	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la atención del parto?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8			
443	(NOMBRE) nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 445)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 445)	
444	Por qué no tuvo el parto en algún hospital o servicio de salud?  Alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... H ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... I RAZONES CULTURALES..... J OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)			
445	Quién le atendió el parto de (NOMBRE)?  Alguien más?  TRATE DE CONSEGUIR EL TIPO DE PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D PARIENTE/AMIGA..... E OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y		MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D PARIENTE/AMIGA..... E OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO																											
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>																											
		NOMBRE _____	NOMBRE _____																											
446	<p>En el momento del nacimiento de (NOMBRE), usted tuvo alguna de las siguientes complicaciones:</p> <p>a. Labor prolongada, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas?</p> <p>b. Sangrado excesivo después del parto?</p> <p>c. Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal?</p> <p>d. Convulsiones no causadas por fiebre?</p> <p>e. Alguna otra complicación? Si "SI", Qué tipo de complicación?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LABOR PROLONGADA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANGRADO EXCESIVO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FIEBRE CON SANGRADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	LABOR PROLONGADA.....	1	2	SANGRADO EXCESIVO.....	1	2	FIEBRE CON SANGRADO.....	1	2	CONVULSIONES.....	1	2	OTRA: _____	1	2										
	SI	NO																												
LABOR PROLONGADA.....	1	2																												
SANGRADO EXCESIVO.....	1	2																												
FIEBRE CON SANGRADO.....	1	2																												
CONVULSIONES.....	1	2																												
OTRA: _____	1	2																												
447	A (NOMBRE) lo pesaron cuando nació?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ←																											
448	Cuánto pesó (NOMBRE)?  SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNET DE NACIMIENTO	GRAMOS DEL CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 99998	GRAMOS DEL CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998																											
449	A (NOMBRE) lo midieron cuando nació?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 451) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454) ←																											
450	Cuánto midió (NOMBRE) al nacer?	CENTÍMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	CENTÍMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 98																											
451	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, tuvo usted alguno de los siguientes problemas:	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Sangrado intenso de la vagina?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Desmayo o pérdida de conciencia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Infección de los senos?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Dolor y ardor al orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Flujos o líquidos vaginales?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g. Pérdida involuntaria de orina?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. Depresión postparto?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. Sangrado intenso de la vagina?	1	2	b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1	2	c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1	2	d. Infección de los senos?	1	2	e. Dolor y ardor al orinar?	1	2	f. Flujos o líquidos vaginales?	1	2	g. Pérdida involuntaria de orina?	1	2	h. Depresión postparto?	1	2	
	SI	NO																												
a. Sangrado intenso de la vagina?	1	2																												
b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1	2																												
c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1	2																												
d. Infección de los senos?	1	2																												
e. Dolor y ardor al orinar?	1	2																												
f. Flujos o líquidos vaginales?	1	2																												
g. Pérdida involuntaria de orina?	1	2																												
h. Depresión postparto?	1	2																												
452	VERIFIQUE 451:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 454)																												
453	Cuando tuvo esa(s) complicacion(es) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2																												
454	Tuvo Ud. algún control médico después del parto de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 459) ←	SI..... 1 NO..... 2																											
455	A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo lugar el primer control?	DÍAS DESPUÉS NAC..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS NAC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998																												
456	Quién chequeó su salud en ese momento?  Se chequeó con alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)																												

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
457	Dónde tuvo lugar este chequeo?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 1 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.... 2 CENTRO DE EPS/ARS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)			
458	Quando Ud. se hizo el chequeo, tuvo que pagar por el servicio?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 460) ← SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3			
458A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) del chequeo?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTA AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←			
459	Por qué no se hizo control después del parto?  Por alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MEDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS.... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... J ESPOSO/COMP. NO LA DEJO ..... K OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)			
460	Le ha vuelto la regla (el período) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 462) ← NO..... 2 (PASE A 463) ←			
461	Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?			SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 465) ←	
462	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98		MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
463	VERIFIQUE 226:  ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 NO EMBARAZADA 226=1,8 EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 465)			
464	Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ←			
465	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98		MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	

SECCIÓN 4B. REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO, CRECIMIENTO Y DESARROLLO					
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
466	A usted le dieron el certificado de nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
467	El nacimiento de (NOMBRE) fue registrado?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 469) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 469) ←	
468	En qué lugar fue registrado (NOMBRE)?	REGISTRADURIA..... 1 NOTARIA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICÍA..... 3 CORREGIDURIA..... 4 CONSULADO..... 5 OTRO:..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 471) ←		REGISTRADURIA..... 1 NOTARIA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICÍA..... 3 CORREGIDURIA..... 4 CONSULADO..... 5 OTRO:..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 471) ←	
469	Por qué no ha registrado el nacimiento de (NOMBRE)?	CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 PADRE LA ABANDONÓ/ESTÁ AUSENTE/ NO HA QUERIDO RECONOCERLO..... 03 PADRES NO TIENEN PAPELES..... 04 FALTA DE TIEMPO..... 05 PROBLEMAS DE LA NOTARÍA..... 06 NIÑO MUY PEQUEÑO..... 07 NIÑO MURIO..... 08 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE DONDE SE REGISTRA..... 98		CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 PADRE LA ABANDONÓ/ESTÁ AUSENTE/ NO HA QUERIDO RECONOCERLO..... 03 PADRES NO TIENEN PAPELES..... 04 FALTA DE TIEMPO..... 05 PROBLEMAS DE LA NOTARÍA..... 06 NIÑO MUY PEQUEÑO..... 07 NIÑO MURIO..... 08 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE DONDE SE REGISTRA..... 08	
470	Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
471	VERIFIQUE 404: NINO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 478)		VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 478)	
472	(NOMBRE) está inscrito en el Programa de Crecimiento y Desarrollo o control del niño sano?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 478) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 478) ←	
473	Tiene usted el carnet del Programa de Crecimiento y Desarrollo de (NOMBRE)? Si "SI", me permite verlo por favor?	SI, VISTO..... 1 SI, NO VISTO..... 2 SIN CARNET..... 3		SI, VISTO..... 1 SI, NO VISTO..... 2 SIN CARNET..... 3	
474	Hace cuánto tiempo fue la última vez que (NOMBRE) asistió a consulta de control o valoración de crecimiento y desarrollo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> (PASE A 476) ← NUNCA HA ASISTIDO..... 995 (PASE A 478) ← NO SABE..... 998		MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> (PASE A 476) ← NUNCA HA ASISTIDO..... 995 (PASE A 478) ← NO SABE..... 998	
475	Cuántas veces en los últimos 12 meses (NOMBRE) asistió a consultas de control o valoración de crecimiento y desarrollo?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>		NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	
476	Durante los controles (NOMBRE) recibió algún medicamento para los parásitos intestinales o lombrices?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
477	Durante los controles (NOMBRE) recibió algún complemento vitamínico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
478		VAYA A 406 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 479		VAYA A 406 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 479	

SECCIÓN 4C. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

479	<p>VERIFIQUE 215: AÑO DE NACIMIENTO ÚLTIMO NIÑO NACIDO VIVO MENOR DE 5 AÑOS</p> <p>ÚLTIMO NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/></p> <p>NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/> → 501</p>									
480	<p>ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1999. HAGA LAS PREGUNTAS PARA ESTE NACIMIENTO. SI SON GEMELOS O MELLIZOS HAGA LAS PREGUNTAS PARA LOS DOS NIÑOS</p>									
481	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212</th> <th>ÚLTIMO NACIDO VIVO</th> <th>GEMELO/MELLIZO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOMBRE <input type="text"/></td> <td>NOMBRE <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO								
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>								
	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>								
482	<p>Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?</p> <p>SI..... 1 (PASE A 484) ←</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1 (PASE A 484) ←</p> <p>NO..... 2</p>								
483	<p>Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?</p> <p>MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 493) ←</p>	<p>MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 493) ←</p>								
484	<p>Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho?</p> <p>SI MENOS DE UNA HORA, MARQUE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.</p> <p>MENOS DE UNA HORA.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/></p>	<p>INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/></p>								
485	<p>En los primeros 3 días después del parto, alguien le dio a (NOMBRE) algo para beber, distinto a la leche materna o calostro?</p> <p>SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 486A) ←</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 486A) ←</p>								
486	<p>Qué bebida le dieron a (NOMBRE) distinto a la leche materna o calostro?</p> <p>Algo más?</p> <p>MARQUE TODOS LOS LÍQUIDOS QUE MENCIONE</p> <p>LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA,SAL,AZÚCAR). F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA,SAL,AZÚCAR). F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)</p>								
486A	<p>VERIFIQUE 471:</p> <p>NINO VIVO?</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 491)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 491)</p>								
487	<p>Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?</p> <p>SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 491) ←</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 491) ←</p>								
488	<p>Cuántas veces le dió pecho (leche materna) a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 a.m a 6 p.m)?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO</p> <p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/></p>	<p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/></p>								
489	<p>Cuántas veces le dió pecho (leche materna) a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy (6 p.m a 6 a.m)?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO</p> <p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/></p>	<p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/></p>								

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
490	Se le ha presentado algún problema para amamantar a (NOMBRE)?  Si, SiCuál?	MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 1 PROBLEMA DE PEZÓN..... 2 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 3 ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO HA TENIDO PROBLEMAS..... 7 (PASE A 493) ←	MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 1 PROBLEMA DE PEZÓN..... 2 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 3 ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO HA TENIDO PROBLEMAS..... 7 (PASE A 493) ←
491	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle pecho (leche materna) completamente?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
492	Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DÉBIL..... 01 MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 02 NIÑO ENFERMO/DÉBIL..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 05 PROBLEMA PEZÓN..... 06 SE LE ACABÓ LA LECHE..... 07 MADRE TRABAJANDO..... 08 NIÑO REHUSÓ..... 09 EDAD DE DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEPTIVOS.. 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DÉBIL..... 01 MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 02 NIÑO ENFERMO/DÉBIL..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 05 PROBLEMA PEZÓN..... 06 SE LE ACABÓ LA LECHE..... 07 MADRE TRABAJANDO..... 08 NIÑO REHUSÓ..... 09 EDAD DE DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEPTIVOS.. 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
493	Usted recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 495) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 495) ←
494	En qué lugar recibió la capacitación?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 ICBF..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 496) ←	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 ICBF..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 496) ←
495	Por qué no recibió usted capacitación sobre lactancia materna?  Por alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	YA SABÍA SOBRE LACTANCIA..... A DEMASIADO LEJOS..... B MUY COSTOSO..... C INSEGURIDAD..... D PERSONAL LA MALTRATA..... E NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... F HORARIOS NO LE SIRVEN..... G NO SABÍA SOBRE LA CHARLA..... H ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... I NO TENIA QUIÉN CUIDARA LOS NIÑOS J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	YA SABÍA SOBRE LACTANCIA..... A DEMASIADO LEJOS..... B MUY COSTOSO..... C INSEGURIDAD..... D PERSONAL LA MALTRATA..... E NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... F HORARIOS NO LE SIRVEN..... G NO SABÍA SOBRE LA CHARLA..... H ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... I NO TENIA QUIÉN CUIDARA LOS NIÑOS J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)
496	VERIFIQUE 215: AÑO DE NACIMIENTO	2001 O DESPUES    ANTES DE 2001 <input type="text"/> <input type="text"/> ↓                                      ↓ (PASE A 501)                      (PASE A 501)	2001 O DESPUES    ANTES DE 2001 <input type="text"/> <input type="text"/> ↓                                      ↓ (PASE A 501)                      (PASE A 501)
497	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez líquidos como agua, jugo, caldo u otra leche distinta a leche materna?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 501) ← NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 501) ← NO SABE/NO RECUERDA..... 98

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
498	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez alimentos sólidos como: papilla, puré, compota o sopa espesa?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 499A) ← NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 499A) ← NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez seco y alimentos sólidos?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO/ NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499A	<b>VERIFIQUE 471:</b>  NINO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 501)
499B	Cuántas veces le dio de comer algo distinto a pecho (leche materna) a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 a.m. a 6 p.m.)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499C	Cuántas veces le dio de comer algo distinto a pecho (leche materna) a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy (6 p.m a 6 a.m.)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499D	Las comidas que se hacen exclusivamente para (NOMBRE) se preparan para todo el día o cada vez que va a comer?	PARA TODO EL DÍA..... 1 CADA VEZ QUE VA A COMER..... 2 UNAS PARA EL DÍA, OTRAS CADA VEZ.. 3 NO LE PREPARAN EXCLUSIVAMENTE... 4 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	PARA TODO EL DÍA..... 1 CADA VEZ QUE VA A COMER..... 2 UNAS PARA EL DÍA, OTRAS CADA VEZ.. 3 NO LE PREPARAN EXCLUSIVAMENTE.. 4 NO SABE/NO RECUERDA..... 8
499E	En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
499F	Alguien acompaña a (NOMBRE) cuando come?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
499G	Qué precauciones higiénicas o sanitarias acostumbra tener usted cuando prepara los alimentos para (NOMBRE)?	SE LAVA LAS MANOS..... A LAVA LOS UTENSILIOS..... B PRINGA O LAVA LOS UTENSILIOS..... C OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO HACE NADA..... Y NO PREPARA ALIMENTOS PARA EL NIÑO..... Z	SE LAVA LAS MANOS..... A LAVA LOS UTENSILIOS..... B PRINGA O LAVA LOS UTENSILIOS..... C OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO HACE NADA..... Y NO PREPARA ALIMENTOS PARA EL NIÑO..... Z

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO			GEMELO/MELLIZO		
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>			NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>		
		NOMBRE _____			NOMBRE _____		
499H	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos, alimentos y comidas preparadas, incluyendo papillas y sopas, que (NOMBRE) consumió en las últimas 24 horas y en los últimos 7 días. PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO "A" . HAGA LA PREGUNTA "B", PARA LOS ALIMENTOS CON "0" EN LA COLUMNA A.	<b>A</b> Durante las últimas 24 horas le dio a (NOMBRE):  Si, SI cuántas veces le dio (ALIMENTO):	<b>B</b> Durante los últimos 7 días le dio a (NOMBRE):  SI NO NS	<b>A</b> Durante las últimas 24 horas le dio a (NOMBRE):  Si, SI cuántas veces le dio (ALIMENTO):	<b>B</b> Durante los últimos 7 días le dio a (NOMBRE):  SI NO NS		
	a. Agua sola?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	b. Leche en polvo para bebé?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	c. Cualquier otra leche?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	d. Jugo de frutas?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	e. Chocolate y agua de panela?.....	<input type="text"/>	1 2 8				
	f. Otro líquido como té, café, caldo, aromática, gaseosa?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	g. Queso, kumis, yogurt?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	h. Huevo?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	i. Carne, vísceras, salchicha, cerdo, chivo?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	j. Pollo, pescado, mariscos, atún, sardinas?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	k. Cereales (arroz, maíz, trigo, pan, pastas, arepa, galleta, avena, cebada)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	l. Granos secos (frijol, arveja, garbanzo, lenteja, soya, maní, habas)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	m. Tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha, plátano)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	n. Verdura amarilla o verde oscura (ahuyama, acelga, zanahoria, espinaca, tomate)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	o. Otras verduras (lechuga, arveja verde, cubios, habichuela, brócoli)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	p. Frutas amarillas maduras (mango, papaya, zapote, durazno, chontaduro)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	q. Otras frutas (guayaba, naranja, granadilla, manzana, banano)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	r. Alimentos fritos en aceite o grasa?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	s. Dulces?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	t. Bienestarina?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		
	u. Complemento alimenticio fortificado (harina de siete granos y otros ejemplos)?.....	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8		

SECCIÓN 5: INMUNIZACIÓN Y SALUD

501	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1999. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL).		
502	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
503	DE 212, ANOTE EL NOMBRE  DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____  VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 555)	NOMBRE _____  VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 555)
504	Tiene usted el carnet (tarjeta) de vacunación de (NOMBRE)?  Me permite verlo por favor?	SI, VISTO..... 1 (PASE A 506) ←  SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 508) ←  SIN CARNET..... 3	SI, VISTO..... 1 (PASE A 506) ←  SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 508) ←  SIN CARNET..... 3
505	Tuvo usted alguna vez un carnet de vacunación para (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 508) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 508) ←
506	1) COPIE DEL CARNET LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA  2) <b>ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI EL CARNET MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA PERO NO HAY FECHAS O SI LA FECHA ES ANTERIOR AL NACIMIENTO. SI HAY FECHAS PARA "DPT" Y HAY EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO RECIBIO "POLIO" (RECIBIO GOTITAS EN LA BOCA), UTILICE LAS MISMAS FECHAS QUE PARA "DPT".</b>		
		DÍA    MES    AÑO	DÍA    MES    AÑO
	BCG	BCG <input type="text"/>	BCG <input type="text"/>
	POLIO 0 (Recién nacido)	P0 <input type="text"/>	P0 <input type="text"/>
	POLIO 1	P1 <input type="text"/>	P1 <input type="text"/>
	POLIO 2	P2 <input type="text"/>	P2 <input type="text"/>
	POLIO 3	P3 <input type="text"/>	P3 <input type="text"/>
	PENTAVALENTE 1	PV1 <input type="text"/>	PV1 <input type="text"/>
	PENTAVALENTE 2	PV2 <input type="text"/>	PV2 <input type="text"/>
	PENTAVALENTE 3	PV3 <input type="text"/>	PV3 <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B0 (Recién nacido)	B0 <input type="text"/>	B0 <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B1	B1 <input type="text"/>	B1 <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B2	B2 <input type="text"/>	B2 <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B3	B3 <input type="text"/>	B3 <input type="text"/>
	DPT 1	D1 <input type="text"/>	D1 <input type="text"/>
	DPT 2	D2 <input type="text"/>	D2 <input type="text"/>
	DPT 3	D3 <input type="text"/>	D3 <input type="text"/>
	SARAMPIÓN	S <input type="text"/>	S <input type="text"/>
	TRIPLE VIRAL (MMR)	T <input type="text"/>	T <input type="text"/>
	ANTIHEMOPHILUS HiB 1	H1 <input type="text"/>	H1 <input type="text"/>
	ANTIHEMOPHILUS HiB 2	H2 <input type="text"/>	H2 <input type="text"/>
	ANTIHEMOPHILUS HiB 3	H3 <input type="text"/>	H3 <input type="text"/>
	FIEBRE AMARILLA	FA <input type="text"/>	FA <input type="text"/>

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
507	(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en este carnet, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña de vacunación?  MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, SARAMPIÓN, TRIPLE VIRAL, ANTIHEPATITIS B (0-3), ANTIHEMOPHILUS Y/O PENTAVALENTE.	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) (PASE A 525) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) (PASE A 525) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	
508	Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 526) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 526) ←	
509	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  La vacuna <b>BCG</b> contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
510	(NOMBRE) recibió una vacuna contra el <b>POLIO</b> , esto es gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513) ←	
511	Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el <b>POLIO</b> : cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	
512	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra el <b>POLIO</b> ?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	
513	(NOMBRE) recibió la vacuna <b>PENTAVALENTE</b> , que protege contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y hemófilos influenza y que es una inyección que se coloca en el muslo y cada vez le dan gotas de polio (2-4-6 meses)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 515) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 515) ←	
514	Cuántas veces le dieron la vacuna <b>PENTAVALENTE</b> a (NOMBRE)?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	
515	(NOMBRE) recibió una vacuna contra la <b>HEPATITIS B</b> que es una inyección que se pone en las nalgas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 518) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 518) ←	
516	Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la <b>HEPATITIS B</b> : cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	
517	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra la <b>HEPATITIS B</b> ?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	
518	Recibió la vacuna <b>DPT</b> , que es una inyección contra la tosferina, tétanos y difteria que se pone en las nalgas cada vez que le dan las gotitas de polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 520) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 520) ←	
519	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la <b>DPT</b> ?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	
520	(NOMBRE) recibió una inyección contra el <b>SARAMPION</b> ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO																		
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	<input type="text"/>																	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____																		
521	(NOMBRE) recibió la vacuna <b>TRIPLE VIRAL</b> contra sarampión, rubéola y parotiditis, que es una inyección que se pone en el brazo izquierdo?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
522	(NOMBRE) recibió la vacuna <b>ANTIHEMOFILUS</b> , que es para evitar el virus causante de neumonía y meningitis?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
		(PASE A 524) ←		(PASE A 524) ←																		
523	Cuántas veces recibió (NOMBRE) la vacuna <b>ANTIHEMOFILUS</b> ?	No. DE VECES..... <input type="text"/>		No. DE VECES..... <input type="text"/>																		
524	Recibió la vacuna contra la <b>FIEBRE AMARILLA</b> , que es una enfermedad viral del hígado transmitida por mosquitos?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
525	Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante el último año fueron parte de alguna campaña de vacunación?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
526	(NOMBRE) ha tenido fiebre en los últimos 15 días, o sea desde. . . hasta ayer?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
		(PASE A 529) ←		(PASE A 529) ←																		
527	Tomó (NOMBRE) alguna droga contra la fiebre?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															
		(PASE A 529) ←		(PASE A 529) ←																		
528	Qué drogas tomó (NOMBRE)?  Alguna otra droga?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A	AMODIAQUINA..... B	SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C	PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D	ASPIRINA..... E	ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F	IBUPROFENO (ADVIL)..... G	OTRA: _____ X	(ESPECIFIQUE)	NO SABE..... Z	CLOROQUINA (ARALEN)..... A	AMODIAQUINA..... B	SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C	PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D	ASPIRINA..... E	ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F	IBUPROFENO (ADVIL)..... G	OTRA: _____ X	(ESPECIFIQUE)	NO SABE..... Z	
529	En los últimos 15 días (NOMBRE) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias:  a. Tos?..... b. Nariz tapada/moco líquido?..... c. Dolor de garganta?..... d. Ronquera?..... e. Dificultad para tragar o alimentarse?..... f. Dolor de oídos o secreciones del oído?..... g. Respiración corta y rápida?..... h. Respiración difícil?..... i. Labios azules o morados?..... j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS
		1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8
530	En los últimos 15 días (NOMBRE) tuvo algún otro malestar o dolencia?	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8	SI..... 1	NO..... 2	NO SABE..... 8															

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
531	VERIFIQUE 526, 529 Y 530: SI HAY ALGÚN "SI" EN FIEBRE, TOS U OTRO MALESTAR?	"SI" EN 526, 529 O EN 530 <input type="checkbox"/>	OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 536)	"SI" EN 526, 529 O EN 530 <input type="checkbox"/>	OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 536)
532	Buscó usted consejo o tratamiento para cuando estuvo enfermo (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 535)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 535)	
533	Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  En algún otro sitio?  MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA..... A CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... B CENTRO DE EPS/ARS..... C CONSULTORIO MED. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F TIENDA/SUPERMERCADO..... G CURANDERO/YERBATERO..... H OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)		HOSPITAL/CLÍNICA..... A CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... B CENTRO DE EPS/ARS..... C CONSULTORIO MED. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F TIENDA/SUPERMERCADO..... G CURANDERO/YERBATERO..... H OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
534	Cuando Ud. buscó consejo o tratamiento, tuvo que pagar por el servicio?  SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 536) SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3		SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 536) SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	
534A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) del consejo o tratamiento?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 536)		ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 536)	
535	Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo?  Alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... J SABE QUÉ DEBE HACER..... K ESPOSO/COMP. NO LA DEJO..... L OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)		DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... J SABE QUÉ DEBE HACER..... K ESPOSO/COMP. NO LA DEJO..... L OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
536	(NOMBRE) tuvo diarrea en los últimos 15 días, o sea desde. . . hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548)		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548)	
537	Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo (ha tenido) alguno de estos síntomas o dolencias:	SI NO NS		SI NO NS	
	a. Moco y/o sangre en la deposición?.....	1 2 8		1 2 8	
	b. Piel reseca y/o arrugada?.....	1 2 8		1 2 8	
	c. Ojos hundidos y sin lágrimas?.....	1 2 8		1 2 8	
	d. Mollera hundida?.....	1 2 8		1 2 8	
	e. Labios secos?.....	1 2 8		1 2 8	
	f. Debilidad?.....	1 2 8		1 2 8	
	g. Vómitos?.....	1 2 8		1 2 8	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN [ ] [ ]	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN [ ] [ ]	NOMBRE _____
538	En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NÚMERO DE DEPOSICIONES..... [ ] [ ]		NÚMERO DE DEPOSICIONES..... [ ] [ ]	
		NO SABE..... 98		NO SABE..... 98	
539	<b>VERIFIQUE 487: ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTA LACTANDO, PARA SABER SI PREGUNTA LO DEL PARÉNTESIS.</b>  SI MENOS <b>BEBIDAS</b> , PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	(Además de leche materna) le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?  MUCHO MENOS ..... 1 <b>SOLO UN POCO MENOS..... 2</b> MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8		Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?  MUCHO MENOS ..... 1 <b>SOLO UN POCO MENOS..... 2</b> MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	
540	(NOMBRE) le recibió la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida?  SI MENOS <b>COMIDA</b> , PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 <b>SOLO UN POCO MENOS..... 2</b> MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS ..... 1 <b>SOLO UN POCO MENOS..... 2</b> MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	
541	Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Pedialite? c. Un suero preparado en casa?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 PEDIALITE..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8		SI NO NS SRO..... 1 2 8 PEDIALITE..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8	
542	Le dió a (NOMBRE) algo más para la diarrea distinto a este(os) líquido(s)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 544) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 544) ←	
543	Qué más le dieron a (NOMBRE) para tratar la diarrea?  Algo más?  MARQUE TODOS LO QUE MENCIONE	JARABE O PASTILLAS..... A INYECCIÓN (ANTIBIÓTICO)..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)		JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
544	Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 547) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 547) ←	
545	Dónde buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?  En otro lugar?  MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA..... A CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.... B <b>CENTRO DE EPS/ARS..... C</b> CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E ICBF..... F DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... G TIENDA/SUPERMERCADO..... H CURANDERO/YERBATERO..... I OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)		HOSPITAL/CLÍNICA..... A CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.... B <b>CENTRO DE EPS/ARS..... C</b> CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E ICBF..... F DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... G TIENDA/SUPERMERCADO..... H CURANDERO/YERBATERO..... I OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
546	<b>Cuando Ud. buscó consejo o tratamiento, tuvo que pagar por el servicio?</b>  <b>SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?</b>	SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 548) ← SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3		SI, PAGO TOTAL..... 1 (PASE A 548) ← SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	

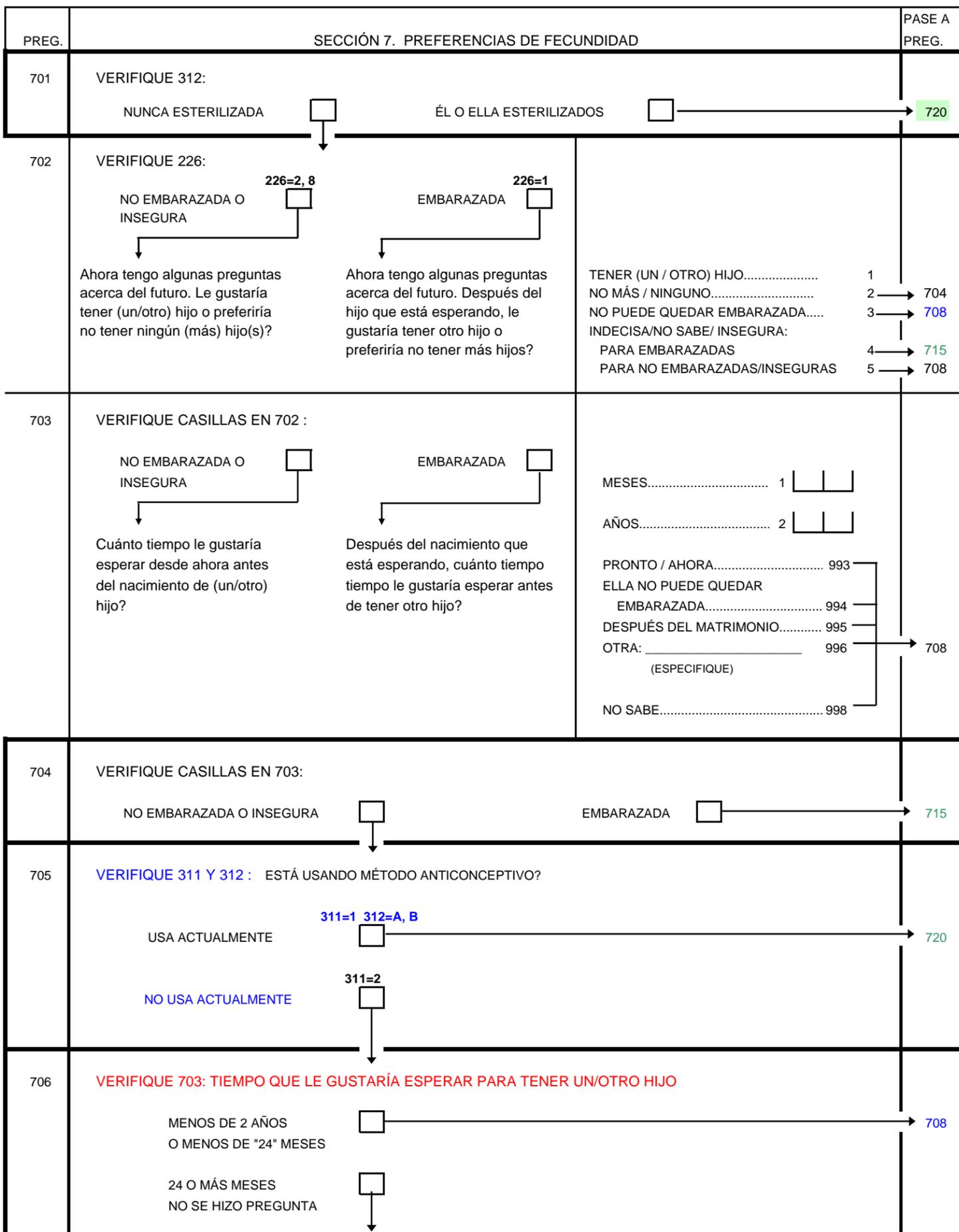
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
546A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) del consejo o tratamiento?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←
547	Por qué no buscó consejo o tratamiento médico para la diarrea?  Por alguna otra razón?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS.... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... J SABE QUÉ DEBE HACER..... K ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	DEMASIADO LEJOS..... A MUY COSTOSO..... B INSEGURIDAD..... C MUCHO TRÁMITE EN LA EPS/ARS..... D NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... E PERSONAL MÉDICO LA MALTRATA..... F NO EXISTE INTIMIDAD O RESERVA DE INFORMACIÓN..... G HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... H DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS.... I NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (R. SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO)..... J SABE QUÉ DEBE HACER..... K ESPOSO/COMP. NO LA DEJÓ..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
548	VERIFIQUE 526, 529, 530, 536	526=1 o 529 = algún 1 o 530=1 o 536=1 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 553)	526=1 o 529 = algún 1 o 530=1 o 536=1 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 553)
549	(NOMBRE) dejó de realizar sus actividades diarias debido a los problemas de salud?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 553) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 553) ←
550	Por cuántos días?	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
551	(NOMBRE) tuvo que permanecer en cama por este problema de salud?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 553) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 553) ←
552	Por cuántos días?	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
553		DEVUÉLVASE A 503 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 554	DEVUÉLVASE A 503 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 554
554	VERIFIQUE 541a Y 541b, PARA TODOS LOS NIÑOS:  "SI" EN 541a O EN 541b <input type="checkbox"/>  OTRAS RESPUESTAS NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>		556
555	Ha oído usted de algún producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o del Pedialite que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	



PREG.	SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL		PASE A PREG.																				
600	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	MARIDO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2						
	SI	NO																					
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																					
MARIDO.....	1	2																					
OTROS HOMBRES.....	1	2																					
OTRAS MUJERES.....	1	2																					
601	Actualmente Ud. está casada o vive en unión libre?  <i>Si "SI", Casada o en unión libre?</i>	<table border="0"> <tr> <td>SI, ACTUALMENTE CASADA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SI, EN UNIÓN LIBRE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO, NO EN UNIÓN.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	SI, EN UNIÓN LIBRE.....	2	NO, NO EN UNIÓN.....	3	606														
SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1																						
SI, EN UNIÓN LIBRE.....	2																						
NO, NO EN UNIÓN.....	3																						
602	Usted ha estado casada o ha vivido en unión libre?	<table border="0"> <tr> <td>SI, ESTUVO CASADA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	SI, ESTUVO CASADA.....	1	SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2	NO.....	3	605														
SI, ESTUVO CASADA.....	1																						
SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2																						
NO.....	3																						
603	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1999																						
604	PASE A <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 200px;"></span> → 613																						
605	Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	<table border="0"> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	VIUDA.....	1	SEPARADA.....	2	DIVORCIADA.....	3	608														
VIUDA.....	1																						
SEPARADA.....	2																						
DIVORCIADA.....	3																						
606	Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	<table border="0"> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRO SITIO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRO SITIO.....	2																	
VIVE CON ELLA.....	1																						
VIVE EN OTRO SITIO.....	2																						
607	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL MARIDO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>																					
608	Usted ha estado casada o en unión libre sólo una vez, o más de una vez?  <i>Si "UNA VEZ", sigue en unión o está separada?</i>	<table border="0"> <tr> <td>UNA VEZ, SIGUE UNIDA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>UNA VEZ, ENVIUDÓ.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UNA VEZ, SE SEPARÓ/DIVORCIÓ.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MÁS DE UNA VEZ.....</td> <td>4</td> </tr> </table>	UNA VEZ, SIGUE UNIDA.....	1	UNA VEZ, ENVIUDÓ.....	2	UNA VEZ, SE SEPARÓ/DIVORCIÓ.....	3	MÁS DE UNA VEZ.....	4	610												
UNA VEZ, SIGUE UNIDA.....	1																						
UNA VEZ, ENVIUDÓ.....	2																						
UNA VEZ, SE SEPARÓ/DIVORCIÓ.....	3																						
MÁS DE UNA VEZ.....	4																						
609	Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	<table border="0"> <tr> <td>ENVIUDO.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA, SICOLOGICA O SEXUAL).....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>INFIDELIDAD DE ÉL.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>INFIDELIDAD DE ELLA.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>INCUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO(A)/PADRE (MADRE).....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>EMBRIAGUEZ HABITUAL.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>MUTUO CONSENTIMIENTO.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD.....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>96</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	ENVIUDO.....	01	VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA, SICOLOGICA O SEXUAL).....	02	INFIDELIDAD DE ÉL.....	03	INFIDELIDAD DE ELLA.....	04	INCUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO(A)/PADRE (MADRE).....	05	EMBRIAGUEZ HABITUAL.....	06	USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....	07	MUTUO CONSENTIMIENTO.....	08	POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD.....	09	OTRO: _____	96	
ENVIUDO.....	01																						
VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA, SICOLOGICA O SEXUAL).....	02																						
INFIDELIDAD DE ÉL.....	03																						
INFIDELIDAD DE ELLA.....	04																						
INCUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO(A)/PADRE (MADRE).....	05																						
EMBRIAGUEZ HABITUAL.....	06																						
USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....	07																						
MUTUO CONSENTIMIENTO.....	08																						
POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD.....	09																						
OTRO: _____	96																						
610	VERIFIQUE 608:  <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <span style="float: right;">"1", "2"</span>  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <span style="float: right;">"3"</span>  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> </td> </tr> </table> <p>En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <span style="float: right;">"1", "2"</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <span style="float: right;">"3"</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	<table border="0"> <tr> <td>MES.....</td> <td><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL MES.....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>AÑO.....</td> <td><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL AÑO.....</td> <td>9998</td> </tr> </table>	MES.....	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>	NO SABE EL MES.....	98	AÑO.....	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>	NO SABE EL AÑO.....	9998	612										
CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <span style="float: right;">"1", "2"</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <span style="float: right;">"3"</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>																						
MES.....	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>																						
NO SABE EL MES.....	98																						
AÑO.....	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>																						
NO SABE EL AÑO.....	9998																						



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
622	La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con ese otro hombre, él usó condón?	SI..... 1 NO..... 2	
623	Cuál es su relación con esa persona?  SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual con Ud.?  SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO/COHABITANTE.. 01 NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 EX(ESPOSO/COMPAÑERO/NOVIO)..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	625
624	Por cuánto tiempo ha tenido (tuvo) relaciones sexuales con esta persona?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
625	En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses (incluyendo a su esposo/compañero)?	No. DE PERSONAS (12 MESES)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
625A	En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 30 días (incluyendo a su esposo/compañero)?	No. DE PERSONAS (30 DÍAS)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
626	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales anales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	628
627	En su última relación sexual anal su pareja usó condón?	SI..... 1 NO..... 2	
628	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales orales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	629
628A	En su última relación sexual oral su pareja usó condón?	SI..... 1 NO..... 2	
629	Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	701
630	Cuál es ese lugar?  Algún otro sitio?  MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA..... A CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... B CENTRO DE EPS/ARS..... C CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F TIENDA/SUPERMERCADO..... G LUGARES PÚBLICOS/MOTELES..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
631	Si Ud. quiere, Ud. misma puede conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
707	<p>VERIFIQUE 702:</p> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/> 702=1</p> <p>NO QUIERE MÁS/ NINGUNO <input type="checkbox"/> 702=2</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>; sin embargo, usted no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no está usando un método?</p> <p>Ud. me ha dicho que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero Ud. no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no está usando un método?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RAZONES QUE MENCIONE</p>	<p>NO EN UNIÓN..... A</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</u></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTE-RECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p><u>OPOSICIÓN A USAR:</u></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p><u>FALTA DE CONOCIMIENTO:</u></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</u></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>USO INCONVENIENTE..... R</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S</p> <p><u>RAZONES DE ACCESO/COSTO</u></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... T</p> <p>MUY COSTOSO..... U</p> <p>INSEGURIDAD..... V</p> <p>MUCHOS TRÁMITES EN EPS/ARS... W</p> <p>OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
708	<p>VERIFIQUE 208</p> <p>SIN HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>UNO O MÁS HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez ha deseado tener un hijo y no lo ha logrado?</p> <p>Ha deseado volver a tener hijos y no lo ha logrado?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 713</p>	
709	Cuánto tiempo lleva buscando un embarazo?	<p>DESDE ANTES DE ENERO DE 2003.. 1</p> <p>DESDE ENERO DE 2003..... 2</p> <p>YA NO ESTÁ BUSCANDO..... 3</p>	
710	Usted ha consultado alguna vez a especialistas en fertilidad para quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 712</p>	
711	Qué razón le han dado para no haber logrado quedar embarazada?	<p>PROBLEMA DE PAREJA..... 1</p> <p>PROBLEMA DEL MARIDO..... 2</p> <p>PROBLEMA DE ELLA..... 3</p> <p>EDAD..... 4</p> <p>ENFERMEDAD..... 5</p> <p>OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
711A	Le han mandado algún tratamiento para su infertilidad?	<p>SI, ESTÁ EN TRATAMIENTO..... 1</p> <p>NO, ES MUY COSTOSO..... 2</p> <p>NO, LA RELIGIÓN SE LO PROHIBE... 3</p> <p>NO, ESPOSO/COMP. SE OPONE..... 4</p> <p>OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)</p>	→ 713

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
712	Por qué no ha consultado?	NO SABÍA QUE HABÍA ESPECIALISTAS.. 01 ES MUY COSTOSO..... 02 LE DA PENA..... 03 LE RELIGIÓN SE LO PROHÍBE..... 04 PROBLEMAS DE ACCESO..... 05 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 06 DESCUIDO..... 07 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
713	Si en las semanas siguientes Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 <b>SE PONDRÍA FELIZ..... 4</b> DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX..... 5	
715	Ud. cree que en el futuro usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	717
716	Qué método preferiría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE(NORPLANT/JADELLE)..... 06 CONDÓN..... 07 VAGINALES..... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA..... 98	720
717	Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método anticonceptivo en el futuro?	<u>NO EN UNIÓN..... 11</u>  <u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</u> NO TIENE REL. SEX./ SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.. 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26  <u>OPOSICIÓN A USAR:</u> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <u>FALTA DE CONOCIMIENTO:</u> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42  <u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</u> PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54  <u>RAZONES DE ACCESO/COSTO</u> FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJO: 61 MUY COSTOSO..... 62 INSEGURIDAD..... 63 MUCHOS TRÁMITES EN EPS/ARS..... 64 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
718	VERIFIQUE 717 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> $717=11$	OTRAS <input type="checkbox"/>	720
719	Ud. usaría un método si estuviera casada / o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
720	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE	NÚMERO..... <input type="text"/> NINGUNO 00 OTRA RESPUESTA: <input type="text"/> 96 (ESPECIFIQUE)	722
721	Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres, o no le importaría?	NÚMERO.....      NIÑAS <input type="text"/> <input type="text"/> NIÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> CUALQUIERA <input type="text"/> <input type="text"/>	
722	En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
723	En los últimos 12 meses Ud. ha oído hablar acerca de la planificación familiar en su EPS/ARS?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA AFILIADO..... 3	
724	En los últimos 12 meses Ud. ha comentado con alguna persona (amiga o de su familia) sobre el uso de métodos para evitar que la mujer quede embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	726
725	Con quién ha comentado? Con alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA(S)..... F HIJO(S)..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTRA: <input type="text"/> X (ESPECIFIQUE)	
726	VERIFIQUE 601: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> $601=1$ SI, EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> $601=2$ NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> $601=3$		732
727	VERIFIQUE 311 Y 312: USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO USA MÉTODO <input type="checkbox"/>		729
728	Ud. me ha dicho que está usando métodos anticonceptivos. Ud. diría que el uso de planificación familiar fue su decisión, la de su esposo (pareja) o lo decidieron en conjunto?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: <input type="text"/> 6 (ESPECIFIQUE)	730

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																								
729	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo/compañero sobre la planificación familiar.  Ud. piensa que su esposo/compañero aprueba o desaprueba el que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8																									
730	VERIFIQUE 312:  NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	732																								
731	Ud. piensa que su esposo/compañero desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE/NO QUIERE HIJOS..... 8																									
732	Usted está de acuerdo con que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando:  a. Ella sabe que su marido tiene una Infección de Transmisión Sexual? b. Ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otra mujer? c. Ella ha tenido recientemente un parto? d. Ella está cansada o no está de humor? e. Cuando ella no quiere?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EL TIENE UNA ITS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CANSADA/HUMOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CUANDO ELLA NO QUIERE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	EL TIENE UNA ITS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/HUMOR.....	1	2	8	CUANDO ELLA NO QUIERE.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																								
EL TIENE UNA ITS.....	1	2	8																								
OTRA MUJER.....	1	2	8																								
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																								
CANSADA/HUMOR.....	1	2	8																								
CUANDO ELLA NO QUIERE.....	1	2	8																								

PREG.	SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER	PASE A PREG.
801	VERIFIQUE 601, 602 Y 605: ACTUALMENTE CASADA/ EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> 601=1,2 SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA <input type="checkbox"/> 605=1,2,3 NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 601=3 602=3	803 807
802	Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input type="text"/>
803	Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 805
804	Cuál fue el último año de estudios que aprobó su (último) esposo/compañero?  CIRCULE "0" SI NINGUNO	NINGUNO..... 0 <input type="checkbox"/> PREESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA..... 2 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA..... 3 <input type="checkbox"/> TÉCNICO/TECNOLÓGICO..... 4 <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD..... 5 <input type="checkbox"/> POSTGRADO..... 6 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998
805	VERIFIQUE 801: ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA <input type="checkbox"/> Cuál es(era) la ocupación actual (última) de su esposo/compañero? Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero?	PROFESIONAL, TÉCNICO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 01 DIRECTOR, FUNCIONARIO PÚBLICO SUPERIOR... 02 PERSONAL ADMINISTRATIVO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 03 COMERCIANTE, VENDEDOR..... 04 TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS..... 05 TRABAJADOR AGROPECUARIO, FORESTAL, PESCADOR, CAZADOR..... 06 TRABAJADOR, OPERARIO NO AGRÍCOLA, CONDUCTOR DE MÁQUINA, VEHÍCULO DE TRANSPORTE, TRABAJADOR ASIMILADO..... 07 TRABAJADOR QUE NO PUEDE SER CLASIFICADO SEGÚN OCUPACIÓN Y FF.AA..... 08 NO SABE..... 98
807	Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. tiene otro trabajo?	SI..... 1 → 812 NO..... 2
808	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 → 812 NO..... 2
809	Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 → 811
810	Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó?	NÚMERO DE MESES <input type="text"/>
811	Ud. ha trabajado alguna vez en su vida?	SI..... 1 NO..... 2 → 823A
812	Cúal es su ocupación actual?  SI HA TENIDO VARIOS TRABAJOS PREGUNTE: Cúal era su ocupación en su último trabajo?	PROFESIONAL, TÉCNICO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 01 DIRECTOR, FUNCIONARIO PÚBLICO SUPERIOR... 02 PERSONAL ADMINISTRATIVO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 03 COMERCIANTE, VENDEDOR..... 04 TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS..... 05 TRABAJADOR AGROPECUARIO, FORESTAL, PESCADOR, CAZADOR..... 06 TRABAJADOR, OPERARIO NO AGRÍCOLA, CONDUCTOR DE MÁQUINA, VEHÍCULO DE TRANSPORTE, TRABAJADOR ASIMILADO..... 07 TRABAJADOR QUE NO PUEDE SER CLASIFICADO SEGÚN OCUPACIÓN Y FF.AA..... 08

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
814	A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?  SI "EN DINERO" INDAGUE: Solo en dinero o en dinero y en especie? SI "EN ESPECIE" INDAGUE: Solo en especie o en especie y en dinero?	SOLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	820
815	Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MÁS..... 5	
816	En promedio, cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO..... 6	
817	Ud. usualmente trabaja (trabajaba) en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
820	Alguna vez le exigieron prueba de embarazo cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3	
821	Alguna vez le exigieron certificado de esterilización cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3	
822	Alguna vez le exigieron prueba de SIDA cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3	
823	Alguna vez estando embarazada la despidieron de su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3 NUNCA EMBARAZADA/NO HA TRABAJADO FUERA DEL HOGAR ESTANDO EMBARAZA 4	
823A	Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:  a. El cuidado de su salud?..... b. Hacer compras grandes del hogar?..... c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?..... d. Visitar a familia, amigos, o parientes?..... e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	ENTRE- ENTREV./ VISTADA MARIDO AMBOS MAS ALGUIEN ALGUIEN NADIE 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6	
824	VERIFIQUE 556:  TIENE HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1999 VIVIENDO CON LA ENTREVISTADA.  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		826
825	Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA LO LLEVA CONSIGO..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO ICBF..... 10 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
826	Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio desde Enero de 1999?	UN SITIO..... 1 MÁS DE UN SITIO..... 2	829
827	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: (VER PREG. 6 DE LA IDENTIFICACIÓN) "1" PARA CIUDAD O CABECERA MUNICIPAL "2" PARA PUEBLO O CENTRO POBLADO "3" PARA CAMPO O RURAL DISPERSO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1999		
828	PASE A _____		901
829	En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DEL MUNICIPIO DE LA ENTREVISTA)?	MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ][ ][ ]	
830	Dónde vivía Ud. antes de venir aquí?  SI LE DA EL NOMBRE DE UN MUNICIPIO PREGUNTE: De qué departamento es este municipio?	OTRO MUNICIPIO DE ESTE DEPARTAMENTO..... 1 OTRO DEPARTAMENTO..... 2 OTRO PAÍS..... 3 MISMO MUNICIPIO (DISTINTA ZONA:URB, RURAL) 4	
831	Vivía en la cabecera municipal, en un centro poblado o en el campo?	CABECERA MUNICIPAL..... 1 CENTRO POBLADO..... 2 RURAL DISPERSO..... 3	
832	Cuál fue la principal razón por la cual salió Ud. del último lugar donde vivía?	VIOLENCIA CAUSADA POR GRUPOS ARMADOS.. 01 DESASTRE NATURAL..... 02 RAZONES DE POBREZA (HAMBRE)..... 03 RAZONES LABORALES..... 04 RAZONES DE EDUCACIÓN..... 05 RAZONES DE SALUD..... 06 RAZONES FAMILIARES..... 07 BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES..... 08 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
833	Cuántas personas de su familia vinieron con Ud?  SI NINGUNA ANOTE "OO" Y PASE A 835	NÚMERO..... [ ][ ]	
834	Quiénes vinieron con Ud.?  Alguien más?  MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A HIJO(S), HIJA(S)..... B SUEGROS/PADRES..... C HERMANOS/HERMANAS..... D OTROS: _____ X (ESPECIFIQUE)	
835	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO MARQUE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: "1" PARA CIUDAD O CABECERA MUNICIPAL "2" PARA PUEBLO O CENTRO POBLADO "3" PARA CAMPO O RURAL DISPERSO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y POR CADA CAMBIO REGISTRE UNA "X" EN EL MES EN EL CUAL OCURRIÓ EL CAMBIO Y EN EL MES ANTES DE LA "X" ESCRIBA EL CÓDIGO DE LA ANTERIOR RESIDENCIA		

PREG.	SECCIÓN 9. CITOLOGÍA VAGINAL Y MAMOGRAFÍA	PASE A PREG.
901	VERIFIQUE 104, 613 DE 18 O MAS AÑOS DE EDAD, QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 1001	
902	Ud. ha oído hablar de la citología vaginal? SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. Una citología es un examen que consiste en retirar células del cuello del útero para detectar alteraciones que puedan sugerir la presencia de cáncer en éste.	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3 → 919
903	Cómo se enteró Ud. acerca de la citología vaginal? Por algún otro medio? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	FAMILIARES..... A AMIGAS..... B COLEGIO..... C RADIO..... D TELEVISIÓN..... E INSTITUCIÓN DE SALUD..... F PRENSA/REVISTA/FOLLETOS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H ALCALDÍA..... I OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... Z
904	Alguna vez le han hecho una citología vaginal?	SI..... 1 NO..... 2 → 914
905	En que mes y año le hicieron la última citología vaginal?	MES..... AÑO..... → 906 NO SABE/NO RECUERDA EL MES..... 98 NO SABE/NO RECUERDA EL AÑO..... 9998
905A	La última citología fue hace más de 3 años?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8
906	Con qué frecuencia se hace Ud. la citología vaginal?	UNA VEZ AL AÑO..... 1 MAS DE UNA VEZ AL AÑO..... 2 CADA DOS AÑOS..... 3 RARA VEZ..... 4 SE LA HA HECHO SÓLO UNA VEZ..... 5 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)
907	Dónde le hicieron la última citología vaginal?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 LIGA CONTRA EL CÁNCER..... 06 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98
908	Cuando usted se hizo la última citología, tuvo que pagar? SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?	SI, PAGO TOTAL..... 1 → 909 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3
908A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la citología?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MED. PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8
909	Usted reclamó el resultado de la última citología vaginal?	SI..... 1 NO..... 2 → 913 AÚN NO SE LO HAN ENTREGADO..... 3 → 915

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
910	Cuál fue el resultado de la última citología vaginal?	NORMAL..... 1 ANORMAL..... 2 NO RECUERDA..... 8	915 915
911	Fue a una nueva consulta para tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2	915
912	Por qué no acudió a una nueva consulta?	NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE CREYO QUE PODIA ESPERAR..... 01 NO SABÍA QUE HACER..... 02 NO CREYO EN EL RESULTADO..... 03 NO CREYO EN EL RESULTADO..... 04 MIEDO/TEMOR..... 05 PEREZA/DESCUIDO..... 06 POR FALTA DE RECURSOS..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	915
913	Por qué no reclamó el resultado de la última citología?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER..... 1 SE SINTIÓ MALTRATADA/OFENDIDA CUANDO LE HICIERON EL EXAMEN..... 2 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 3 CON EL EXAMEN QUEDA SEGURA DE QUE NO LE VA A DAR CÁNCER ..... 4 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	915
914	Por qué nunca se ha hecho la citología vaginal?	NO SABE DÓNDE PRESTAN SERVICIO..... A EXAMEN MUY CARO/NO HA TENIDO PLATA B DIFICULTAD GEOGRÁFICA..... C DIFÍCIL CONSEGUIR LA CITA..... D NO LE DAN PERMISO EN TRABAJO..... E ESPOSO/COMP. SE LO IMPIDE..... F NO TIENE QUIÉN CUIDE A LOS NIÑOS..... G A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO.. H NO TENDRÁ MÁS HIJOS..... I NO TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA..... J NO SE SIENTE ENFERMA..... K PENA, VERGÜENZA..... L DESCUIDO/LO HA IDO APLAZANDO..... M MIEDO..... N NO ES IMPORTANTE/NECESARIO..... O OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
915	VERIFIQUE 904: 904=1 LE HAN HECHO UNA CITOLOGÍA 904=2 NUNCA LE HAN HECHO UNA CITOLOGÍA Ha intentado hacerse una nueva citología desde la última vez? Alguna vez ha tenido la intención de hacerse una citología?	SI..... 1 NO..... 2	918
916	Si ha intentado, por qué no le han hecho una (nueva) citología? Otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO SABE DÓNDE PRESTAN SERVICIO..... A EXAMEN MUY CARO/NO HA TENIDO PLATA B DIFICULTAD GEOGRÁFICA..... C DIFÍCIL CONSEGUIR LA CITA..... D NO LE DAN PERMISO EN TRABAJO..... E ESPOSO/COMP. SE LO IMPIDE..... F NO TIENE QUIÉN CUIDE A LOS NIÑOS..... G A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO.. H NO TENDRÁ MÁS HIJOS..... I NO TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA..... J NO SE SIENTE ENFERMA..... K PENA, VERGÜENZA..... L DESCUIDO/LO HA IDO APLAZANDO..... M MIEDO/NO LE GUSTA EL TRATO..... N NO ES IMPORTANTE/NECESARIO..... O SE LA TOMÓ HACE MENOS DE 6 MESES..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
917	Dentro de cuánto tiempo se piensa hacer una/otra citología?	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 NO SABE..... 9	919
918	Por qué no ha intentado hacerse (de nuevo) una citología?	NO SABE DÓNDE PRESTAN SERVICIO..... A EXAMEN MUY CARO/NO HA TENIDO PLATA B DIFICULTAD GEOGRÁFICA..... C DIFÍCIL CONSEGUIR LA CITA..... D NO LE DAN PERMISO EN TRABAJO..... E ESPOSO/COMP. SE LO IMPIDE..... F NO TIENE QUIÉN CUIDE A LOS NIÑOS..... G A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO.. H NO TENDRÁ MÁS HIJOS..... I NO TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA..... J NO SE SIENTE ENFERMA..... K PENA, VERGÜENZA..... L DESCUIDO/LO HA IDO APLAZANDO..... M MIEDO/NO LE GUSTA EL TRATO..... N NO ES IMPORTANTE/NECESARIO..... O SE LA TOMÓ HACE MENOS DE 6 MESES.... P OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
919	Sabe usted qué es el autoexamen de seno? SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. El autoexamen de seno consiste en la palpación detallada de los senos para detectar la aparición de alguna alteración o anomalía .	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3	924
920	Se ha hecho usted este autoexamen?	SI..... 1 NO..... 2	924
921	Cómo aprendió a hacerse el examen?	MÉDICO/ENFERMERA..... 1 AMIGO/FAMILIAR..... 2 FOLLETO/VIDEO..... 3 INSTITUCIÓN DE SALUD..... 4 ALCALDÍA..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 8	
922	Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?	CADA MES..... 1 CADA SEIS MESES..... 2 RARA VEZ..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
923	En qué momento del ciclo menstrual (del mes) se realiza usted el autoexamen?	DENTRO DEL 2 O 3 DÍA DESPUÉS DE LA MENSTRUACIÓN..... 01 DENTRO DE LOS 4-10 DÍAS DESPUÉS DE LA MENSTRUACIÓN..... 02 DENTRO DE LOS 4-10 DÍAS ANTES DE LA MENSTRUACIÓN..... 03 CON LA MENSTRUACIÓN..... 04 A LA MITAD DEL PERÍODO..... 05 SIEMPRE EL MISMO DÍA..... 06 EN CUALQUIER MOMENTO..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
924	En la consulta médica o ginecológica (examen físico completo), le han hecho a usted un examen clínico de seno? SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI LE HAN HECHO ESTE EXAMEN. Examen clínico de seno es cuando el médico o enfermera examina el seno buscando quistes o masas.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	927
925	Hace cuánto tiempo fue su último examen clínico de seno?	DURANTE EL ÚLTIMO AÑO..... 1 DE 1 A 5 AÑOS..... 2 MÁS DE CINCO AÑOS..... 3 NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
926	A usted le han detectado un tumor o anomalía en el seno?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
927	Alguna vez le han hecho a Ud. una mamografía? <b>SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI LE HAN HECHO ESTE EXAMEN.</b> Una mamografía es un estudio con rayos X de cada uno de los senos que se hace para detectar cáncer de seno.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	938
928	Por qué le hicieron la mamografía?	PROBLEMAS DE SALUD..... 01 RUTINA..... 02 INDUCIDA POR PUBLICIDAD..... 03 RECOMENDACIÓN MÉDICA..... 04 PREVENIR CÁNCER..... 05 PARA SABER CÓMO ESTABA..... 06 ALCALDÍA REALIZÓ CAMPAÑA..... 07 SECRETARÍA SALUD REALIZÓ CAMPAÑA... 08 ARS REALIZÓ CAMPAÑA..... 09 EPS REALIZÓ CAMPAÑA..... 10 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)	
929	Cuándo fue la última vez que le hicieron la mamografía?	MES..... NO RECUERDA..... 98 AÑO..... NO RECUERDA..... 9998	
930	Con qué frecuencia se hace usted la mamografía?	UNA VEZ AL AÑO..... 1 DOS VECES AL AÑO..... 2 CADA DOS AÑOS..... 3 RARA VEZ..... 4 PRIMERA VEZ QUE SE LA HACE..... 5	
931	Dónde le hicieron la última mamografía?	HOSPITAL/CLÍNICA..... 01 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 02 CENTRO DE EPS/ARS..... 03 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 LIGA CONTRA EL CÁNCER..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
932	Cuando usted se hizo la mamografía, tuvo que pagar? <b>SI LA RESPUESTA ES "SI": Pagó todo o solamente parte?</b>	SI, PAGO TOTAL..... 1 SI, PAGO PARCIAL..... 2 NO PAGO NADA..... 3	933
932A	Quién cubrió los costos (parciales o totales) de la mamografía?	ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA CUAL ESTÁ AFILIADA..... 1 SEGURO MÉDICO, MEDICINA PREPAGADA, PLAN COMPLEMENTARIO..... 2 SECRETARÍA DE SALUD/ALCALDÍA..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
933	Usted reclamó el resultado de la última mamografía?	SI..... 1 NO..... 2	935
934	Por qué no reclamó el resultado de la última mamografía?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER... 1 SE SINTIÓ MALTRATADA/OFENDIDA CUANDO LE HICIERON EL EXAMEN..... 2 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 3 CON EL EXAMEN QUEDA SEGURA DE QUE NO LE VA A DAR CÁNCER ..... 4 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	1001

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
935	Cuál fue el resultado de la mamografía?	NORMAL..... 1 ANORMAL..... 2 NO RECUERDA..... 8	1 → 1001 2   8 → 1001
936	Fue a una nueva consulta para tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2	1 → 1001 2
937	Por qué no fue a una nueva consulta?	NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 01 CREYÓ QUE PODÍA ESPERAR..... 02 NO SABÍA QUÉ HACER..... 03 NO CREYÓ EN EL RESULTADO..... 04 MIEDO/TEMOR..... 05 PEREZA/DESCUIDO..... 06 POR FALTA DE RECURSOS..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	01   02   03   04   05 → 1001 06   07   96
938	Por qué no se ha hecho la mamografía?	NO SABE DÓNDE PRESTAN SERVICIO..... 01 NO ES IMPORTANTE/NECESARIO..... 02 POR MIEDO..... 03 DIFICULTAD GEOGRÁFICA..... 04 PENA, VERGÜENZA..... 05 DESCUIDO..... 06 ES MUY CARO/NO TIENE PLATA..... 07 NO LE DAN PERMISO EN TRABAJO..... 08 MÉDICO NO SE LA HA ORDENADO..... 09 NO ESTA EN EDAD DE HACERSELA..... 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	SECCIÓN 10. SIDA Y OTRAS I.T.S.		PASE A PREG.
1001	Usted ha oído hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	SI NO VIH..... 1 2 SIDA..... 1 2	
1002	VERIFIQUE 1001:  POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		1018
1003	Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?  ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y SEÑALE TODAS LAS QUE MENCIONE  <b>PRÁCTICAS SEGURAS</b> NO TENER PENETRACIÓN EN LA RELACIÓN SEXUAL..... A ABSTENERSE DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS DEL MISMO SEXO. G EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS INFECTADAS..... H EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... I EXIGIR TRANSFUSIONES DE SANGRE CERTIFICADA..... J EVITAR COMPARTIR JERINGAS/AGUJAS/CUCH. DE AFEITAR... K NO SER PROMISCUO..... L  <b>OTRAS PRÁCTICAS</b> EVITAR LOS BESOS..... M EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... N BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... O USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... P EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... Q NO SE PUEDE HACER NADA..... R OTRA: ..... W (ESPECIFIQUE) OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
1004	VERIFIQUE 601:  CASADA/ UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> <sup>601=1, 2</sup>  NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <sup>601=3</sup>		1006
1005	Ud. ha hablado con su esposo (compañero/pareja sexual) acerca de las formas para no infectarse con el virus del VIH (que causa el SIDA)?	SI..... 1 NO..... 2	
1006	<b>Usted cree que tiene algún riesgo de contraer el SIDA?</b>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1007	Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1011
1008	Cuando usted fue a realizarse la prueba, recibió asesoría antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
1009	Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	1012
1010	Cuando a usted le entregaron los resultados le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	1012
1011	Conoce algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus del VIH?	SI..... 1 NO..... 2	
1012	Puede el virus de VIH (que causa el SIDA), ser transmitido de una madre embarazada que esté infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1014

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1013	Sabe Ud. si el virus del SIDA puede transmitirse de la madre al niño: a. Durante el embarazo?..... b. Durante el parto?..... c. Durante la lactancia?.....	SI NO NS DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8 DURANTE EL PARTO..... 1 2 8 DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8	
1014	Si una persona sabe que está infectada con el virus del SIDA, debe informárselo a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA..... 8	
1015	En caso de que una persona tenga la infección por VIH o SIDA, usted cree que el empleador lo puede despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1016	Usted cree que una persona infectada con VIH/SIDA podría seguir teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1017	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, estaría Ud. dispuesto a cuidarlo en su propio hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA/DEPENDE..... 8	
1018	Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1101
1019	A parte de los síntomas del SIDA, qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que un hombre tiene una infección de transmisión sexual?  Algunos otros?  MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K NO HAY SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
1020	A parte de los síntomas del SIDA, qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que una mujer tiene una infección de transmisión sexual?  Algunos otros?  MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN GENITAL..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... K NO HAY SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
1021	Si una persona sabe que tiene una infección de transmisión sexual, debe informárselo a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																		
1023	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses: En los últimos 12 meses Ud. ha oído hablar acerca de las infecciones de transmisión sexual en su EPS/ARS?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTÁ AFILIADA..... 3																			
1024	Le han diagnosticado a Ud. alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA HA TENIDO RELAC. SEXUALES..... 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	1101																		
1025	Durante los últimos 12 meses, Ud. ha tenido: a. <b>Alguna llaga o úlcera en sus genitales?</b> b. <b>Algún flujo o secreción vaginal anormal?</b> c. <b>Algún otro problema que crea que es signo de infección de transmisión sexual o enfermedad venérea?</b>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>a. LLAGA/ULCERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. FLUJO O SECRECIÓN..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. OTRO PROBLEMA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS/NR	a. LLAGA/ULCERA.....	1	2	8	b. FLUJO O SECRECIÓN..	1	2	8	c. OTRO PROBLEMA.....	1	2	8			
	SI	NO	NS/NR																		
a. LLAGA/ULCERA.....	1	2	8																		
b. FLUJO O SECRECIÓN..	1	2	8																		
c. OTRO PROBLEMA.....	1	2	8																		
1026	VERIFIQUE 1024 y 1025: <b>1024=1, 1025a=1 o 1025b=1 o 1025c=1</b> HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCIÓN <input type="checkbox"/>		1101																		
1027	Ud. sabe cómo adquirió la infección de transmisión sexual (la llaga o úlcera/secreción vaginal anormal o el problema)?	POR LA PAREJA..... 1 POR USAR BAÑOS PÚBLICOS..... 2 FUE ABUSADA SEXUALMENTE..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8																			
1028	Cuando tuvo alguna infección de transmisión sexual Ud. buscó tratamiento o consejo: a. De un médico/enfermera en un hospital, clínica o consultorio particular? b. De un curandero tradicional? c. En una farmacia o droguería? d. De algún amigo/pariente? e. Se autorecetó?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>MÉDICO/ENFERMERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FARMACIA/DROGUERÍA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMIGO/PARIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTORECETÓ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	MÉDICO/ENFERMERA.....	1	2	CURANDERO.....	1	2	FARMACIA/DROGUERÍA.....	1	2	AMIGO/PARIENTE.....	1	2	AUTORECETÓ.....	1	2	
	SI	NO																			
MÉDICO/ENFERMERA.....	1	2																			
CURANDERO.....	1	2																			
FARMACIA/DROGUERÍA.....	1	2																			
AMIGO/PARIENTE.....	1	2																			
AUTORECETÓ.....	1	2																			
1029	VERIFIQUE 1028 NO FUE AL MÉDICO/ENFERMERA <input type="checkbox"/> FUE AL MÉDICO/ENFERMERA <input type="checkbox"/>		1031																		
1030	Por qué no consultó al médico o enfermera en un hospital, clínica o consultorio particular?	NO QUERÍA QUE PAPÁS O FAMILIARES SE ENTERARAN..... 01 LE DABA MIEDO LO QUE FUERA A DECIR EL DOCTOR..... 02 PENSÓ QUE EL PROBLEMA IBA A PASAR SOLO..... 03 NO SABÍA CÓMO CONSULTAR AL DOCTOR..... 04 NO SABÍA DÓNDE LA PODÍAN ATENDER..... 05 NADIE LA PODÍA ACOMPAÑAR..... 06 ES MUY DIFÍCIL HACER UNA CITA..... 07 NO TENÍA PLATA PARA PAGAR LA CITA..... 08 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)																			
1031	VERIFIQUE 621 PARA SABER CUANDO USAR EL PLURAL Cuando Ud. tuvo esa infección, se lo informó a la(s) persona(s) con quien(es) había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 A ALGUNOS/NO A TODOS..... 3																			
1032	Cuando Ud. tuvo esa infección, Ud. o su pareja hicieron algo para evitar infectarse el uno al otro?	SI..... 1 NO..... 2 MARIDO (COMPAÑERO) INFECTADO..... 3	1101																		
1033	Qué hizo usted o su pareja para evitar infectar al otro: a. Dejó de tener relaciones sexuales? b. Usaron condón en las relaciones sexuales? c. Tomó o usó medicamentos?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NO RELACIONES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>USARON CONDÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	USARON CONDÓN.....	1	2	TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2							
	SI	NO																			
NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2																			
USARON CONDÓN.....	1	2																			
TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2																			

PREG.	SECCIÓN 11. VIOLENCIA DOMÉSTICA	PASE A PREG.																																												
1101	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS:</p> <p>NO CONTINÚE HASTA QUE LA EFECTIVA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA</p> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>PRIVACIDAD IMPOSIBLE <input type="checkbox"/> 2</p>	1144																																												
	<p>LEA A TODAS LAS ENTREVISTADAS</p> <p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de algunos aspectos de las relaciones entre familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Colombia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie.</p>																																													
1102	<p><b>VERIFIQUE CASILLAS EN 601 Y 602: ESTADO CONYUGAL</b></p> <p>NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p>	1116																																												
1103	<p>Ahora le voy a preguntar acerca de algunas situaciones que les suceden a algunas mujeres. Por favor, dígame si estas situaciones se han presentado (presentaron) en su relación con su actual o último esposo o compañero</p> <p>Alguna vez su esposo/compañero:</p> <p>a. La acusó de serle infiel?.....</p> <p>b. Le impidió encontrarse con sus amiga(o)s?.....</p> <p>c. Trató de limitar sus contactos con su familia?.....</p> <p>d. Insistió en saber dónde está (estaba) todo el tiempo?.....</p> <p>e. Vigiló la forma como Ud. gasta(ba) el dinero?.....</p> <p>f. La ignoró/no se dirigió a usted?.....</p> <p>g. Contó con Ud. para reuniones sociales o familiares?.....</p> <p>h. Le consultó las decisiones importantes para la familia?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																												
SI	NO	SI	NO																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1104	<p>Por favor dígame si su actual o último esposo (compañero) se dirige(ía) a Ud. en términos como: "Ud. no sirve para nada", "Ud. nunca hace nada bien", "Ud. es una bruta" o "Mi mamá me hacía mejor las cosas"?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																												
1105	<p>Estas situaciones se han presentado (se presentaron) en público o en privado?</p>	<p>PÚBLICO..... 1</p> <p>PRIVADO..... 2</p> <p>AMBAS..... 3</p>																																												
1106	<p>Su esposo/compañero o exesposo/excompañero la ha amenazado (amenazó) alguna vez con:</p> <p>a. Abandonarla/irse con otra mujer?.....</p> <p>b. Quitarle los hijos?.....</p> <p>c. Quitarle el apoyo económico?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2																								
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																												
SI	NO	SI	NO																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1107	<p>Alguna vez su esposo/compañero o exesposo/excompañero:</p> <p>a. La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandeó)? .....</p> <p>b. La ha golpeado (la golpeó) con la mano? .....</p> <p>c. La ha golpeado (la golpeó) con un objeto?.....</p> <p>d. La ha mordido (la mordió)?.....</p> <p>e. La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)?.....</p> <p>f. La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>g. La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>h. Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?.....</p> <p>i. La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																												
SI	NO	SI	NO																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											
1	2	1	2																																											

1108	VERIFIQUE 1107: AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NINGÚN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">→ 1115</span>																																																				
1109	Cuánto tiempo después de que usted se casara (uniera) con su (último) esposo/compañero sucedieron estas cosas por primera vez? <b>SI MENOS DE UN AÑO ANOTE "00"</b> NÚMERO DE AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95																																																				
1110	Por favor dígame si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que su esposo/compañero le hizo: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>e. Tuvo deseos de suicidarse?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>f. Sintió que no valía nada?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>g. Se afectó su relación con sus hijos?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>h. No volvió a hablar con nadie?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>i. <b>Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....</b></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>j. Se enfermó físicamente?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>k. Se enfermó de la cabeza?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8	b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8	c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8	d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8	e. Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8	f. Sintió que no valía nada?.....	1	2	8	g. Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8	h. No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8	i. <b>Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....</b>	1	2	8	j. Se enfermó físicamente?.....	1	2	8	k. Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8	l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8
	SI	NO	NR																																																		
a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8																																																		
b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8																																																		
c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8																																																		
d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8																																																		
e. Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8																																																		
f. Sintió que no valía nada?.....	1	2	8																																																		
g. Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8																																																		
h. No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8																																																		
i. <b>Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....</b>	1	2	8																																																		
j. Se enfermó físicamente?.....	1	2	8																																																		
k. Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8																																																		
l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8																																																		
1111	VERIFIQUE 1110: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">→ 1114</span>																																																				
1112	Fue Ud. al médico o a un centro de salud como resultado de lo que su esposo/compañero le hizo? SI..... 1 NO..... 2 → 1114																																																				
1113	Cuando Ud. fue al médico o al centro de salud como resultado de lo que su esposo (compañero) le hizo, usted recibió información sobre las formas para buscar protección y los mecanismos para denunciar? SI..... 1 NO..... 2																																																				
1114	Cuando Ud. ha sido agredida por su (último) esposo/compañero, Ud. se ha defendido golpeándolo o agrediendo físicamente? <b>Si "SI", Alguna vez, en el último año?</b> ALGUNA VEZ..... 1 EN EL ULTIMO AÑO..... 2 NUNCA..... 3																																																				
1115	En momentos en que su esposo/compañero no la ha estado agrediendo, Ud. lo ha golpeado, lo ha insultado, lo ha controlado, lo ha celado? Alguna otra cosa? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE LO HA GOLPEADO..... A LO HA INSULTADO..... B LO HA CONTROLADO..... C LO HA CELADO..... D OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NUNCA..... Z																																																				
1116	VERIFIQUE CASILLAS EN 801: ESTADO CONYUGAL <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           EN UNIÓN ( CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/>            ↓            Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/>            ↓            Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?         </td> </tr> </table> SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8 → 1118	EN UNIÓN ( CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> ↓ Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?	SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> ↓ Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?																																																		
EN UNIÓN ( CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> ↓ Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?	SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> ↓ Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?																																																				
1117	Qué persona o personas la golpearon, abofetearon, patearon a Ud? <b>Alguien más?</b> MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F EXNOVIO..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1118	<b>VERIFIQUE 201, 226 Y 237:</b> ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	1122
1119	Alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o herido a Ud. cuando estaba embarazada (en cualquiera de sus embarazos)?	SI..... 1 NO..... 2	1122
1120	Quién? <b>Alguien más?</b> MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F EXNOVIO..... G ESPOSO/COMPAÑERO..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
1121	Como consecuencia de esa violencia Ud. ha perdido algún embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	
1122	<b>VERIFIQUE: 1107, 1116 Y 1119</b> 1107= AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ 1116=1 1119=1 HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	1130
1123	Cuando la han maltratado físicamente, Ud. le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1125
1124	A quién le ha pedido ayuda? <b>A alguien más?</b> MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F EXNOVIO..... G ESPOSO/COMPAÑERO..... H AMIGA(O)/VECINA(O)..... I PROFESOR(A)/EMPLEADOR..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
1125	Cuando la han maltratado físicamente, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? <b>Si "SI", a cuál institución ha acudido?</b> <b>A alguna otra institución?</b> <b>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</b>	INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A COMISARÍA DE FAMILIA..... B ICBF..... C FISCALÍA..... D JUZGADO..... E INSTITUCIÓN DE SALUD..... F PROFAMILIA..... G ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) DENUNCIÓ, PERO RETIRÓ EL DENUNCIO..... Y NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	1129
1126	<b>Le sirvió buscar ayuda?</b> <b>Si "NO", Por qué no le sirvió?</b>	SI SIRVIÓ..... 1 NO; MUCHOS TRAMITES..... 2 NO; MUY COSTOSO..... 3 NO; FALTÓ TIEMPO..... 4 NO; LA TRATARON MAL, LA HUMILLARON..... 5 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1127	<p>Ante qué autoridad denunció el maltrato físico?</p> <p>Ante alguna otra autoridad?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A</p> <p>COMISARÍA DE FAMILIA..... B</p> <p>FISCALÍA..... C</p> <p>JUZGADO..... D</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NUNCA HA DENUNCIADO..... Z</p>	1129
1128	<p>Cuál fue el resultado del denuncia?</p> <p>Algo más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>SANCIONARON AL AGRESOR..... A</p> <p>LE PROHIBIERON VOLVER A ENTRAR A LA CASA..... B</p> <p>LE PROHIBIERON ACERCARSE A ELLA..... C</p> <p>NO RECIBIÓ SANCIÓN..... D</p> <p>NO CESÓ LA VIOLENCIA..... E</p> <p>AUMENTÓ LA VIOLENCIA..... F</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	1130
1129	<p>Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado a la persona que le hizo daño (o retiró el denuncia)?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO SABE A DÓNDE IR..... A</p> <p>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN..... B</p> <p>ES PARTE DE LA VIDA (NORMAL)..... C</p> <p>SIENTE QUE MERECE EL ABUSO..... D</p> <p>MIEDO DE DIVORCIO/SEPARACIÓN..... E</p> <p>MIEDO DE RECIBIR MÁS GOLPES ELLA O SUS HIJOS..... F</p> <p>SIENTE QUE LOS DAÑOS NO FUERON FUERTES..... G</p> <p>NO QUIERE HACERLE DAÑO A LA PERSONA QUE LA AGREDIÓ..... H</p> <p>CREE QUE PUEDE RESOLVERLO SOLA..... I</p> <p>NO CREE EN LA JUSTICIA..... J</p> <p>HA TENIDO EXPERIENCIAS NEGATIVAS AL DENUNCIAR..... K</p> <p>PIENSA QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR..... L</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1130	<p>Alguna vez ha sido forzada físicamente por alguna persona (diferente a su esposo/compañero) a tener relaciones o actos sexuales?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1134
1131	<p>Ud. quiere hablarnos de ese suceso?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1134
1132	<p>Quién la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales?</p> <p>Alguien más la ha forzado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	<p>PADRE..... A</p> <p>PADRASTRO..... B</p> <p>HERMANO..... C</p> <p>EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... D</p> <p>NOVIO..... E</p> <p>SUEGRO..... F</p> <p>OTRO HOMBRE PARIENTE DEL MARIDO..... G</p> <p>OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... H</p> <p>HOMBRE AMIGO..... I</p> <p>PROFESOR(A)..... J</p> <p>EMPLEADOR..... K</p> <p>DESCONOCIDO..... L</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1133	<p>Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?</p>	<p>EDAD..... <input type="text"/></p>	
1134	<p>Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1136

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.	
1135	Quién la obligó? <b>Alguien más?</b> MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F AMIGA(O)..... G PROFESOR(A)/EMPLEADOR(A)/DESCONOCIDO(A)... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
1136	Hasta donde Ud. sabe, su padre golpeaba a su madre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
1137	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 601 Y 602: ESTADO CONYUGAL</b> NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/>		1139	
1138	Hasta dónde Ud. sabe, su esposo/compañero fue maltratado en su infancia por parte de sus padres o padrastros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
1139	Tiene algún hijastro(a)/hijo adoptivo viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2		
1139A	<b>VERIFIQUE 201, 216, 1139</b> AL MENOS UN HIJO/HIASTRO/ HIJO ADOPTIVO VIVO <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO/HIASTRO/ HIJO ADOPTIVO VIVO <input type="checkbox"/>	1143	
1140	<b>Quién castiga (castigaba) a sus hijos (o a sus hijastros) en el hogar?</b> <b>Alguien más?</b>	PADRE..... A MADRE O ENTREVISTADA/MADRASTRA..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y	1143	
1141	SI 1140 = A <input type="checkbox"/> SI 1140 = B <input type="checkbox"/> SI 1140 = X <input type="checkbox"/>			
1142	A. En qué forma castiga su esposo/compañero a: <b>sus hijos?</b> <b>sus hijastros/hijo adoptivo?</b> HIJOS DE ELLA      HIJASTROS/HIJO ADOPTIVO DE ELLA PALMADAS..... A      A ..... A EMPUJONES..... B      B ..... B REPRIMENDA VERBAL..... C      C ..... C PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... D      D ..... D PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... E      E ..... E CON GOLPES CON OBJETOS..... F      F ..... F DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... G      G ..... G IGNORÁNDOLOS..... H      H ..... H PONIÉNDOLES TRABAJO NO ADECUADO..... I      I ..... I DEJÁNDOLOS POR FUERA DE CASA..... J      J ..... J ECHÁNDOLES AGUA..... K      K ..... K ESCONDIÉNDOLES LA ROPA..... L      L ..... L QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... M      M ..... M QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... N      N ..... N OTRA: _____ X      X ..... X (ESPECIFIQUE)	B. En qué forma castiga Ud. a: <b>sus hijos?</b> <b>sus hijastros/hijo adoptivo?</b> HIJOS DE ELLA      HIJASTROS/HIJO ADOPTIVO DE ELLA PALMADAS..... A      A ..... A EMPUJONES..... B      B ..... B REPRIMENDA VERBAL..... C      C ..... C PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... D      D ..... D PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... E      E ..... E CON GOLPES CON OBJETOS..... F      F ..... F DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... G      G ..... G IGNORÁNDOLOS..... H      H ..... H PONIÉNDOLES TRABAJO NO ADECUADO..... I      I ..... I DEJÁNDOLOS POR FUERA DE CASA..... J      J ..... J ECHÁNDOLES AGUA..... K      K ..... K ESCONDIÉNDOLES LA ROPA..... L      L ..... L QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... M      M ..... M QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... N      N ..... N OTRA: _____ X      X ..... X (ESPECIFIQUE)	C. En qué forma castiga esa persona a: <b>sus hijos?</b> <b>sus hijastros/hijo adoptivo?</b> HIJOS DE ELLA      HIJASTROS/HIJO ADOPTIVO DE ELLA PALMADAS..... A      A ..... A EMPUJONES..... B      B ..... B REPRIMENDA VERBAL..... C      C ..... C PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... D      D ..... D PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... E      E ..... E CON GOLPES CON OBJETOS..... F      F ..... F DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... G      G ..... G IGNORÁNDOLOS..... H      H ..... H PONIÉNDOLES TRABAJO NO ADECUADO..... I      I ..... I DEJÁNDOLOS POR FUERA DE CASA..... J      J ..... J ECHÁNDOLES AGUA..... K      K ..... K ESCONDIÉNDOLES LA ROPA..... L      L ..... L QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... M      M ..... M QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... N      N ..... N OTRA: _____ X      X ..... X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1143	<p>En qué forma usualmente la castigan (castigaban) a Ud. sus padres?</p> <p>De alguna otra forma?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>PALMADAS..... A</p> <p>EMPUJONES..... B</p> <p>REPRIMENDA VERBAL..... C</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA(BA)..... D</p> <p>PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... E</p> <p>CON GOLPES CON OBJETOS..... F</p> <p>DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G</p> <p>IGNORÁNDOLA..... H</p> <p>PONIÉNDOLE TRABAJO NO ADECUADO..... I</p> <p>DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J</p> <p>ECHÁNDOLE AGUA..... K</p> <p>ESCONDIÉNDOLE LA ROPA..... L</p> <p>QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M</p> <p>QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LA CASTIGAN (CASTIGABAN)..... Z</p>	
1144	HORA DE TERMINACIÓN:	<p>HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

**AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUÉLVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.**



