

APÉNDICE E

EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

Instituto Nacional de Estadística -INE-
Encuesta de Salud Materno Infantil 1998/99 [ENSMI-98/99]

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

(MUJERES 15 A 49 AÑOS DE EDAD)

IDENTIFICACIÓN CARTOGRÁFICA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Región Depto.		Mpio. Sección		Sector	

IDENTIFICACIÓN PARA DIGITACIÓN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paquete		Hogar		Persona	

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: 1. URBANO 2. RURAL <input type="text"/> DIRECCIÓN: _____ _____ _____				UBICACIÓN GEOGRÁFICA: 1. DEPARTAMENTO: _____ 2. MUNICIPIO: _____ 3. ALDEA/CASERÍO/CANTÓN/FINCA: _____ _____									
RESULTADOS DE LAS VISITAS		1ra.	2da.	3ra.	*CODIGOS DE RESULTADO 1- COMPLETA 2- AUSENTE (NO ESTA EN CASA) 3- POSPUESTA 4- RECHAZO 5- PARCIALMENTE COMPLETA 6- PERSONA INCAPACITADA 7- OTRO _____ (ESPECIFIQUE)								
FECHA Y HORA													
ENCUESTADORA													
RESULTADO*													
PRÓXIMA VISITA	FECHA HORA												
VISITA FINAL DIA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 9 <input type="text"/> <input type="text"/>		CODIGO NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> _____											
ENCUESTADORA		Nº DE VISITAS											
RESULTADO DE ENTREVISTA *													
IDIOMA DE LA ENTREVISTA IDIOMA MATERNO IDIOMA DEL CUESTIONARIO ¿SE USO TRADUCTOR? 1=SI 2=NO		<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01 ESPAÑOL 02 KAOCHIQUEL 03 Q'E'OECHI 04 K'ICHE 05 MAM 06 POQOMCHI' 07 TZU'UTUJIL 08 KANJOBAL 09 CHORTI 10 PQCOMAM 96 OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
0	1												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
CONTROL DE OFICINA NOMBRE: FECHA CODIGO	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR: _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	EDITADO EN EL CAMPO POR: _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	EDITADO EN LA OFICINA POR: _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	DIGITADO POR: _____ <input type="text"/> <input type="text"/>									

ESPAÑOL (FEBRERO 1999)

TABLA DE CONVERSION EDAD – FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN 1999

(CUANDO SE INFORMA TANTO SOBRE LA FECHA DE NACIMIENTO COMO SOBRE LA EDAD)

EDAD ACTUAL	AÑO DE NACIMIENTO	
	NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 1999	HA CUMPLIDO AÑOS EN 1999
0	1998	-----
1	1997	1998
2	1996	1997
3	1995	1996
4	1994	1995
5	1993	1994
6	1992	1993
7	1991	1992
8	1990	1991
9	1989	1990
10	1988	1989
11	1987	1988
12	1986	1987
13	1985	1986
14	1984	1985
15	1983	1984
16	1982	1983
17	1981	1982
18	1980	1981
19	1979	1980
20	1978	1979
21	1977	1978
22	1976	1977
23	1975	1976
24	1974	1975
25	1973	1974
26	1972	1973
27	1971	1972
28	1970	1971
29	1969	1970
30	1968	1969
31	1967	1968
32	1966	1967
33	1965	1966
34	1964	1965

EDAD ACTUAL	AÑO DE NACIMIENTO	
	NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 1999	HA CUMPLIDO AÑOS EN 1999
35	1963	1964
36	1962	1963
37	1961	1962
38	1960	1961
39	1959	1960
40	1958	1959
41	1957	1958
42	1956	1957
43	1955	1956
44	1954	1955
45	1953	1954
46	1952	1953
47	1951	1952
48	1950	1951
49	1949	1950
50	1948	1949
51	1947	1948
52	1946	1947
53	1945	1946
54	1944	1945
55	1943	1944
56	1942	1943
57	1941	1942
58	1940	1941
59	1939	1940
60	1938	1939
61	1937	1938
62	1936	1937
63	1935	1936
64	1934	1935
65	1933	1934
66	1932	1933
67	1931	1932
68	1930	1931
69	1929	1930

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA											
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
101	ANOTE LA HORA	HORAS ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
102	Para empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar. Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo, en la capital, en una cabecera departamental, en un municipio, en una aldea, en un caserío, una finca o en el extranjero? NOMBRE DEL LUGAR: _____	EN LA CAPITAL ----- 1 CABECERA DEPARTAMENTAL ----- 2 CABECERA MUNICIPAL ----- 3 ALDEA, CASERIO ----- 4 FINCA ----- 5 EN EL EXTRANJERO ----- 6									
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>9</td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8			1	9					
1	9										
106	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
106A	COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN. SI COINCIDE <input type="checkbox"/> NO COINCIDE <input type="checkbox"/>										
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI ----- 1 NO ----- 2 → 109A									
108	¿Cuál es el último año de estudios que usted ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- 0 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr></table> PRIMARIA ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> SECUNDARIA ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ALFABETIZACION ----- 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr></table>	0				0				
0											
0											
109A	¿Ha asistido o asiste a una escuela/centro de enseñanza técnica para recibir cursos de capacitación? (IFES, INTECAP, CARE, IGLESIAS, OTRAS ORGANIZACIONES, ETC.)	SI ----- 1 NO ----- 2 → 110									
109B	¿Qué cursos ha recibido en los últimos cinco años o recibe actualmente? SONDEE: ¿Ha recibido algún otro curso? REGISTRE TODOS LOS CURSOS MENCIONADOS ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	COMPUTACION ----- A REPOSTERIA ----- B CORTE Y CONFECCION ----- C FLORISTERIA ----- D BORDADOS ----- E CULTORA DE BELLEZA ----- F CERAMICA ----- G AUXILIAR DE ENFERMERIA ----- H COCINA ----- I MECANOGRAFIA ----- J PINTURA ----- K OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)									
110	VEA 106: TIENE 24 AÑOS O MENOS: <input type="checkbox"/> TIENE 25 AÑOS O MÁS: <input type="checkbox"/> → 113										
110A	VEA 107: ASISTIO A LA ESCUELA: <input type="checkbox"/> NO ASISTIO A LA ESCUELA: <input type="checkbox"/> → 113										
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza formal: escuela, escuela técnica, instituto, colegio, universidad?	SI ----- 1 → 113 NO ----- 2									
111A	Usted dijo que dejó de ir a la escuela, ¿cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de ir a estudiar?	EDAD A LA QUE DEJO DE ESTUDIAR ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la cual usted dejó de asistir?	QUEDO EMBARAZADA 01 SE CASO 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NIÑOS 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA 04 NO PUDO PAGAR LA CUOTA 05 NECESITABA GANAR DINERO 06 SE GRADUO/SUFICIENTE ESCOLARIDAD 07 MALAS CALIFICACIONES 08 NO LE GUSTABA LA ESCUELA 09 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS 10 POR ENFERMEDAD O RAZON MEDICA 11 OTRA RAZON 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
113	VEA 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIMARIA O MENOS O NO ASISTIO A LA ESCUELA </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SECUNDARIA O SUPERIOR </div> </div>		115
114	¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o le resulta imposible?	FACILMENTE 1 CON DIFICULTAD 2 IMPOSIBLE 3	116
115	¿Lee usted un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2	
116	¿Escucha radio todos los días?	SI 1 NO 2	
117	¿Mira televisión al menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2	
118	¿A que iglesia, templo o congregación religiosa asiste la mayoría de miembros de este hogar? SI MENCIONA ALGUNA RELIGION, INDAGUE: ¿Cuál es el nombre de la iglesia o congregación a la que regularmente asisten? ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	CATOLICA 01 EVANGELICA 02 PROTESTANTE 03 COSTUMBRISTA (NAYA) 04 NINGUNA 05 OTRA 96 (ESPECIFIQUE) CODIGO DE IGLESIA <input type="text"/> <input type="text"/>	
118 A	¿A que iglesia, templo o congregación religiosa asiste usted regularmente? SI MENCIONA ALGUNA RELIGION, INDAGUE: ¿Cuál es el nombre de la iglesia o congregación a la que regularmente asiste usted? ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	CATOLICA 01 EVANGELICA 02 PROTESTANTE 03 COSTUMBRISTA (MAYA) 04 NINGUNA 05 OTRA 96 (ESPECIFIQUE) CODIGO DE IGLESIA <input type="text"/> <input type="text"/>	119
118 B	¿Cada cuánto asiste usted a la iglesia o a reuniones religiosas?	DIARIAMENTE 01 2 A 4 VECES POR SEMANA 02 UNA VEZ A LA SEMANA 03 2 A 3 VECES AL MES 04 UNA VEZ AL MES 05 UNA VEZ AL AÑO 06 NUNCA 07	
119	GRUPO ETNICO (OBSERVACION DE LA ENTREVISTADORA)	INDIGENA 01 LADINO 02 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
119A	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma hablan sobre todo en las horas de comida?	ESPAÑOL 01 KAOCHIQUEL 02 Q'EQCHI 03 K'ICHE 04 MAM 05 POQOMCHI' 06 TZU'UTUJIL 07 KANJOBAL 08 CHORTI 09 POCOMAM 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	119D
119B	¿Usted puede entender el español?	SI 1 NO 2	
119C	¿Usted puede hablar el español?	SI 1 NO 2	201
119D	¿Además del español, alguien de este hogar habla algún idioma Maya?	SI 1 NO 2	201
119E	¿Qué idioma es? INDAGUE: ¿Quién (quienes) lo habla (n)?	ESPAÑOL 01 KAOCHIQUEL 02 Q'EQCHI 03 K'ICHE 04 MAM 05 POQOMCHI' 06 TZU'UTUJIL 07 KANJOBAL 08 CHORTI 09 POCOMAM 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) ANOTE: # DE PERSONAS PERSONAS DE 6 A 14 AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 2A. REPRODUCCION			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos/as vivos que usted ha dado a luz. Fíjese que no me refiero a hijos o hijas criados/as o adoptados/as por usted. ¿Ha tenido alguna hija o hijo que ha nacido viva(o)?	SI 1 NO 2 →	206
202	De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté viviendo con usted?	SI 1 NO 2 →	204
203A	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO"	HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
203B	¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA"	HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	De los hijos que tuvo, ¿hay algún hijo o hija que ahora no esté viviendo con usted?	SI 1 NO 2 →	206
205A	¿Cuántos hijos (varones) no viven con usted? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO"	HIJOS FUERA <input type="text"/> <input type="text"/>	
205B	¿Cuántas hijas (mujeres) no viven con usted? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA"	HIJAS FUERA <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Dio alguna vez a luz un niño o niña que nació vivo pero que falleció después? SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE: ¿Tuvo algún hijo o hija que lloró o dio alguna señal de vida, pero que sólo sobrevivió por algunas horas o días?	SI 1 NO 2 →	208
207A	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO"	HIJOS MUERTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
207B	¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA"	HIJAS MUERTAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SI NUNCA HA DADO A LUZ ("NO" EN 201 Y 206), ANOTE "00" SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 203A, 203B, 205A, 205B, 207A, 207B (ES DECIR LOS RECUADROS) Y ANOTE EL TOTAL ANOTE "00" SI LA SUMA ES CERO	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VEA 208: Sólo para estar segura de que tengo la información correcta: Usted tuvo en TOTAL _____ nacidos durante toda su vida. ¿Está correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → DE SER NECESARIO INDAGUE Y CORRIJA 201-208		
210	VEA 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO → 227		

SECCION 2 B. HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o muertos.

Empecemos por el primero (el mayor) que tuvo.

ANOTE EN 212 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y PROSIGA HASTA LA 220 SEGÚN CORRESPONDA.

(212) ¿Cuáles es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo/a? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	(213) ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC).	(214) (NOMBRE). ¿Es hombre o mujer?	(215) ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(216) NOMBRE ¿Está vivo/a?	(217) SI ESTA VIVO/A, ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	(218) SI ESTA VIVO/A ¿(NOMBRE) vive con usted?	(219) SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: -EN 'DÍAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; -EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS -EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MÁS AÑOS SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	(220) DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MÁS?	(221) ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
01	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nac.)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3		
02	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
03	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
04	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
05	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
06	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
07	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
08	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
09	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
10	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2
11	UNICO--1 MÚLT--2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS-----1 MESES-----2 AÑOS-----3	SI-----1 NO-----2 (Siguién- te nacimiento)	SI-----1 NO-----2

SI ES SOLO UN NIÑO/A VIVO/A, PASE A PREGUNTA 222.

SECCION 2 B. HISTORIA DE NACIMIENTOS

(212) ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo/a? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	(213) ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC.)	(214) (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	(215) ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(216) NOMBRE ¿Está vivo/a?	(217) SI ESTA VIVO/A, ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	(218) SI ESTA VIVO/A ¿(NOMBRE) vive con usted?	(219) SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: -EN 'DIAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; -EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS -EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MAS AÑOS SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	(220) DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MAS?	(221) ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
12	UNICO--1 MÚLT --2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2
13	UNICO---1 MÚLT ---2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2
14	UNICO---1 MÚLT ---2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2
15	UNICO---1 MÚLT ---2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2
16	UNICO---1 MÚLT ---2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2
17	UNICO---1 MÚLT ---2	HOMBRE-1 MUJER--2	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 219)	EDAD <input type="text"/>	SI-----1 NO-----2 (Pase a 220)	DIAS----1 MESES---2 AÑOS----3	SI-----1 NO-----2 (Siguiente nacimiento)	SI---1 NO---2

222	CALCULE EL INTERVALO PARA EL ULTIMO NACIMIENTO RESTANDO EL AÑO DE NACIMIENTO DEL AÑO DE LA ENTREVISTA. ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MÁS AÑOS?	SI-----1 NO-----2	→ PASE A 223 → PASE A 224
223	¿Hubo otros nacidos vivos desde el nacimiento de (ULTIMO NACIDO VIVO)?	SI-----1 NO-----2	
224	<p>COMPARE EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN 212 CON EL NUMERO REGISTRADO EN 208 Y MARQUE CON UNA "X":</p> <p>NUMERO ES EL MISMO <input type="checkbox"/> NUMERO ES DIFERENTE <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS)</p> <p>A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:</p> <p>A) PARA CADA HIJO NACIDO VIVO: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 215) → <input type="text"/></p> <p>B) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 217) → <input type="text"/></p> <p>C) PARA CADA HIJO FALLECIDO: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 219) → <input type="text"/></p> <p>D) PARA HIJOS FALLECIDOS ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 219): → <input type="text"/></p> <p>SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES</p>		
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 SI NO HUBO NACIMIENTO, REGISTRE "0"	<input type="text"/>	
226	PARA CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1993, ANOTE UNA "N" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "N", REGRESE Y CONTINUE CON 227		

SECCION 2 C. EMBARAZO ACTUAL																							
N	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																				
227	¿Está usted actualmente embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO ESTA SEGURA ----- 8	→ 230 → 230																				
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene? ANOTE EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS ----- 1 MESES ----- 2	<table border="1" style="width: 50px; height: 50px; margin-left: 10px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																				
228A	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE 'E' EN LA COLUMNA 1 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES DE EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 229.																						
229	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada <i>entonces</i> , quería esperar <i>hasta más tarde</i> , o <i>no quería</i> tener (más) hijos?	ENTONCES ----- 1 MAS TARDE ----- 2 NO MAS HIJOS ----- 3																					
229B	¿Ha recibido la visita de algún médico ambulatorio, guardián de salud, promotor de salud, comadrona u otra persona para ayudarle a controlar su embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 229D																				
229C	¿Quién la ha visitado? SONDEE: ¿Alguien más la ha visitado? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)																					
229D	¿Ha ido usted a algún lugar o con alguna persona a control de este embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 229G																				
229E	¿Por qué razón no ha ido a control prenatal? ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:	EL ESTABLECIMIENTO ESTABA CERRADO ----- 01 NO HABÍA PERSONAL QUE ATENDIERA ----- 02 NEGARON EL DERECHO A LA ATENCIÓN ----- 03 HABÍA QUE ESPERAR MUCHO ----- 04 NO TENÍA SUFICIENTE DINERO PARA PAGAR ----- 05 DEMASIADO LEJOS EL ESTABLECIMIENTO ----- 06 NO PENSÓ QUE ERA NECESARIO ----- 07 POR COSTUMBRE ----- 08 NO HA TENIDO PROBLEMAS/ MOLESTIAS ----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98																					
229F	PASE A 230																						
229G	¿Qué personas la han controlado durante este embarazo? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS QUE HA LA HAN CONTROLADO INDICANDO EL NÚMERO DE VECES EN LOS RECUADROS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px;"> <tr><td colspan="2">Nº Veces</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <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>	Nº Veces																			
Nº Veces																							
229H	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue al primer control? ANOTE EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS ----- 1 MESES ----- 2	<table border="1" style="width: 50px; height: 50px; margin-left: 10px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																				

SECCION 2 C. EMBARAZO ACTUAL																																											
N	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																								
229I	<p>¿A qué establecimientos ha asistido Ud. a control y cuántas veces durante el embarazo hasta ahora?</p> <p>SONDEE: ¿Asistió a algún otro lugar?</p> <p>REGISTRE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CORRESPONDAN, INDICANDO EL NUMERO DE VECES QUE ASISTIO AL LUGAR EN LOS RECUADROS</p>	<p>ESTABLECIMIENTO Nº VECES</p> <table border="1"> <tr><td>HOSPITAL PÚBLICO</td><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CENTRO DE SALUD</td><td>B</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PUESTO DE SALUD</td><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IGSS</td><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD</td><td>E</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO</td><td>F</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO</td><td>G</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>APROFAM</td><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CASA COMADRONA</td><td>I</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	HOSPITAL PÚBLICO	A			CENTRO DE SALUD	B			PUESTO DE SALUD	C			IGSS	D			CENTRO COMUNITARIO DE SALUD	E			CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO	F			CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO	G			APROFAM	H			CASA COMADRONA	I			OTRO	X			
HOSPITAL PÚBLICO	A																																										
CENTRO DE SALUD	B																																										
PUESTO DE SALUD	C																																										
IGSS	D																																										
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD	E																																										
CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO	F																																										
CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO	G																																										
APROFAM	H																																										
CASA COMADRONA	I																																										
OTRO	X																																										
229J	<p>¿A qué establecimiento o lugar acudió Ud. para el último control?</p>	<table border="1"> <tr><td>HOSPITAL PUBLICO</td><td>11</td></tr> <tr><td>CENTRO DE SALUD</td><td>12</td></tr> <tr><td>PUESTO DE SALUD</td><td>13</td></tr> <tr><td>IGSS</td><td>14</td></tr> <tr><td>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD</td><td>17</td></tr> <tr><td>CLÍNICA PRIVADA/HOSPITAL PRIVADO</td><td>21</td></tr> <tr><td>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PRIVADO</td><td>22</td></tr> <tr><td>APROFAM</td><td>24</td></tr> <tr><td>CASA COMADRONA</td><td>41</td></tr> <tr><td>OTRO</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>98</td></tr> </table>	HOSPITAL PUBLICO	11	CENTRO DE SALUD	12	PUESTO DE SALUD	13	IGSS	14	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD	17	CLÍNICA PRIVADA/HOSPITAL PRIVADO	21	CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PRIVADO	22	APROFAM	24	CASA COMADRONA	41	OTRO	96	(ESPECIFIQUE)		NO SABE	98																	
HOSPITAL PUBLICO	11																																										
CENTRO DE SALUD	12																																										
PUESTO DE SALUD	13																																										
IGSS	14																																										
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD	17																																										
CLÍNICA PRIVADA/HOSPITAL PRIVADO	21																																										
CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PRIVADO	22																																										
APROFAM	24																																										
CASA COMADRONA	41																																										
OTRO	96																																										
(ESPECIFIQUE)																																											
NO SABE	98																																										
229K	<p>¿Le han realizado exámenes durante este embarazo?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO</td><td>2</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>8</td></tr> </table>	SI	1	NO	2	NO SABE	8	<p>229M</p> <p>229M</p>																																		
SI	1																																										
NO	2																																										
NO SABE	8																																										
229L	<p>¿Qué exámenes le han realizado a usted durante este embarazo?</p> <p>INDAGUE POR LOS EXAMENES REALIZADOS EN UN LABORATORIO CLINICO BIOLOGICO. SONDEE: ¿Le han realizado algún otro examen en un laboratorio?</p> <p>REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL:</p>	<table border="1"> <tr><td>EXAMEN DE SANGRE</td><td>A</td></tr> <tr><td>CONTROL DE PESO</td><td>B</td></tr> <tr><td>EXAMEN DE ORINA/HECES FECALES</td><td>C</td></tr> <tr><td>PRESIÓN ARTERIAL</td><td>D</td></tr> <tr><td>RAYOS X</td><td>E</td></tr> <tr><td>ULTRASONIDO</td><td>F</td></tr> <tr><td>OTRO</td><td>X</td></tr> <tr><td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	EXAMEN DE SANGRE	A	CONTROL DE PESO	B	EXAMEN DE ORINA/HECES FECALES	C	PRESIÓN ARTERIAL	D	RAYOS X	E	ULTRASONIDO	F	OTRO	X	(ESPECIFIQUE)																										
EXAMEN DE SANGRE	A																																										
CONTROL DE PESO	B																																										
EXAMEN DE ORINA/HECES FECALES	C																																										
PRESIÓN ARTERIAL	D																																										
RAYOS X	E																																										
ULTRASONIDO	F																																										
OTRO	X																																										
(ESPECIFIQUE)																																											
229M	<p>¿Tiene usted carnet de control prenatal?</p> <p>SI TIENE EL CARNET, QUE SE LO MUESTRE Y COPIE EL NUMERO DE CONTROLES ANOTADOS</p>	<table border="1"> <tr><td>SI (CARNET VISTO)</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="2">(COPIE DEL CARNET EL NUMERO DE CONTROLES)</td></tr> <tr><td>SI (CARNET NO VISTO)</td><td>2</td></tr> <tr><td>NUNCA LE HAN DADO</td><td>3</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>8</td></tr> </table>	SI (CARNET VISTO)	1	(COPIE DEL CARNET EL NUMERO DE CONTROLES)		SI (CARNET NO VISTO)	2	NUNCA LE HAN DADO	3	NO SABE	8																															
SI (CARNET VISTO)	1																																										
(COPIE DEL CARNET EL NUMERO DE CONTROLES)																																											
SI (CARNET NO VISTO)	2																																										
NUNCA LE HAN DADO	3																																										
NO SABE	8																																										
229N	<p>¿Le han colocado a usted alguna inyección en el brazo para que el niño/niña no tenga tétanos (convulsiones) cuando nazca?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO</td><td>2</td></tr> </table>	SI	1	NO	2	229P																																				
SI	1																																										
NO	2																																										
229O	<p>¿Cuántas veces le han puesto esta inyección hasta la fecha?</p>	<table border="1"> <tr><td>NUMERO DE VECES SEGUN CARNET</td><td>1</td></tr> <tr><td>NUMERO DE VECES SEGUN ENTREVISTADA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NO SABE/NO RECUERDA</td><td>9</td></tr> </table>	NUMERO DE VECES SEGUN CARNET	1	NUMERO DE VECES SEGUN ENTREVISTADA	2	NO SABE/NO RECUERDA	9	8																																		
NUMERO DE VECES SEGUN CARNET	1																																										
NUMERO DE VECES SEGUN ENTREVISTADA	2																																										
NO SABE/NO RECUERDA	9																																										
229P	<p>¿Ha tomado durante el presente embarazo pastillas prenatales?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO</td><td>2</td></tr> </table>	SI	1	NO	2	229R																																				
SI	1																																										
NO	2																																										

SECCION 2 C. EMBARAZO ACTUAL

N	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
229Q	<p>¿Quién se las recetó?</p> <p>SONDEE: ¿Alguien más le recetó pastillas prenatales?</p> <p>REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS</p>	<p>MEDICO ----- A</p> <p>MEDICO AMBULATORIO ----- B</p> <p>ENFERMERA ----- C</p> <p>COMADRONA CAT ----- D</p> <p>COMADRONA EMPIRICA ----- E</p> <p>PROMOTOR DE SALUD ----- F</p> <p>GUARDIAN DE SALUD ----- G</p> <p>CURANDERO ----- H</p> <p>OTRA PERSONA ----- X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
229R	<p>Dígame todos los problemas de salud que Ud. ha tenido durante el embarazo actual</p> <p>SONDEE: ¿Ha tenido algún otro problema de salud?</p> <p>REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>PÉRDIDA DE SANGRE ----- A</p> <p>INFECCIÓN/FIEBRE ----- B</p> <p>DIABETES ----- C</p> <p>HINCHAZÓN DE PIERNAS, PIES O MANOS ----- D</p> <p>PRESIÓN ALTA/BAJA ----- E</p> <p>PREECLAMPSIA ----- F</p> <p>CONVULSIONES EPILEPTICAS ----- G</p> <p>AMENAZA DE ABORTO ----- H</p> <p>MAL DE ORÍN ----- I</p> <p>FLUJO ----- J</p> <p>OTRO ----- X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGÚN PROBLEMA ----- Y</p>	<p>→ 230</p>
229S	<p>¿A dónde acudió usted para curarse de ese (esos) problema(s) de salud?</p> <p>INDAGUE: ¿A que lugar fue? ¿Algún otro lugar o persona?</p> <p>REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>HOSPITAL PÚBLICO ----- A</p> <p>CENTRO DE SALUD ----- B</p> <p>PUESTO DE SALUD ----- C</p> <p>IGSS ----- D</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E</p> <p>CLÍNICA PRIVADA/HOSPITAL PRIVADO ----- F</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/MEDICO PRIVADO ----- G</p> <p>MEDICO AMBULATORIO ----- H</p> <p>APROFAM ----- I</p> <p>FARMACIA ----- J</p> <p>CASA COMADRONA ----- K</p> <p>FAMILIAR/AMIGO ----- L</p> <p>OTRO ----- X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUN LUGAR/NO HIZO NADA ----- Y</p>	
229T	<p>VEA 229S</p> <p>CIRCULO UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CODIGOS: B, C, E, G, H, K <input type="checkbox"/></p> <p>CIRCULO UNICAMENTE OTROS CODIGOS <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 230</p>
229U	<p>Al llegar con/al (PERSONA/LUGAR), ¿le dijeron que fuera a otro lugar o establecimiento para curarse?</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	<p>→ 230</p>

SECCION 2 C. EMBARAZO ACTUAL

N	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
229V	¿A qué lugar la mandaron?	HOSPITAL PÚBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17 CLÍNICA PRIVADA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CONSULTORIO MÉDICO/MEDICO PRIVADO ----- 22 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 CASA COMADRONA ----- 41 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98																			
229W	¿Fue atendida en ese lugar?	SI ----- 1 NO ----- 2																			
230	¿Ha tenido alguna vez un embarazo el cual terminó en un nacido muerto, en una pérdida o en un aborto?	SI ----- 1 NO ----- 2	236																		
231	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos, o esa pérdida o aborto?	MES ----- AÑO ----- 1 9																			
232	VEA 231: ULTIMO EMBARAZO TERMINO EN O DESPUES DE ENERO DE 1993	ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1993 → 236																			
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó?	MESES -----																			
233A	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DEL EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 234.																				
234	¿Ha tenido algún otro embarazo que terminó en un nacido muerto, en pérdida, o en un aborto?	SI ----- 1 NO ----- 2	236																		
235	VAYA AL CALENDARIO Y PREGUNTE POR FECHA Y DURACION DE OTROS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN NACIDO MUERTO, PERDIDA O ABORTO. ANOTE UNA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINÓ, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 236.																				
236	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla? INDAGUE: ¿El tiempo de la última regla? SI LE DAN LA FECHA ANOTE LA Y LUEGO HAGA EL CALCULO DE DIAS, SEMANAS, MESES, ETC. FECHA: _____	ESTA MENSTRUANDO ----- 0 HACE DIAS ----- 1 HACE SEMANAS ----- 2 HACE MESES ----- 3 HACE AÑOS ----- 4 EN MENOPAUSIA ----- 9 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO ----- 9 NUNCA MENSTRUO ----- 9 NO SABE ----- 9	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>4</td></tr> <tr><td>9</td><td>5</td></tr> <tr><td>9</td><td>6</td></tr> <tr><td>9</td><td>8</td></tr> </table>	0	0									9	4	9	5	9	6	9	8
0	0																				
9	4																				
9	5																				
9	6																				
9	8																				
237	Entre una regla y otra, ¿sabe usted que hay días en los cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	300 300																		
238	¿En cuáles días entre una regla y otra, cree usted que la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada? ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ----- 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA ----- 02 EN LA MITAD ENTRE UNA REGLA Y OTRA ----- 03 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA ----- 04 EN CUALQUIER MOMENTO ----- 05 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98																			

SECCION 3. ANTICONCEPCION

300	<ul style="list-style-type: none"> CIRCULE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE AL PREGUNTAR 301. PARA CADA METODO NO MENCIONADO PREGUNTE 302 Y LEA EL NOMBRE DEL METODO Y LA DESCRIPCION, SI ES NECESARIO. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO; EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDE. LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2). 		
300A	Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para cuidarse y demorar o evitar un embarazo.		
301	¿Qué métodos conoce usted o de cuáles ha escuchado hablar? INDAGUE: ¿Algún otro método?	SI ESPON- TANEO	302 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? SI RECONOCIDO NO CONOCE
01.	PASTILLAS, PILDORAS Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.	1	2 3
02.	DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una "T" de cobre con un médico o una enfermera.	1	2 3
03.	INYECCION Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2 3
04.	NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 6 palillos pequeños los cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años.	1	2 3
05.	DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2 3
06.	PRESERVATIVO (CONDON) Los hombres pueden usar un preservativo (Jebe, Condón) durante las relaciones sexuales.	1	2 3
07.	ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS - OPERACION) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2 3
08.	ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA - OPERACION) Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2 3
09.	RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MUCOSA CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse.	1	2 3
10.	RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1	2 3
11.	OTROS METODOS Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO	1	2 3 (ESPECIFIQUE)
303	¿Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? PARA EL CONDON (METODO 6), Y PARA LA ESTERILIZACION (7 Y 8), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS SI ----- 1 NO ----- 2		

304	NI UN SOLO "SI" EN 303 (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> POR LO MENOS UN "SI" EN 303 (ALGUNA VEZ HA USADO) <input type="checkbox"/>	
305	¿Alguna vez usted o su esposo/compañero, han usado algo o hecho algo para que no quede embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada)?	SI ----- 1 NO ----- 2
306	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO	
306A	PASE A 331	
307	¿Qué ha usado o qué ha hecho?	
307A	CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO)	

SECCION 3: ANTICONCEPCION

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
308	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted usó un método o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada).</p> <p>¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar o demorar quedar embarazada?</p> <p>_____</p>	<p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09</p> <p>RETIRO ----- 10</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
308A	¿Estuvo satisfecha (contenta) con el primer método que usó?	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p> <p>INDIFERENTE ----- 3</p> <p>NO RECUERDA ----- 4</p>	
309	<p>¿Cuántos hijos tenía usted cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada?</p> <p>SI "NINGUNO" ANOTE "00"</p>	<p>NUMERO DE HIJOS ----- </p>	
311	<p>VEA 303:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> LA MUJER ESTA ESTERILIZADA</p> <p>→ 314A</p> </div> </div>		
312	<p>VEA 227:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> EMBARAZADA</p> <p>→ 325</p> </div> </div>		
313	¿Actualmente está usted o su marido (compañero) usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	→ 325
313A	<p>¿Están satisfechos (contentos) los dos con el método que están usando actualmente, o sólo uno de ustedes está satisfecho?</p> <p>(INDAGUE SI ES NECESARIO QUIEN ESTA SATISFECHO)</p>	<p>LOS DOS SATISFECHOS ----- 01</p> <p>LOS DOS INSATISFECHOS ----- 02</p> <p>SOLO EL SATISFECHO ----- 03</p> <p>SOLO ELLA SATISFECHA ----- 04</p> <p>INDIFERENTES LOS DOS ----- 05</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
314	<p>¿Qué método está(n) usando?</p> <p>¿Qué está(n) haciendo para que usted no quede embarazada?</p> <p>RESPUESTA TEXTUAL:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09</p> <p>RETIRO ----- 10</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 318</p> <p>→ 318</p> <p>→ 323</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p>
314A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE EL "07"		
315	<p>¿Puede mostrarme las píldoras (la caja/la tira/el sobre) que está usando actualmente?</p> <p>SI MOSTRO LA CAJA, CIRCULE "1", ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA Y PASE A 317</p>	<p>MOSTRO LAS PILDORAS ----- 1</p> <p style="text-align: center;">(COPIE EL NOMBRE DE LA MARCA)</p> <p style="text-align: center;">_____ </p> <p>NO PUDO MOSTRARLAS ----- 2</p>	→ 317
316	<p>¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente?</p> <p>ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA (O MUESTRE LA FOTO)</p>	<p>NOMBRE DE LA MARCA: _____ </p> <p>NO SABE ----- 9 8</p>	
317	¿Cuánto le cuesta una caja (tira/sobre) de píldoras?	<p>COSTO ----- </p> <p>GRATIS ----- 9 9 9 9 6</p> <p>NO SABE ----- 9 9 9 9 8</p>	

SECCION 3: ANTICONCEPCION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
317A	¿Consultó usted con un médico antes de empezar a usarlas?	SI 1 NO 2	
317B	PASE A 324		
318	¿Dónde tuvo lugar la operación de esterilización? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO 11 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 CLINICA APROFAM 24 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
318A	¿Conversó usted con su esposo/marido la idea de esterilización (operarse)? Si, es SI, ¿Quién inició la conversación del tema?	SI, ESPOSA INICIO 1 SI, ESPOSO INICIO 2 NO 3	318C
318B	¿Cuál fue la reacción de su esposo/marido acerca de la idea de esterilización (operarse)? RESPUESTA TEXTUAL. _____ _____	DE APOYO DESDE COMIENZO 01 INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO 02 NEUTRAL 03 OPUESTO 04 OTRA RAZON 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
318C	VEA 303: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> </div> <div> LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA ESPOSO/COMPAÑERO ESTA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right;">→ 319</div>		
318D	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo? Si la respuesta es SI pregunte: ¿Fue éste un parto por cesárea?	SI, PARTO POR CESAREA 1 SI, PARTO NORMAL 2 NO 3	
319	¿Se arrepiente usted (su esposo) de haberse operado para no tener mas hijos?	SI 1 NO 2	320A
320	¿Por qué se arrepiente? (se arrepintió)	MUJER QUIERE OTRO HIJO 01 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO 02 EFECTOS SECUNDARIOS 03 HIJO HA MUERTO 04 OTRA RAZON 96 (ESPECIFIQUE)	
320A	¿Le recomendaría la esterilización femenina (masculina/la operación) a un familiar o amigo/a?	SI 1 NO 2	
321	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?	MES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> AÑO <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> 1 9 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NO SABE AÑO 9 9 9 8	322
321A	¿Qué edad tenía cuando fue usted (él) operada (o)?	EDAD A LA QUE FUE OPERADA/O <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>	
322	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION DE PREGUNTA 314 EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACIÓN O HASTA ENERO DE 1993. REGRESE Y CONTINUE CON 322A.		
322A	VEA 321: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> ESTERILIZADA/O ANTES DE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> </div> <div> ESTERILIZADA/O EN/O DESPUES DE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>PASE A 329A</div> <div>PASE A 325</div> </div>		
323	¿Cómo calcula usted en que días no puede tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CALENDARIO/CUENTA DIAS 01 TEMPERATURA DEL CUERPO 02 MOCO CERVICAL/(BILLINGS) 03 TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL 04 NO METODO ESPECIFICO 05 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 3: ANTICONCEPCION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
324	<p>VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 314 EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método?</p>		
325	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros periodos en los últimos años, durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para demorar o evitar que usted quede embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1993. LA COLUMNA 1 DEBE QUEDAR SIN MESES EN BLANCO.</p> <p>USE LOS NOMBRES DE HIJOS (AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2, ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES CORRESPONDIENTE AL ULTIMO MES DE USO, PARA CADA PERIODO DE USO.</p> <p>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN EL COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1.</p> <p>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO.</p> <p>SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE ACCIDENTAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 1: ¿Cuándo fue la última vez que usó un método? ¿Qué método era ese? ¿Cuándo comenzó a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Cuánto tiempo usó entonces el método?</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 2: ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</p> <p>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</p>		
327	<p>VEA 313, 314 y 314A:</p> <p>SI LA PREGUNTA 314 NO SE HIZO, CIRCULE "00" (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON)</p> <p>SI LA PREGUNTA 314 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.</p>	<p>NO SE PREGUNTO 314 00</p> <p>PILDORA 01</p> <p>DIU 02</p> <p>INYECCIONES 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDOM) 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) 09</p> <p>RETIRO 10</p> <p>OTRA 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 329A</p> <p>→ 329A</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>
328	<p>¿Dónde consiguió (EL METODO) la última vez?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO 11</p> <p>CENTRO DE SALUD 12</p> <p>PUESTO DE SALUD 13</p> <p>IGSS 14</p> <p>PROMOTOR DE SALUD 15</p> <p>DISTRIBUIDOR COMUNITARIO APROFAM 16</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17</p> <p>MEDICO AMBULATORIO 18</p> <p>GUARDIAN DE SALUD 19</p> <p>HOSPITAL PRIVADO 21</p> <p>CLINICA PRIVADA 22</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR 23</p> <p>APROFAM 24</p> <p>FARMACIA 25</p> <p>OTRO PRIVADO 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR 31</p> <p>OTRO LUGAR 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 98</p>	

SECCION 3: ANTICONCEPCION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
329	¿Sabe de algún otro lugar en donde hubiera podido obtener el (MÉTODO) la última vez?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 334
329A	SI MÉTODO EN 327=ESTERILIZACION MASCULINA/FEMENINA ¿Al momento de la operación, sabía usted de algún otro lugar en donde podría haberse hecho operar?		
330	La gente selecciona el lugar para obtener servicios de planificación familiar por diferentes razones. En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar? ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CÓDIGO DE LA RAZÓN PRINCIPAL EN LA COLUMNA DE RESPUESTAS. _____ _____	MAS CERCANO A LA CASA ----- 11 CERCANO AL MERCADO/TRABAJO ----- 12 TRANSPORTE DISPONIBLE ----- 13 PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ----- 21 INSTALACIONES MAS LIMPIAS ----- 22 OFRECE MEJOR PRIVACIDAD ----- 23 MENOR TIEMPO DE ESPERA ----- 24 HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ----- 25 PUEDE USAR OTROS SERVICIOS AHI ----- 26 MENOR COSTO ----- 31 QUERIA ANONIMIDAD ----- 41 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
330A	PASE A 334		
331	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no está usando un método de anticoncepción? ESCRIBA AQUÍ TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y LUEGO CIRCULE EL CÓDIGO DE LA RAZÓN PRINCIPAL _____ _____ _____ _____	NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 HISTERECTOMIZADA ----- 14 NO TIENE RELACIONES ----- 21 SEXO INFRECIENTE ----- 22 MENOPAUSICA ----- 23 SUBFERTIL/INFERTIL ----- 24 POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25 DESEA MAS HIJOS ----- 26 ESTA EMBARAZADA ----- 27 OPOSICION DE ELLA ----- 31 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO ----- 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33 POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34 NO CONOCE MÉTODO ----- 41 NO CONOCE FUENTE ----- 42 PREOCUPACIONES DE SALUD ----- 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52 LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53 MUY COSTOSO ----- 54 INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO ----- 56 OTRA RAZÓN ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
332	¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 334

SECCION 3: ANTICONCEPCION

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
333	<p>¿Cuál es el principal lugar que usted conoce?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUELICA O PRIVADA.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO 11</p> <p>CENTRO DE SALUD 12</p> <p>PUESTO DE SALUD 13</p> <p>IGSS 14</p> <p>PROMOTOR DE SALUD 15</p> <p>DISTRIBUIDOR COMUNITARIO DE APROFAM 16</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17</p> <p>MEDICO AMBULATORIO 18</p> <p>GUARDIAN DE SALUD 19</p> <p>HOSPITAL PRIVADO 21</p> <p>CLINICA PRIVADA 22</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR 23</p> <p>APROFAM 24</p> <p>FARMACIA 25</p> <p>OTRO PRIVADO 26</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR 31</p> <p>OTRO LUGAR 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 98</p>	
334	¿Fue visitada por un trabajador del programa de planificación familiar en los últimos 12 meses?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	
335	¿Ha ido a una institución de salud en los últimos 12 meses?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→ 337
336	¿Alguien en la institución que usted visitó le habló sobre métodos de planificación familiar?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	
337	¿Cree que la lactancia materna afecta la posibilidad de quedar embarazada?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p>	→ 343
338	¿Cree usted que la lactancia materna aumenta o disminuye las posibilidades de quedar embarazada?	<p>AUMENTA LA POSIBILIDAD 1</p> <p>DISMINUYE POSIBILIDAD 2</p> <p>NO AFECTA LA POSIBILIDAD 3</p> <p>DEPENDE 4</p> <p>NO SABE 8</p>	→ 343
339	<p>VEA 210:</p> <p style="text-align: center;">UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIN HIJOS</p> <p style="text-align: right;">→ 343</p>		
340	¿Usted ha utilizado alguna vez la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→ 343
341	<p>VEA 311 Y 312:</p> <p style="text-align: center;">NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA O NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O ESTERILIZADA</p> <p style="text-align: right;">→ 343</p>		
342	¿Está usted utilizando en la actualidad la lactancia materna como un método para evitar quedar embarazada?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	
343	¿Alguna vez le han hecho el examen de papanicolau?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→ 346
344	¿Por qué no se ha hecho un examen de papanicolau?	<p>NO SABE QUE ES 01</p> <p>NO SABE DONDE LO HACEN 02</p> <p>LE DA VERGÜENZA 03</p> <p>NO CREE QUE ES IMPORTANTE 04</p> <p>OTRA RAZON 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 98</p>	
345	PASE A 401		

SECCION 3: ANTICONCEPCION

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
346	<p>¿Hace cuánto tiempo se hizo por última vez el examen de papanicolau?</p> <p>SI LE DICE LA FECHA, CALCULE PARA ANOTAR LOS DIAS, MESES O AÑOS QUE CORRESPONDAN</p> <p>FECHA: _____</p>	<p>DIA----- 1</p> <p>MES----- 2</p> <p>AÑO----- 3</p> <p>NO SABE----- 9</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </table>					9	8	
9	8								
347	<p>¿En qué lugar le hicieron el examen?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO ----- 11</p> <p>CENTRO DE SALUD ----- 12</p> <p>PUESTO DE SALUD ----- 13</p> <p>IGSS ----- 14</p> <p>PROMOTOR DE SALUD ----- 15</p> <p>DISTRIBUIDOR COMUNITARIO DE APROFAM ----- 16</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17</p> <p>MEDICO AMBULATORIO ----- 18</p> <p>GUARDIAN DE SALUD ----- 19</p> <p>HOSPITAL PRIVADO ----- 21</p> <p>CLINICA PRIVADA ----- 22</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR ----- 23</p> <p>APROFAM ----- 24</p> <p>FARMACIA ----- 25</p> <p>OTRO PRIVADO ----- 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR ----- 31</p> <p>OTRO LUGAR ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>							
348	<p>¿Qué le dijeron cuando le entregaron el resultado del examen?</p>	<p>NO HA RECIBIDO LOS RESULTADOS ----- 01</p> <p>RESULTADO NEGATIVO (NORMAL) ----- 02</p> <p>DEBIA REPETIRLO INMEDIATAMENTE ----- 03</p> <p>DEBIA REPETIRLO EN MENOS DE UN AÑO ----- 04</p> <p>LA TENTAN QUE OPERAR ----- 05</p> <p>ESTABA ENFERMA ----- 06</p> <p>DUE TENIA CANCER ----- 07</p> <p>OTRA ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>							

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA				
401	VEA 225 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1993 O SIN HIJOS </div> </div>	465		
402	ANOTE EN 403 EN CADA COLUMNA, EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1993. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO SI HAY MAS NACIDOS. UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES ANOTE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO			
403	VEA 212 PARA: NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE →	PENULTIMO NACIDO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE →	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE →
404	DE LA PREGUNTA 216 →	VIVO MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>	VIVO MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>	VIVO MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. (Hablaemos por turno, sobre cada niño/a)				
405	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada entonces, quería esperar hasta más tarde, o no quería tener (más) hijos?	ENTONCES (PASE A 406A) ← 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A 406A) ←	ENTONCES (PASE A 406A) ← 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A 406A) ←	ENTONCES (PASE A 406A) ← 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A 406A) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 9 8 (PASE A 406A) ←	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 9 8 (PASE A 406A) ←	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 9 8 (PASE A 406A) ←
406A	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), usted fue a control prenatal de su embarazo?	SI 1 NO 2 (PASE A 409D) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 409D) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 409D) ←
407	¿Quiénes o quienes la atendieron y cuántas veces fue a control con cada uno? SODEE ¿La atendió alguien más? ¿Cuántas veces fue con cada uno? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS 98=NO RECUERDA NUMERO DE VECES	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO X (ESPECIFIQUE)	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO X (ESPECIFIQUE)	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO X (ESPECIFIQUE)
407A	¿A dónde fue a control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)? SONDEE. ¿Fue a algún otro lugar? ¿Cuántas veces fue a cada uno? ¿Cuál fue el lugar más frecuentado? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS 98 = NO RECUERDA NUMERO DE VECES ANOTE EL CODIGO QUE CORRESPONDE AL LUGAR MAS FRECUENTADO →	HOSPITAL PUBLICO A CENTRO DE SALUD B PUESTO DE SALUD C IGSS D CENTRO COM. DE SALUD E CLINICA/HOSP. PRIVADO F CONSULTORIO/MED. PRIVADO G APROFAM H CASA DE COMADRONA I CASA DE ENTREVISTADA J OTRO X (ESPECIFIQUE) LUGAR MAS FRECUENTADO →	HOSPITAL PUBLICO A CENTRO DE SALUD B PUESTO DE SALUD C IGSS D CENTRO COM. DE SALUD E CLINICA/HOSP. PRIVADO F CONSULTORIO/MED. PRIVADO G APROFAM H CASA DE COMADRONA I CASA DE ENTREVISTADA J OTRO X (ESPECIFIQUE) LUGAR MAS FRECUENTADO →	HOSPITAL PUBLICO A CENTRO DE SALUD B PUESTO DE SALUD C IGSS D CENTRO COM. DE SALUD E CLINICA/HOSP. PRIVADO F CONSULTORIO/MED. PRIVADO G APROFAM H CASA DE COMADRONA I CASA DE ENTREVISTADA J OTRO X (ESPECIFIQUE) LUGAR MAS FRECUENTADO →
407B	VEA 407A: EL LUGAR MAS FRECUENTADO ES LA CASA DE ENTREVISTADA U OTRO LUGAR	OTRO LUGAR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 408)	OTRO LUGAR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 408)	OTRO LUGAR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 408)

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA

Nº	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
07C	¿Durante una visita típica este lugar (lugar más frecuentado) cuánto tiempo tuvo que esperar para que le dieran consulta?	HORAS -----1 <input type="text"/> MINUTOS -----2 <input type="text"/> NO SABE -----9 <input type="text"/>	HORAS -----1 <input type="text"/> MINUTOS -----2 <input type="text"/> NO SABE -----9 <input type="text"/>	HORAS -----1 <input type="text"/> MINUTOS -----2 <input type="text"/> NO SABE -----9 <input type="text"/>
108	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) <i>por primera vez</i> ? SELECCIONE EL CODIGO SEMANAS O MESES Y ANOTE EL NUMERO	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>
409	¿Cuántas visitas de control prenatal tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)? (CONTROL PRENATAL = CONTROL DEL EMBARAZO = ATENCION PRENATAL)	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ---- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ---- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ---- 9 8
409A	VEA 409: NUMERO DE VECES QUE RECIBIO CONTROL PRENATAL	MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text"/> ↓ UNA VEZ <input type="text"/> ↓ (PASE A 410)	MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text"/> ↓ UNA VEZ <input type="text"/> ↓ (PASE A 410)	MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text"/> ↓ UNA VEZ <input type="text"/> ↓ (PASE A 410)
409B	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) <i>la última vez</i> ? SELECCIONE EL CODIGO SEMANAS O MESES Y ANOTE EL NUMERO	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ---9 <input type="text"/>
409C		PASE A 410	PASE A 410	PASE A 410
409D	¿Por qué razón no vio a alguien para el control del embarazo de (NOMBRE)?	DISTANCIA AL LUGAR -----01 CONTROLES EN SU CASA -----02 FALTA DE CONFIANZA -----03 CREE ATENCION ES MALA -----04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -----05 INSTITUCION ESTABA CERRADA -----06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO -----07 COSTO DE LA ATENCION -----08 OTRO -----96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR -----01 CONTROLES EN SU CASA -----02 FALTA DE CONFIANZA -----03 CREE ATENCION ES MALA -----04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -----05 INSTITUCION ESTABA CERRADA -----06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO -----07 COSTO DE LA ATENCION -----08 OTRO -----96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR -----01 CONTROLES EN SU CASA -----02 FALTA DE CONFIANZA -----03 CREE ATENCION ES MALA -----04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -----05 INSTITUCION ESTABA CERRADA -----06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO -----07 COSTO DE LA ATENCION -----08 OTRO -----96 (ESPECIFIQUE)
410	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron alguna inyección en el brazo para que el niño no tenga tétanos (convulsiones después de nacido)?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 411A) ← NO SE ACUERDA -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 411A) ← NO SE ACUERDA -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 411A) ← NO SE ACUERDA -----8
411	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo?	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 8
411A	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), ¿le dieron (o usted compró) pastillas de sulfato ferroso o ácido fólico (prenatales)?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 412) ← NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 412) ← NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 412) ← NO SABE ----- 8
411B	¿Cuántas pastillas de sulfato ferroso o ácido fólico (prenatales) tomó usted?	NUMERO DE PASTILLAS ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 9 8	NUMERO DE PASTILLAS ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 9 8	NUMERO DE PASTILLAS ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 9 8

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA									
N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO			
		NOMBRE _____		NOMBRE _____		NOMBRE _____			
412	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO 11	HOSPITAL PUBLICO 11	HOSPITAL PUBLICO 11	HOSPITAL PUBLICO 11	HOSPITAL PUBLICO 11	HOSPITAL PUBLICO 11		
		CENTRO DE SALUD 12	CENTRO DE SALUD 12	CENTRO DE SALUD 12	CENTRO DE SALUD 12	CENTRO DE SALUD 12	CENTRO DE SALUD 12		
		PUESTO DE SALUD 13	PUESTO DE SALUD 13	PUESTO DE SALUD 13	PUESTO DE SALUD 13	PUESTO DE SALUD 13	PUESTO DE SALUD 13		
		IGSS 14	IGSS 14	IGSS 14	IGSS 14	IGSS 14	IGSS 14		
		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17		
		HOSPITAL PRIVADO 21	HOSPITAL PRIVADO 21	HOSPITAL PRIVADO 21	HOSPITAL PRIVADO 21	HOSPITAL PRIVADO 21	HOSPITAL PRIVADO 21		
		CLINICA PRIVADA 22	CLINICA PRIVADA 22	CLINICA PRIVADA 22	CLINICA PRIVADA 22	CLINICA PRIVADA 22	CLINICA PRIVADA 22		
		APROFAM 24	APROFAM 24	APROFAM 24	APROFAM 24	APROFAM 24	APROFAM 24		
		EN CASA DE COMADRONA 41	EN CASA DE COMADRONA 41	EN CASA DE COMADRONA 41	EN CASA DE COMADRONA 41	EN CASA DE COMADRONA 41	EN CASA DE COMADRONA 41		
		EN SU CASA 42	EN SU CASA 42	EN SU CASA 42	EN SU CASA 42	EN SU CASA 42	EN SU CASA 42		
		OTRO 96	OTRO 96	OTRO 96	OTRO 96	OTRO 96	OTRO 96		
		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)			
413	¿Quién le atendió el parto de (NOMBRE)? SONDEE ¿Alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE. SI MENCIONA COMADRONA, INDAGUE PARA DETERMINAR SI ES "ADIESTRADA" (CAT) O "EMPIRICA" (NO ADIESTRADA)	MEDICO A	MEDICO A	MEDICO A	MEDICO A	MEDICO A	MEDICO A		
		MEDICO AMBULATORIO B	MEDICO AMBULATORIO B	MEDICO AMBULATORIO B	MEDICO AMBULATORIO B	MEDICO AMBULATORIO B	MEDICO AMBULATORIO B		
		ENFERMERA C	ENFERMERA C	ENFERMERA C	ENFERMERA C	ENFERMERA C	ENFERMERA C		
		COMADRONA CAT D	COMADRONA CAT D	COMADRONA CAT D	COMADRONA CAT D	COMADRONA CAT D	COMADRONA CAT D		
		COMADRONA EMPIRICA E	COMADRONA EMPIRICA E	COMADRONA EMPIRICA E	COMADRONA EMPIRICA E	COMADRONA EMPIRICA E	COMADRONA EMPIRICA E		
		PROMOTOR DE SALUD F	PROMOTOR DE SALUD F	PROMOTOR DE SALUD F	PROMOTOR DE SALUD F	PROMOTOR DE SALUD F	PROMOTOR DE SALUD F		
		GUARDIAN DE SALUD G	GUARDIAN DE SALUD G	GUARDIAN DE SALUD G	GUARDIAN DE SALUD G	GUARDIAN DE SALUD G	GUARDIAN DE SALUD G		
		CURANDERO H	CURANDERO H	CURANDERO H	CURANDERO H	CURANDERO H	CURANDERO H		
		FAMILIAR/AMIGA I	FAMILIAR/AMIGA I	FAMILIAR/AMIGA I	FAMILIAR/AMIGA I	FAMILIAR/AMIGA I	FAMILIAR/AMIGA I		
		OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X		
		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)			
		NADIE Y	NADIE Y	NADIE Y	NADIE Y	NADIE Y	NADIE Y		
414	Durante el parto de (NOMBRE) usted recuerda si tuvo lo siguiente:	PARTO PROLONGADO 12+ HORAS 1		PARTO PROLONGADO 12+ HORAS 1		PARTO PROLONGADO 12+ HORAS 1			
414A	¿Parto prolongado con las contracciones o dolores de parto fuertes y regulares que duran 12 horas o más?	PARTO MENOS DE 12 HORAS 2		PARTO MENOS DE 12 HORAS 2		PARTO MENOS DE 12 HORAS 2			
414B	Hemorragia vaginal MÁS abundante que la normal que hay después del parto?	CON HEMORRAGIA ABUNDANTE 1		CON HEMORRAGIA ABUNDANTE 1		CON HEMORRAGIA ABUNDANTE 1			
		SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE 2		SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE 2		SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE 2			
414C	¿Fiebre alta y secreción vaginal con mal olor?	CON FIEBRE Y SECRECIÓN 1		CON FIEBRE Y SECRECIÓN 1		CON FIEBRE Y SECRECIÓN 1			
		SIN FIEBRE Y SIN SECRECIÓN 2		SIN FIEBRE Y SIN SECRECIÓN 2		SIN FIEBRE Y SIN SECRECIÓN 2			
414D	¿Convulsiones/ataques que no hayan sido causados por fiebre?	CON CONVULSIONES 1		CON CONVULSIONES 1		CON CONVULSIONES 1			
		SIN CONVULSIONES 2		SIN CONVULSIONES 2		SIN CONVULSIONES 2			
414E		ALGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>		ALGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>		ALGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>			
		NINGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>		NINGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>		NINGUNA COMPLICACION EN EL PARTO <input type="checkbox"/>			
		(PASE A 415)		(PASE A 415)		(PASE A 415)			
414F	¿A dónde acudió usted para curarse de las complicaciones del parto? INDAGUE: ¿A qué lugar fue? ¿Algún otro lugar o persona? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL	HOSPITAL PUBLICO A	HOSPITAL PUBLICO A	HOSPITAL PUBLICO A	HOSPITAL PUBLICO A	HOSPITAL PUBLICO A	HOSPITAL PUBLICO A		
		CENTRO DE SALUD B	CENTRO DE SALUD B	CENTRO DE SALUD B	CENTRO DE SALUD B	CENTRO DE SALUD B	CENTRO DE SALUD B		
		PUESTO DE SALUD C	PUESTO DE SALUD C	PUESTO DE SALUD C	PUESTO DE SALUD C	PUESTO DE SALUD C	PUESTO DE SALUD C		
		IGSS D	IGSS D	IGSS D	IGSS D	IGSS D	IGSS D		
		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD E		
		CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO F		
		CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G	CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO G		
		MEDICO AMBULATORIO H	MEDICO AMBULATORIO H	MEDICO AMBULATORIO H	MEDICO AMBULATORIO H	MEDICO AMBULATORIO H	MEDICO AMBULATORIO H		
		APROFAM I	APROFAM I	APROFAM I	APROFAM I	APROFAM I	APROFAM I		
		FARMACIA J	FARMACIA J	FARMACIA J	FARMACIA J	FARMACIA J	FARMACIA J		
		CASA COMADRONA K	CASA COMADRONA K	CASA COMADRONA K	CASA COMADRONA K	CASA COMADRONA K	CASA COMADRONA K		
		FAMILIAR/AMIGO L	FAMILIAR/AMIGO L	FAMILIAR/AMIGO L	FAMILIAR/AMIGO L	FAMILIAR/AMIGO L	FAMILIAR/AMIGO L		
		OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X	OTRO X		
		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)			
		NINGUN LUGAR/NO HIZO NADA Y		NINGUN LUGAR/NO HIZO NADA Y		NINGUN LUGAR/NO HIZO NADA Y			
414G	VEA 414F: CIRCULO UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CODIGOS: B, C, E, G, H, K O CIRCULO UNICAMENTE OTROS CODIGOS	CIRCULO UNO O MAS DE: B, C, E, G, H, K <input type="checkbox"/>	CIRCULO UNICAMENTE OTROS CODIGOS <input type="checkbox"/>	CIRCULO UNO O MAS DE: B, C, E, G, H, K <input type="checkbox"/>	CIRCULO UNICAMENTE OTROS CODIGOS <input type="checkbox"/>	CIRCULO UNO O MAS DE: B, C, E, G, H, K <input type="checkbox"/>	CIRCULO UNICAMENTE OTROS CODIGOS <input type="checkbox"/>		
		(PASE A 415)		(PASE A 415)		(PASE A 415)			
414H	Al llegar con/al (PERSONA/LUGAR) le dijeron que fuera a otro lugar o establecimiento para curarse?	SI 1	SI 1	SI 1	SI 1	SI 1	SI 1		
		NO 2	NO 2	NO 2	NO 2	NO 2	NO 2		
		(PASE A 415)		(PASE A 415)		(PASE A 415)			

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA				
N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
414I	¿A que lugar la mandaron?	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO 22 APROFAM 24 FARMACIA 25 CASA COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO 22 APROFAM 24 FARMACIA 25 CASA COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO 22 APROFAM 24 FARMACIA 25 CASA COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
414J	¿Fue atendida en ese lugar?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre)	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
416	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era <i>mucho más grande</i> que el promedio (lo normal), <i>promedio</i> (lo normal), <i>mucho más pequeño</i> que el promedio (lo normal), o <i>mucho pequeño</i> ?	MUY GRANDE 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO 2 PROMEDIO 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO 4 MUY PEQUEÑO 5 NO SABE 8	MUY GRANDE 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO 2 PROMEDIO 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO 4 MUY PEQUEÑO 5 NO SABE 8	MUY GRANDE 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO 2 PROMEDIO 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO 4 MUY PEQUEÑO 5 NO SABE 8
417	¿Pesaron a (NOMBRE) cuando nació?	SI 1 NO 2 (PASE A 418A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418A) ←
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? COPIE EL PESO DEL CARNET DE SALUD SI LA MADRE SE LO PUEDE MOSTRAR	LBS S/N CARNET 1 LBS S/N MADRE 2 NO SABE 9 9 9 9 8	LBS S/N CARNET 1 LBS S/N MADRE 2 NO SABE 9 9 9 9 8	LBS S/N CARNET 1 LBS S/N MADRE 2 NO SABE 9 9 9 9 8
418A	¿Cuándo nació (NOMBRE) se midieron el brazo?	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←
418B	¿Le indicaron si (NOMBRE) tenía bajo peso al nacer?	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←
418C	¿Refirieron a (NOMBRE) a algún lugar o centro de atención en salud?	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418E) ←
418D	¿A que lugar refirieron a (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 CASA DE COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 CASA DE COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 CASA DE COMADRONA 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)
418E	¿Llevó a (NOMBRE) a control del niño/a sano/a?	SI 1 NO 2 (PASE A 418G) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418G) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 418G) ←
418F	¿Qué edad tenía (NOMBRE) en meses cuando lo llevó a control del niño/a sano/a?	EDAD EN MESES NO SABE / NO SE ACUERDA 9 8	EDAD EN MESES NO SABE / NO SE ACUERDA 9 8	EDAD EN MESES NO SABE / NO SE ACUERDA 9 8
418G	¿Usted fue a control post natal después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 419) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 420) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 420) ←

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA				
N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
418H	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) fue a control post natal?	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO SE ACUERDA --9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO SE ACUERDA --9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO SE ACUERDA --9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
418I	¿Quién la atendió la primera vez que fue a control post natal después del nacimiento de (NOMBRE)? INDAGUE ¿La atendió alguien más la primera vez que fue a control post natal? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO X (ESPECIFIQUE) _____	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO X (ESPECIFIQUE) _____	MEDICO A MEDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAT D COMADRONA EMPIRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIAN DE SALUD G CURANDERO H OTRO Y (ESPECIFIQUE) _____
418J	¿A qué lugar fue para el control post natal la primera vez después del nacimiento de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 EN CASA DE COMADRONA 41 EN SU CASA 42 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 EN CASA DE COMADRONA 41 EN SU CASA 42 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____	HOSPITAL PUBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 PUESTO DE SALUD 13 IGSS 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 17 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 APROFAM 24 EN CASA DE COMADRONA 41 EN SU CASA 42 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____
418K	¿En el lugar al que fue para control post natal le dieron (o usted compró) pastillas de vitamina "A" para (NOMBRE)?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
418L	¿Después del parto tomó pastillas de sulfato ferroso o Ácido Fólico (prenatales o hierro)?	SI 1 NO 2 (PASE A 419) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 420) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 420) ←
418M	¿Cuántas pastillas tomó usted aproximadamente?	NUMERO DE PASTILLAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 9 8	NUMERO DE PASTILLAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 9 8	NUMERO DE PASTILLAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 9 8
419	¿Le volvió su menstruación desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 421) ← (PASE A 422) ←		
420	¿Le volvió su menstruación entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente?		SI 1 NO 2 (PASE A 424) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 424) ←
421	A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación?)	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 8
422	VEA 227 LA MUJER NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓		LA MUJER SI ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> O INSEGURA: <input type="checkbox"/> → 424	
423	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 425) ←		
424	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 8
425	¿Le dio pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI 1 NO 2 (PASE A 431) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 431) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 431) ←
426	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "0", SI EL TIEMPO ES MENOR DE 24 HORAS, ANOTE EL NUMERO DE HORAS, DE OTRA MANERA ANOTE EL NUMERO DE DIAS.	INMEDIATAMENTE 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA

Nº	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
127	VEA 404 ESTA VIVO EL NIÑO O NIÑA	ESTA VIVO/A <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)	ESTA MUERTO/A <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)	ESTA VIVO/A <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)
428	¿Todavía le esta dando pecho a (NOMBRE)?	SI ----- 1 (PASE A 432) ← NO ----- 2	SI ----- 1 (PASE A 432) ← NO ----- 2	
429	¿Por cuántos meses le dio sólo pecho a (NOMBRE)?	MESES ----- NO SABE ----- 9 8	MESES ----- NO SABE ----- 9 8	MESES ----- NO SABE ----- 9 8
429 A	¿Cuántos meses le dio pecho y otros alimentos tales como la leche artificial, atoles, o jugos de frutas, etc.?	MESES ----- NO SABE ----- 9 8	MESES ----- NO SABE ----- 9 8	MESES ----- NO SABE ----- 9 8
430	¿Por qué dejó de darle de mamar a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑO MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑO NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑO MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑO NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑO MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑO NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)
431	VEA 403 Y 404 ANOTE SI: ¿ESTA VIVO O MUERTO EL NIÑO O NIÑA?	VIVO/A <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434)	MUERTO/A <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 440)	VIVO/A <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434)
432	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE	
433	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER	
434	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una pacha ayer o anoche?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
435	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?	SI NO NS AGUA SOLA ----- 1 2 8 AGUA AZUCARADA ----- 1 2 8 JUGO ----- 1 2 8 Té / aguita de alguna hierba? ----- 1 2 8 Fórmula para bebé? ----- 1 2 8 Leche diluida o en polvo? ----- 1 2 8 Leche fresca? (De vaca) ----- 1 2 8 Otros líquidos? ----- 1 2 8 Alimento preparado de Cereal, Avena, Arroz, INCAPARINA (Atoles)? ----- 1 2 8 Alimento preparado de verduras / frutas? ----- 1 2 8 Huevo, pescado, pollo? ----- 1 2 8 Carne? ----- 1 2 8 Otro alimento sólido o semisólido? ----- 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA ----- 1 2 8 AGUA AZUCARADA ----- 1 2 8 JUGO ----- 1 2 8 TE ----- 1 2 8 FORMULA PARA BEBE ----- 1 2 8 LECHE DILUIDA/EN POLVO ----- 1 2 8 LECHE FRESCA ----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8 PREPARACION DE CEREAL ----- 1 2 8 PREPARACION DE VERDURA ----- 1 2 8 HUEVO/PESCADO/POLLO ----- 1 2 8 CARNE ----- 1 2 8 OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO ----- 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA ----- 1 2 8 AGUA AZUCARADA ----- 1 2 8 JUGO ----- 1 2 8 TE ----- 1 2 8 FORMULA PARA BEBE ----- 1 2 8 LECHE DILUIDA/EN POLVO ----- 1 2 8 LECHE FRESCA ----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8 PREPARACION DE CEREAL ----- 1 2 8 PREPARACION DE VERDURA ----- 1 2 8 HUEVO/PESCADO/POLLO ----- 1 2 8 CARNE ----- 1 2 8 OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO ----- 1 2 8

SECCION 4 A. EMBARAZO Y LACTANCIA									
N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO			
		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE			
436	VEA 435:	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/>	"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/> (PASE A 438)	"SI" A UNA O "MAS" DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/>	"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/> (PASE A 438)	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/>	"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/> (PASE A 438)		
437	¿Además de la leche materna, cuántas veces comió (NOMBRE) durante el día de ayer, incluyendo comidas y complementos? SI 7 O MAS VECES ANOTE 7	NUMERO DE VECES <input type="checkbox"/> NO SABE 8		NUMERO DE VECES <input type="checkbox"/> NO SABE 8		NUMERO DE VECES <input type="checkbox"/> NO SABE 8			
438	¿Durante cuántos días en los últimos siete (NOMBRE) recibió lo siguiente:	(ANOTE EL NUMERO DE DIAS)		(ANOTE EL NUMERO DE DIAS)		(ANOTE EL NUMERO DE DIAS)			
	¿Agua?	AGUA SOLA <input type="checkbox"/>		AGUA SOLA <input type="checkbox"/>		AGUA SOLA <input type="checkbox"/>			
	¿Leche diferente de la leche materna?	LECHE <input type="checkbox"/>		LECHE <input type="checkbox"/>		LECHE <input type="checkbox"/>			
	¿Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS <input type="checkbox"/>		OTROS LIQUIDOS <input type="checkbox"/>		OTROS LIQUIDOS <input type="checkbox"/>			
	¿Prep. de cereal, avena, arroz, INCAPIRINA?	PREPARACION DE CEREAL <input type="checkbox"/>		PREPARACION DE CEREAL <input type="checkbox"/>		PREPARACION DE CEREAL <input type="checkbox"/>			
	¿Preparación de verduras, fruta?	PREPARACION VERDURAS/FRUTAS <input type="checkbox"/>		PREPARACION VERDURAS/FRUTAS <input type="checkbox"/>		PREPARACION VERDURAS/FRUTAS <input type="checkbox"/>			
	¿Huevo, pescado, pollo?	HUEVOS/PESCADO/POLLO <input type="checkbox"/>		HUEVOS/PESCADO/POLLO <input type="checkbox"/>		HUEVOS/PESCADO/POLLO <input type="checkbox"/>			
	¿Carne?	CARNE <input type="checkbox"/>		CARNE <input type="checkbox"/>		CARNE <input type="checkbox"/>			
	¿Otros alimentos sólidos o semisólidos?	OTROS SOLIDOS/SEMI SOLIDOS <input type="checkbox"/>		OTROS SOLIDOS/SEMI SOLIDOS <input type="checkbox"/>		OTROS SOLIDOS/SEMI SOLIDOS <input type="checkbox"/>			
439		REGRESE A LA PREGUNTA 435 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO. SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 440		REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO. SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 440		REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO. SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 440			

SECCION 4 B. VACUNACION Y SALUD																																																																																			
440	ANOTE EN 441 Y 442 DE LAS PREGUNTAS 403 Y 404 EL NUMERO DE LINEA, NOMBRE Y ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1993, EMPEZANDO POR EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).																																																																																		
441	VEA 403 PARA: NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE																																																																																
442	DE LA PREGUNTA 404 →	VIVO MUERTO (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 465)	VIVO MUERTO (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 465)																																																																																
443	¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual estén registradas las vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES "SI" ¿Puede verla, por favor?	SI, FUE VISTA1 (PASE A 445) ← SI, NO FUE VISTA2 (PASE A 447) ← NO HAY TARJETA3	SI, FUE VISTA1 (PASE A 445) ← SI, NO FUE VISTA2 (PASE A 447) ← NO HAY TARJETA3																																																																																
444	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?	SI1 (PASE A 447) ← NO2	SI1 (PASE A 447) ← NO2																																																																																
445	COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS PARA CADA VACUNA ANOTE "98" SI FALTA EL DIA O EL MES ANOTE "9998" SI FALTA EL AÑO. SI HAY INDICACION EN LA TARJETA DE QUE SE PUSO LA VACUNA PERO NO HAY FECHA, ANOTE "44" EN LA CASILLA PARA "DIA". SI EL CUADRO DE INMUNIZACIONES ESTA COMPLETO PASE A 449	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sarampión</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Día	Mes	Año	BCG				Polio 0				Polio 1				Polio 2				Polio 3				DPT 1				DPT 2				DPT 3				Sarampión				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sarampión</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Día	Mes	Año	BCG				Polio 0				Polio 1				Polio 2				Polio 3				DPT 1				DPT 2				DPT 3				Sarampión			
	Día	Mes	Año																																																																																
BCG																																																																																			
Polio 0																																																																																			
Polio 1																																																																																			
Polio 2																																																																																			
Polio 3																																																																																			
DPT 1																																																																																			
DPT 2																																																																																			
DPT 3																																																																																			
Sarampión																																																																																			
	Día	Mes	Año																																																																																
BCG																																																																																			
Polio 0																																																																																			
Polio 1																																																																																			
Polio 2																																																																																			
Polio 3																																																																																			
DPT 1																																																																																			
DPT 2																																																																																			
DPT 3																																																																																			
Sarampión																																																																																			
446	¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no están registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO AL NACER, POLIO 1-3, Y/O SARAMPION	SI1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 445) NO2 NO SABE8	SI1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 445) NO2 NO SABE8																																																																																
446 A		(PASE A 449)	(PASE A 449)																																																																																
447	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vez alguna vacuna para prevenir enfermedades? ¿Ha vacunado alguna vez a su hijo/a?	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 449) ←	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 449) ←																																																																																
448	¿Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas:	SI1 NO2 NO SABE8	SI1 NO2 NO SABE8																																																																																
448A	BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el hombro que deja una cicatriz?	SI1 NO2 NO SABE8	SI1 NO2 NO SABE8																																																																																
448B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la Polio, administrada mediante gotas en la boca?	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 448E) ←	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 448E) ←																																																																																
448C	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES	NUMERO DE VECES																																																																																
448D	¿La primera vacuna contra la Polio fue dada justo al nacer o más tarde?	AL NACER1 MAS TARDE2	AL NACER1 MAS TARDE2																																																																																
448E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio?	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 448G) ←	SI1 NO2 NO SABE8 (PASE A 448G) ←																																																																																
448F	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES	NUMERO DE VECES																																																																																
448G	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión?	SI1 NO2 NO SABE8	SI1 NO2 NO SABE8																																																																																

SECCION 4 B. VACUNACION Y SALUD

N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
449	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo/a con <i>fiebre</i> en las últimas 2 semanas?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
450	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo/a con <i>tos</i> en las últimas 2 semanas?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8 (PASE A 454) ←	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8 (PASE A 454) ←	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8 (PASE A 454) ←
451	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo de la <i>tos</i> , respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
451A	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo de la <i>tos</i> , le dio a tomar lo mismo de líquidos, más líquidos, o menos líquidos como cuando no está enfermo de la <i>tos</i> ?	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8
452	¿Buscó consejo o tratamiento para la <i>tos</i> de (NOMBRE)?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 453C) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 453C) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 453C) ←
453	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la <i>tos</i> de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)
453A	¿Con quién consultó para el tratamiento de la <i>tos</i> de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y
453B		PASE A 454	PASE A 454	PASE A 454

SECCION 4 B. VACUNACION Y SALUD

Nº	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
3C	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de la enfermedad de (NOMBRE)?	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION --- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTITUCION 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION --- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTITUCION 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION --- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTITUCION 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
4	¿Ha tenido (NOMBRE) <i>asientos</i> durante las últimas dos semanas?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463D) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463D) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463D) ← NO SABE ----- 8
5	¿Había sangre en los <i>asientos</i> de (NOMBRE)?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
56	¿En el peor día de los <i>asientos</i> , cuantas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
57	¿Le dio a tomar la <i>misma cantidad</i> de líquidos, <i>más líquidos</i> , o <i>menos líquidos</i> como cuando no se encuentra enfermo de los <i>asientos</i> ?	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8
58	¿Le dio de comer la <i>misma cantidad</i> de sólidos, <i>más sólidos</i> o <i>menos sólidos</i> como cuando no tenía <i>asientos</i> o no estaba enfermo?	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8
59	Durante los <i>asientos</i> , le dio a (NOMBRE): • ¿Un líquido preparado de un paquete especial (sales de rehidratación oral)? • ¿Líquido preparado con arroz? • ¿Sopa / caldo? • ¿Solución casera / Infusión sin azúcar? • ¿Infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, líquidos con cafeína? • ¿Leche o fórmula para bebés? • ¿Preparación de yogurt? • ¿Té / aguita de alguna hierba? • ¿Agua? • ¿Otros líquidos?	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION --- 1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CERAL -- 1 2 8 SOPA/CALDO ----- 1 2 8 INFUSION, SIN AZUCAR ----- 1 2 8 GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUIDOS CON CAFEINA -- 1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-- 1 2 8 YOGURT ----- 1 2 8 TE/AGUITAS DE HIERBAS --- 1 2 8 AGUA PURA ----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION --- 1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CERAL -- 1 2 8 SOPA/CALDO ----- 1 2 8 INFUSION, SIN AZUCAR ----- 1 2 8 GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUIDOS CON CAFEINA -- 1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-- 1 2 8 YOGURT ----- 1 2 8 TE/AGUITAS DE HIERBAS --- 1 2 8 AGUA PURA ----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION --- 1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CERAL -- 1 2 8 SOPA/CALDO ----- 1 2 8 INFUSION, SIN AZUCAR ----- 1 2 8 GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUIDOS CON CAFEINA -- 1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-- 1 2 8 YOGURT ----- 1 2 8 TE/AGUITAS DE HIERBAS --- 1 2 8 AGUA PURA ----- 1 2 8 OTROS LIQUIDOS ----- 1 2 8
460	¿Le dieron algo más para tratarle los <i>asientos</i> ?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 462) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 462) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 462) ← NO SABE ----- 8
461	¿Qué más le dieron para los <i>asientos</i> ? SONDEE: ¿Algo más? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA	SOLUCION CASERA RECOMENDADA ----- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ----- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA ----- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ----- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA ----- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ----- D OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)
462	¿Buscó consejo o tratamiento para curar a (NOMBRE) de los <i>asientos</i> ?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463C) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463C) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 463C) ←

SECCION 4 B. VACUNACION Y SALUD

N°	PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
463	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para curar de los asientos a (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona? REGISTRE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA PERSONA ----- X (ESPECIFIQUE)
463A	¿Con quién consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Y
463B		PASE A 463D	PASE A 463D	PASE A 463D
463C	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)?	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION ----- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTITUCION ----- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION ----- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTITUCION ----- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA ----- 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION ----- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION ----- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTITUCION ----- 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
463D	En los últimos 12 meses ha padecido (NOMBRE) de:	SI NO A) POLIO ----- 1 2 B) DIFTERIA ----- 1 2 C) TOS FERINA ----- 1 2 D) SARAMPION ----- 1 2	SI NO A) POLIO ----- 1 2 B) DIFTERIA ----- 1 2 C) TOS FERINA ----- 1 2 D) SARAMPION ----- 1 2	SI NO A) POLIO ----- 1 2 B) DIFTERIA ----- 1 2 C) TOS FERINA ----- 1 2 D) SARAMPION ----- 1 2
463E	¿En los últimos 12 meses ha recibido (NOMBRE) vitamina 'A'?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 464) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 464) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 464) ←
463F	¿Cuántas veces ha recibido (NOMBRE) vitamina 'A'?	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- NO SABE ----- 9 8
464		REGRESE A LA PREGUNTA 442 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA PREGUNTA 465	REGRESE A LA PREGUNTA 442 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA PREGUNTA 465	REGRESE A LA PREGUNTA 442 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA PREGUNTA 465

SECCION 4B: VACUNACION Y SALUD			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
465	¿Cuando un niño/a tiene asientos, se le debe dar <i>menor cantidad de líquidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?</i>	MENOS LIQUIDOS ----- 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD LIQUIDOS -- 2 MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	
466	¿Cuando un niño/a tiene asientos, se le debe dar <i>menor cantidad de alimentos solidos, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?</i>	MENOS SOLIDOS ----- 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD SOLIDOS -- 2 MAYOR CANTIDAD DE SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	
467	¿Cuando un niño/a está enfermo con <i>asientos</i> , ¿cuáles cree usted que son los síntomas que le indican que él/ella debe recibir atención médica? SONDEE: ¿Algún otro síntoma? REGISTRE TODOS LOS SINTOMAS MENCIONADOS ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____ _____	DEPOSICIONES FLOJAS Y REPETIDAS ----- A DEPOSICIONES FLOJAS ----- 8 VOMITO REPETIDO ----- C VOMITO ----- 0 SANGRE EN LAS DEPOSICIONES ----- E FIEBRE (CALENTURA) ----- F SED MARCADA ----- G NO BEBE O NO COME BIEN ----- H PONIÉNDOSE MAS O MUY ENFERMO ----- I NO SE MEJORA (OJOS HUNDIDOS) ----- J OTRA RAZON ----- X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- Z	
468	Cuando un niño/a está enfermo con <i>tos</i> , ¿cuáles cree usted que son los síntomas que le indican que él/ella debe recibir atención médica? SONDEE: ¿Algún otro síntoma? REGISTRE TODOS LOS SINTOMAS MENCIONADOS ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____ _____	RESPIRACION AGITADA ----- A DIFICULTAD PARA RESPIRAR ----- B RESPIRACION RUIDOSA ----- C FIEBRE (CALENTURA) ----- D INCAPAZ DE BEBER ----- E NO BEBE O NO COME BIEN ----- F PONIÉNDOSE MAS O MUY ENFERMO ----- G NO SE MEJORA ----- H OTRA RAZON ----- X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- Z	
469	VEA 459 TODAS LAS COLUMNAS <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NINGUN NIÑO RECIBIO SRO </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO RECIBIO SRO </div> </div>		
470	¿Ha oído usted hablar de un producto llamado SRO (Sales de Rehidratación Oral) que usted puede conseguir para el tratamiento de la diarrea?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 501
471	¿Ha visto usted alguna vez un sobre como éste? (MUESTRE EL SOBRE DE SRO)	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 501
471A	¿Tiene usted en este momento un sobre como este? (MUESTRE EL SOBRE. SI LA RESPUESTA ES SI, PIDA QUE LE MUESTRE EL SOBRE QUE ELLA DICE TENER EN CASA)	NO TIENE SRO EN SU CASA ----- 1 SI TIENE SOBRE (SI LO MOSTRO) ----- 2 SI TIENE SOBRE (NO LO MOSTRO) ----- 3	

SECCION 5. NUPCIALIDAD			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	OBSERVE Y ANOTE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO.	<div style="text-align: right;">SI NO</div> A) NIÑOS/AS MENORES DE 10 AÑOS --- 1 2 B) ESPOSO ----- 1 2 C) OTROS HOMBRES ----- 1 2 D) OTRAS MUJERES ----- 1 2	
502	Ahora quiero que hablemos sobre otro tema importante, es acerca de su vida como mujer. ¿Está usted casada o unida ahora?	CASADA ----- 1 UNIDA ----- 2 NO ESTA EN UNION ----- 3	507 507
503	¿Tiene usted actualmente una persona con la cual mantiene relaciones sexuales en forma regular, en forma ocasional, o no tiene a nadie?	SI, EN FORMA REGULAR ----- 1 SI, OCASIONALMENTE ----- 2 NO TIENE ----- 3	
504	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre?	SI, ANTERIORMENTE CASADA ----- 1 SI, ANTERIORMENTE EN UNION ----- 2 NO ----- 3	506 511
505	MARQUE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES HASTA ENERO DE 1993. REGRESE Y CONTINUE CON 505A		
505A	PASE A 515		
506	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?	VIUDA ----- 1 DIVORCIADA ----- 2 SEPARADA ----- 3	511 511 511
507	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA ----- 1 VIVE EN OTRA PARTE ----- 2 ESPOSO DESAPARECIDO ----- 3	
511	¿Ha estado usted casada o unida solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ ----- 1 MAS DE UNA VEZ ----- 2	
512	VEA 511 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? </div> <div style="text-align: center;"> CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir usted con su PRIMER esposo/compañero? </div> </div>	<div style="text-align: right;">MES ----- <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div style="text-align: right;">NO SABE MES ----- 9 8</div> <div style="text-align: right;">AÑO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div style="text-align: right;">NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8</div>	514
513	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	DETERMINE LOS MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 1993. MARQUE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1993. PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS O QUE TENGAN MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN LA CUAL LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION POSTERIOR. REGRESE Y CONTINUE CON 515.		
515	Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales, si es que tuvo?	NUNCA ----- 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HACE DIAS ----- 1 <input type="text"/> HACE SEMANAS ----- 2 <input type="text"/> HACE MESES ----- 3 <input type="text"/> HACE AÑOS ----- 4 <input type="text"/> ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO - 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	608
516	VEA 301 y 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> ↓ ¿La última vez que usted tuvo relaciones utilizó el condón? </div> <div style="text-align: center;"> NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> ↓ Los hombres pueden ponerse un preservativo o condón durante las relaciones sexuales. ¿La última vez que usted tuvo relaciones utilizó el condón? </div> </div>	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	

SECCION 5. NUPCIALIDAD			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
517	¿Sabe usted dónde se pueden conseguir condones?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 519
518	¿Dónde pueden conseguirse principalmente los condones? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 PROMOTOR DE SALUD ----- 15 DISTRIBUIDOR COMUNITARIO APROFAM ----- 16 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17 MEDICO AMBULATORIO ----- 18 GUARDIAN DE SALUD ----- 19 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR ----- 23 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 OTRO PRIVADO ----- 26 (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR ----- 31 TIENDA ----- 32 OTRO LUGAR ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
519	¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD ----- <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO ----- 9 6	

▶ 519

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	VEA 314 Y 314A: NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		612
602	VEA 227: Ahora quiero que platiquemos acerca de su vida pero en lo que piensa para el futuro. NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Quisiera usted tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? Después del hijo que está esperando, ¿Quisiera usted tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER UN (OTRO) HIJO 1 NO MAS/NINGUNO 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 INDECISA O NO SABE 8	604 606 604
603	VEA LA PREGUNTA ANTERIOR: NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo? ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES 1 AÑOS 2 PRONTO/AHORA 9 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 9 DESPUES DE CASARSE 9 OTRO 9 (ESPECIFIQUE) NO SABE 9	606 606 606 606
604	VEA LA PREGUNTA 602: NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		607
605	Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, ¿se sentiría contenta, triste, o no le importaría?	CONTENTA 1 TRISTE 2 NO LE IMPORTARIA 3 NO SABE 8	
606	VEA 313, 314 Y 314A ACTUALMENTE NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 313 <input type="checkbox"/> SI ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		612
607	¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los próximos doce meses? (¿Al terminar este embarazo piensa usar un método para evitar embarazarse en los siguientes doce meses?)	SI 1 NO 2 NO SABE 8	609
608	¿Piensa usar en el futuro algún método para evitar quedar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	610 610
609	¿Cuál método preferiría utilizar?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 NORPLANT (IMPLANTES) 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS 05 PRESERVATIVO (CONDON) 06 ESTERILIZACION FEMENINA 07 ESTERILIZACION MASCULINA 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) 09 RETIRO 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA 98	
609A	PASE A 612		

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
610	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método?	NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 NO TIENE RELACIONES ----- 21 SEXO INFRECIENTE ----- 22 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA ----- 23 SUBFERTIL/INFERTIL ----- 24 POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25 DESEA MAS HIJOS ----- 26 OPOSICION DE ELLA ----- 31 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO ----- 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33 POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34 NO CONOCE METODO ----- 41 NO CONOCE FUENTE ----- 42 PREOCUPACIONES DE SALUD ----- 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52 LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53 MUY COSTOSO ----- 54 INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO ----- 56 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
610A	VEA 610: EL CODIGO 11 FUE CIRCULADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EL CODIGO 11 NO FUE CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 612		
611	¿Utilizaría un método si estuviese casada o unida?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
612	VEA 216: SIN HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía y pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida ¿cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.	NUMERO ----- <input type="text"/> LO QUE DIOS QUIERA ----- 9 5 → 614 OTRO ----- 9 6 → 614 (ESPECIFIQUE)	
613	¿Cuántos le gustaría que fuesen hombres y cuantos que fuesen mujeres?	NUMERO DE HOMBRES ----- <input type="text"/> NUMERO DE MUJERES ----- <input type="text"/> NUMERO CUALQUIER SEXO ----- <input type="text"/> OTRO ----- 999996 (ESPECIFIQUE)	
614	¿En general, está usted de acuerdo con que las parejas usen métodos o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO ----- 1 NO ESTA DE ACUERDO ----- 2 SIN OPINION ----- 3	
615A	¿Es aceptable para usted que se transmita por la radio información sobre planificación familiar? (¿ Está usted de acuerdo en que se transmita....?)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
615B	¿Es aceptable para usted que se transmita por la <i>televisión</i> información sobre planificación familiar? (¿Está usted de acuerdo en que se transmita...?)	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
616	En los últimos 6 meses, usted ha oído o leído sobre planificación familiar: ¿En la radio? ¿En la televisión? ¿En un periódico o revista? ¿En un afiche? ¿En folletos? ¿En Grupos Comunitarios?	SI NO A) RADIO 1 2 B) TELEVISION 1 2 C) PERIODICO O REVISTA 1 2 D) AFICHE 1 2 E) FOLLETOS 1 2 F) GRUPOS COMUNITARIOS 1 2	
618	¿En los últimos 6 meses, ha conversado usted sobre la práctica de la planificación familiar con alguno de sus familiares o amigas?	SI 1 NO 2	620
619	¿Con quién? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODOS LOS QUE MENCIONA	ESPOSO/COMPAÑERO A MADRE B PADRE C HERMANA(S) D HERMANO(S) E HIJA F SUEGRA G AMIGAS H OTRO X (ESPECIFIQUE)	
620	VEA 502: ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO ESTA CASADA NI VIVE EN UNION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 625		
621	¿Cree usted que su esposo (compañero) está de acuerdo con que las parejas usen un método para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO 1 NO ESTA DE ACUERDO 2 NO SABE 8	
622	¿Qué tan frecuente ha hablado con su esposo (compañero) acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA 1 UNA O DOS VECES 2 MAS A MENUDO 3	
623	¿Cree usted que su esposo (compañero) quiere el mismo número de hijos que usted quiere? mas hijos de los que usted quiere? o menos hijos de los que usted quiere?	MISMO NUMERO 1 MAS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 8	
625	VEA 515: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 700		
626	Algunas veces la mujer queda embarazada sin desearlo. ¿Ha quedado usted embarazada en el pasado sin haberlo deseado o querido?	SI 1 NO 2	700
628	¿Cuándo esto pasó, qué hizo usted al respecto?	PARO EL EMBARAZO 01 TRATO DE PARAR EL EMBARAZO PERO SIN ÉXITO 02 TUVO UNA PERDIDA 03 → 631 NADA/CONTINUO EL EMBARAZO 04 → 634 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
629	¿Qué pasó, qué hizo?	REZAR/EL DESEO DE DIOS 01 TRABAJO INTENSIVO 02 BEBIDAS MEDICINALES 03 PASTILLAS 04 MASAJES/OPRESION DEL ABDOMEN 05 OBJETO EN EL ABDOMEN 06 INYECCION 07 SUCCION 08 DILATAACION Y CURETAGE 09 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	→ 631 → 631
630	¿Le ayudó alguien? SONDEE: ¿Alguien más? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS	MEDICO A ENFERMERA B COMADRONA CAT C COMADRONA EMPIRICA D FARMACEUTA E YERBATERO F BRUJO G ESPOSO/COMPAÑERO H AMIGO/FAMILIAR I OTRO X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	
631	A consecuencia de eso, ¿llegó usted a tener algún problema de salud?	SI 1 NO 2	→ 634
632	¿Estuvo usted hospitalizada?	SI 1 NO 2	→ 634
633	¿Cuántas noches pasó usted en el hospital? ANOTE 00 SI NO PASO UNA NOCHE EN EL HOSPITAL	NOCHES EN EL HOSPITAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
634	¿Tuvo usted algún otro embarazo no deseado que fue interrumpido intencionalmente?	SI 1 NO 2	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
700	Ahora le haré algunas preguntas acerca de su esposo, de los lugares en donde ha vivido y si usted ha trabajado.		
701	VEA 502 Y 504: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NUNCA HA ESTADO CASADA NI EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> → 703 → 709 </div>		
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS --- <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
703	¿Asistió su esposo (compañero) alguna vez a la escuela?	SI ----- 1 NO ----- 2 → 706	
704	¿Cuál es el último año de estudios que su esposo ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- 0 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> PRIMARIA ----- 1 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> SECUNDARIA ----- 2 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ALFABETIZACION ----- 4 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> NO SABE ----- 9 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
706	VEA 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál es (era) el trabajo o la ocupación principal de su esposo (compañero)? </div> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál es (era) el trabajo o la ocupación principal de su último esposo (compañero)? </div> </div>	<input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
707	VEA 706: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/ COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NO TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/ COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> → 709 </div>		
708	VEA 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Trabaja su esposo (compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabaja en la tierra de alguien más? </div> <div style="width: 45%;"> ¿Trabajaba su esposo (compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada o trabajaba en la tierra de alguien más? </div> </div>	TIERRA PROPIA ----- 1 TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2 TIERRA ALQUILADA ----- 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)	
709	¿Además de las labores domésticas, trabaja usted actualmente?	SI ----- 1 → 712 NO ----- 2	
710	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Realiza actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI ----- 1 → 712 NO ----- 2	
711	¿Usted ha desempeñado algún trabajo en los últimos 12 meses fuera de su hogar?	SI ----- 1 NO ----- 2 → 726	
712	¿Cuál es su ocupación más reciente? Quiero decir, ¿qué tipo de trabajo es el que principalmente realiza (realizó en los últimos 12 meses)?	<input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
712 A	VEA 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Su esposo (compañero) está de acuerdo con que usted trabaje? </div> </div>	ESTA DE ACUERDO ----- 01 NO ESTA DE ACUERDO ----- 02 LO RECHAZA ----- 03 LE ES INDIFERENTE ----- 04 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
713	VEA 712: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NO TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> → 715 </div>		

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER																																													
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																										
714	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses) ¿trabaja usted en tierra propia o de su familia, en tierra alquilada, o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA ----- 1 TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2 TIERRA ALQUILADA ----- 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)																																											
715	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA ----- 1 PARA ALGUIEN MAS ----- 2 POR CUENTA PROPIA ----- 3																																											
716	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO ----- 1 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO ----- 2 DE VEZ EN CUANDO ----- 3	→ 718 → 719																																										
717	En el último año (12 meses), ¿durante cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES ----- <input type="text"/>																																											
718	En los meses que trabajó, ¿aproximadamente cuántos días a la semana desempeño dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS ----- <input type="text"/>	→ 720																																										
719	En el último año (12 meses), ¿durante cuantos días trabajó?	NUMERO DE DIAS ----- <input type="text"/>																																											
720	¿Gana/ganó dinero por ese trabajo? SONDEE: ¿Recibe/recibió dinero a cambio del trabajo que realiza?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 723																																										
721	¿En un día (semana, mes) normal, cuánto gana/ganó por dicho trabajo? SONDEE: ¿Cuánto gana por día, por quincena, por mes o por año?	POR HORA ----- 1 POR DIA ----- 2 POR SEMANA ----- 3 POR QUINCENA ----- 4 POR MES ----- 5 POR AÑO ----- 6 OTRO ----- 9 (ESPECIFIQUE)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr> </table>																																					9	9	9	9	9	6
9	9	9	9	9	6																																								
722	VEA 701: ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sola, su esposo (compañero), sólo usted con su esposo (compañero), o alguien más? ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más o usted junto con alguien más?	LA ENTREVISTADA DECIDE ----- 1 ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE ----- 2 JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO ----- 3 ALGUIEN MAS DECIDE ----- 4 JUNTO CON ALGUIEN MAS ----- 5																																											
723	¿Realiza usted su trabajo actual (o de los últimos 12 meses) en la casa, o fuera de la casa?	EN LA CASA ----- 1 FUERA DE LA CASA ----- 2																																											
724	VEA 217 Y 218: TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/>		→ 726																																										

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
725	¿Generalmente, quién cuida de (NOMBRE DEL MENOR) mientras usted trabaja?	ELLA MISMA ----- 01 ESPOSO/COMPAÑERO ----- 02 HIJA(S) MAYOR(ES) ----- 03 HIJO(S) MAYOR(ES) ----- 04 OTROS FAMILIARES ----- 05 VECINOS ----- 06 AMIGOS ----- 07 SIRVIENTE/EMPLEADO DOMESTICO ----- 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA/KINDER ----- 09 GUARDERIA INFANTIL ----- 10 NO TRABAJA DESDE QUE NACIO EL NIÑO --- 95 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
726	¿Usted ha vivido en una sola localidad o en más de una localidad desde enero de 1993?	UNA LOCALIDAD ----- 1 MAS DE UNA LOCALIDAD ----- 2	→ 728
727A	MARQUE EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD ACTUAL, "1" EN LA CAPITAL, "2" EN CABECERA DEPARTAMENTAL, "3" EN MUNICIPIO, "4" ALDEA/CASERIO, "5" FINCA, "6" EXTRANJERO. COMIENCE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES HASTA ENERO DE 1993. REGRESE Y CONTINUE CON 727B.		
727B	PASE A 729		
728	¿En que mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? MARQUE EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO, "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, EN LOS MESES SIGUIENTES EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE COMUNIDAD ("1" EN LA CAPITAL, "2" CABECERA DEPARTAMENTAL, "3" MUNICIPIO, "4" ALDEA, "5" FINCA, "6" EN EL EXTRANJERO. SONDEE PARA LAS COMUNIDADES ANTERIORES Y REGISTRE LOS TRASLADOS COMO CORRESPONDA. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Dónde vivió antes de vivir en? ¿En qué mes y año se trasladó a ...? ¿Ese lugar era la capital, una cabecera departamental, un municipio, una aldea, una finca? REGRESE Y CONTINUE CON 729.		
729	VEA 712: TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA/NO TRABAJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 735		
730	¿Sale o viaja usted para trabajar afuera de su comunidad?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 735
731	¿A dónde va usted cuando sale o viaja a trabar? ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____	COSTA SUR ----- 01 LAS VERAPACES ----- 02 ALTIPLANO ----- 03 CIUDAD DE GUATEMALA ----- 04 OTRO LUGAR ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
732	¿En que trabaja, a que actividad se dedica? ANOTE LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____ _____	FINCA DE AZUCAR ----- 01 FINCA DE ALGODÓN ----- 02 FINCA DE CAFÉ ----- 03 FINCA DE VERDURAS ----- 04 OTRA CLASE DE FINCA ----- 05 (ESPECIFIQUE) CONSTRUCCION ----- 06 OTRO TRABAJO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
733	¿Cuándo sale o viaja a trabajar, usted va sola o con miembros de la familia?	CON MIEMBROS DE LA FAMILIA ----- 1 SOLA ----- 2	
734	¿Cuánto tiempo pasa usted afuera de su comunidad durante un año?	DIAS -----1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
735	ANOTE LA HORA EN QUE FINALIZA LA ENTREVISTA	HORAS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 8A. PESO Y TALLA DE MUJERES Y NIÑOS/AS

801 VEA 215:

UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1993 ☐

SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993 ☐ → FIN

ENCUESTADORA:

- EN 802 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1993 Y QUE AUN ESTE VIVO.
- EN 803 Y 804 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993.
- EN 806 Y 808 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS.
- NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993 DEBEN DE SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TODOS LOS HIJOS HAN MUERTO.
- SI HAY MAS DE 3 HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993, UTILICE OTRO CUESTIONARIO.

No		[1] ENTREVISTADA	[2] ULTIMO HIJO/A VIVO/A	[3] PENULTIMO HIJO/A VIVO/A	[4] ANTEPENULTIMO HIJO/A VIVO/A
802	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
803	NOMBRE DE P 212 PARA NIÑOS/AS	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
804	FECHA DE NACIMIENTO DE LA PREG. 215. PREGUNTE POR EL DIA DE NACIMIENTO		DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>
805	TIENE CICATRIZ DE BCG EN UNO DE LOS HOMBROS		CICATRIZ OBS.-----1 SIN CICATRIZ -----2 (PASE A 806) ←	CICATRIZ OBS.-----1 SIN CICATRIZ -----2 (PASE A 806) ←	CICATRIZ OBS.-----1 SIN CICATRIZ -----2 (PASE A 806) ←
805A	HOMBRO EN QUE EL NIÑO/A TIENE LA CICATRIZ, DERECHO O IZQUIERDO		HOMBRO IZQUIERDO --1 HOMBRO DERECHO ----2	HOMBRO IZQUIERDO --1 HOMBRO DERECHO ----2	HOMBRO IZQUIERDO --1 HOMBRO DERECHO ----2
806	ALTURA/TALLA EN CENTIMETROS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
807	SE MIDIO LA ESTATURA/ TALLA DEL NIÑO/A ACOSTADO(A) PARADO(A)		ACOSTADO/A -----1 PARADO/A -----2	ACOSTADO/A -----1 PARADO/A -----2	ACOSTADO/A -----1 PARADO/A -----2
808	PESO EN KILOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
809	FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>	DIA ----- MES ----- AÑO -- 1 9 <input type="text"/>
810	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)
811	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA MEDICION	CODIGO <input type="text"/>	NOMBRE DEL ASISTENTE	CODIGO <input type="text"/>	

SECCION 8B. ANEMIA EN MUJERES Y NIÑOS/AS (PRUEBA DE HEMOGLOBINA)

811A

- EN 812 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1993 Y QUE AUN ESTE VIVO.
 → EN 814 ANOTE SI LA PERSONA FUE SELECCIONADA PARA LA PRUEBA DE ANEMIA.
 → EN 815 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SEGUN LA MEDICION REALIZADA.
 → SI HAY MAS DE 3 HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993, UTILICE OTRO CUESTIONARIO.

No		[1] ENTREVISTADA	[2] ULTIMO HIJO/A VIVO/A	[3] PENULTIMO HIJO/A VIVO/A	[4] ANTEPENULTIMO HIJO/A VIVO/A
812	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 212		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
813	NOMBRE DE P 212 PARA NIÑOS/AS	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____
814	¿PERSONA SELECCIONADA PARA PRUEBA DE ANEMIA?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 812 ← SI NO HAY MAS NIÑO/AS FIN DE CUESTIONARIO)	SI -----1 NO -----2 (PASE A 812, ← SI NO HAY MAS NIÑO/AS FIN DE CUESTIONARIO)	SI -----1 NO -----2 (PASE A 812, ← SI NO HAY MAS NIÑO/AS FIN DE CUESTIONARIO)	SI -----1 NO -----2 (PASE A 812, ← SI NO HAY MAS NIÑO/AS FIN DE CUESTIONARIO)
815	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL
816	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)	HIJO/A MEDIDO/A ---1 HIJO/A ENFERMO/A --2 HIJO NO PRESENTE --3 HIJO RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO -----5 OTRO -----6 (ESPECIFIQUE)
817	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA MEDICION	CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DEL ASISTENTE	CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/>	

TABLA DE CONVERSIONES DE KILOGRAMOS A LIBRAS

KILOS	LIBRAS	KILOS	LIBRAS	KILOS	LIBRAS	KILOS	LIBRAS	KILOS	LIBRAS
0,5	1,10	21,0	46,30	41,0	90,39	61,0	134,48	81,0	178,57
1,0	2,20	21,5	47,40	41,5	91,49	61,5	135,58	81,5	179,68
1,5	3,31	22,0	48,50	42,0	92,59	62,0	136,69	82,0	180,78
2,0	4,41	22,5	49,60	42,5	93,70	62,5	137,79	82,5	181,88
2,5	5,51	23,0	50,71	43,0	94,80	63,0	138,89	83,0	182,98
3,0	6,61	23,5	51,81	43,5	95,90	63,5	139,99	83,5	184,09
3,5	7,72	24,0	52,91	44,0	97,00	64,0	141,10	84,0	185,19
4,0	8,82	24,5	54,01	44,5	98,11	64,5	142,20	84,5	186,29
4,5	9,92	25,0	55,12	45,0	99,21	65,0	143,30	85,0	187,39
5,0	11,02	25,5	56,22	45,5	100,31	65,5	144,40	85,5	188,50
5,5	12,13	26,0	57,32	46,0	101,41	66,0	145,51	86,0	189,60
6,0	13,23	26,5	58,42	46,5	102,51	66,5	146,61	86,5	190,70
6,5	14,33	27,0	59,52	47,0	103,62	67,0	147,71	87,0	191,80
7,0	15,43	27,5	60,63	47,5	104,72	67,5	148,81	87,5	192,90
7,5	16,53	28,0	61,73	48,0	105,82	68,0	149,91	88,0	194,01
8,0	17,64	28,5	62,83	48,5	106,92	68,5	151,02	88,5	195,11
8,5	18,74	29,0	63,93	49,0	108,03	69,0	152,12	89,0	196,21
9,0	19,84	29,5	65,04	49,5	109,13	69,5	153,22	89,5	197,31
9,5	20,94	30,0	66,14	50,0	110,23	70,0	154,32	90,0	198,42
10,0	22,05	30,5	67,24	50,5	111,33	70,5	155,43	90,5	199,52
10,5	23,15	31,0	68,34	51,0	112,44	71,0	156,53	91,0	200,62
11,0	24,25	31,5	69,45	51,5	113,54	71,5	157,63	91,5	201,72
11,5	25,35	32,0	70,55	52,0	114,64	72,0	158,73	92,0	202,83
12,0	26,46	32,5	71,65	52,5	115,74	72,5	159,84	92,5	203,93
12,5	27,56	33,0	72,75	53,0	116,84	73,0	160,94	93,0	205,03
13,0	28,66	33,5	73,85	53,5	117,95	73,5	162,04	93,5	206,13
13,5	29,76	34,0	74,96	54,0	119,05	74,0	163,14	94,0	207,23
14,0	30,86	34,5	76,06	54,5	120,15	74,5	164,24	94,5	208,34
14,5	31,97	35,0	77,16	55,0	121,25	75,0	165,35	95,0	209,44
15,0	33,07	35,5	78,26	55,5	122,36	75,5	166,45	95,5	210,54
15,5	34,17	36,0	79,37	56,0	123,46	76,0	167,55	96,0	211,64
16,0	35,27	36,5	80,47	56,5	124,56	76,5	168,65	96,5	212,75
16,5	36,38	37,0	81,57	57,0	125,66	77,0	169,76	97,0	213,85
17,0	37,48	37,5	82,67	57,5	126,77	77,5	170,86	97,5	214,95
17,5	38,58	38,0	83,78	58,0	127,87	78,0	171,96	98,0	216,05
18,0	39,68	38,5	84,88	58,5	128,97	78,5	173,06	98,5	217,16
18,5	40,79	39,0	85,98	59,0	130,07	79,0	174,17	99,0	218,26
19,0	41,89	39,5	87,08	59,5	131,18	79,5	175,27	99,5	219,36
19,5	42,99	40,0	88,18	60,0	132,28	80,0	176,37	100,0	220,46
20,0	44,09	40,5	89,29	60,5	133,38	80,5	177,47	100,5	221,56

OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA:

OBSERVACIONES DE LA EDITORA DE CAMPO:

1				1	2	3	4			
1	06	JUN	01					01		JUN
9	05	MAY	02					02		MAY
9	04	ABR	03					03		ABR
	03	MAR	04					04		MAR
	02	FEB	05					05		FEB
	01	ENE	06					06		ENE
	12	DIC	07					07		DIC
	11	NOV	08					08		NOV
1	10	OCT	09					09		OCT
9	09	SEP	10					10		SEP
9	08	AGO	11					11		AGO
8	07	JUL	12					12		JUL
	06	JUN	13					13		JUN
	05	MAY	14					14		MAY
	04	ABR	15					15		ABR
	03	MAR	16					16		MAR
	02	FEB	17					17		FEB
	01	ENE	18					18		ENE
	12	DIC	19					19		DIC
	11	NOV	20					20		NOV
1	10	OCT	21					21		OCT
9	09	SEP	22					22		SEP
9	08	AGO	23					23		AGO
7	07	JUL	24					24		JUL
	06	JUN	25					25		JUN
	05	MAY	26					26		MAY
	04	ABR	27					27		ABR
	03	MAR	28					28		MAR
	02	FEB	29					29		FEB
	01	ENE	30					30		ENE
	12	DIC	31					31		DIC
	11	NOV	32					32		NOV
1	10	OCT	33					33		OCT
9	09	SEP	34					34		SEP
9	08	AGO	35					35		AGO
6	07	JUL	36					36		JUL
	06	JUN	37					37		JUN
	05	MAY	38					38		MAY
	04	ABR	39					39		ABR
	03	MAR	40					40		MAR
	02	FEB	41					41		FEB
	01	ENE	42					42		ENE
	12	DIC	43					43		DIC
	11	NOV	44					44		NOV
1	10	OCT	45					45		OCT
9	09	SEP	46					46		SEP
9	08	AGO	47					47		AGO
5	07	JUL	48					48		JUL
	06	JUN	49					49		JUN
	05	MAY	50					50		MAY
	04	ABR	51					51		ABR
	03	MAR	52					52		MAR
	02	FEB	53					53		FEB
	01	ENE	54					54		ENE
	12	DIC	55					55		DIC
	11	NOV	56					56		NOV
1	10	OCT	57					57		OCT
9	09	SEP	58					58		SEP
9	08	AGO	59					59		AGO
4	07	JUL	60					60		JUL
	06	JUN	61					61		JUN
	05	MAY	62					62		MAY
	04	ABR	63					63		ABR
	03	MAR	64					64		MAR
	02	FEB	65					65		FEB
	01	ENE	66					66		ENE
	12	DIC	67					67		DIC
	11	NOV	68					68		NOV
1	10	OCT	69					69		OCT
9	09	SEP	70					70		SEP
9	08	AGO	71					71		AGO
3	07	JUL	72					72		JUL
	06	JUN	73					73		JUN
	05	MAY	74					74		MAY
	04	ABR	75					75		ABR
	03	MAR	76					76		MAR
	02	FEB	77					77		FEB
	01	ENE	78					78		ENE

INSTRUCCIONES:

SOLAMENTE PUEDE APARECER UN CODIGO EN CADA CUADRITO. TODOS LOS MESES DE LAS COLUMNAS 1, 3, Y 4 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COLUMNA 1: NACIMIENTOS, EMBARAZOS, TERMINACIONES, USO DE ANTICONCEPTIVOS.

N= NACIMIENTOS
E= EMBARAZOS
T= TERMINACIONES (ABORTOS)
M= MORTINATOS

0= NINGUN METODO

1= PILDORA

2= DIU

3= INYECCIONES

4= IMPLANTES

5= DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA

6= PRESERVATIVO (CONDON)

7= ESTERILIZACION FEMENINA

8= ESTERILIZACION MASCULINA

9= ABSTINENCIA PERIODICA

A= RETIRO

X= OTRO

(ESPECIFIQUE)

COLUMNA 2: INTERRUPCION DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

1= QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA.

2= QUERIA QUEDAR EMBARAZADA.

3= COMPAÑERO DESAPROBABA.

4= EFECTOS SECUNARIOS.

5= PREOCUPACIONES POR LA SALUD.

6= ACCESO/DISPONIBILIDAD.

7= QUERIA METODO EFECTIVO.

8= INCONVENIENTE DE USAR.

9= SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS.

C= COSTO.

F= FATALISTA

D= DIFICULTAD EN QUEDAR EMBARAZADA/

MENOPAUSIA

S= DISOLUCION MATRIMONIAL/ SEPARACION

X= OTRO

(ESPECIFIQUE)

Z= NO SABE

COLUMNA 3: MATRIMONIO / UNION

X= EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS).

0= NO ESTA EN UNION.

COLUMNA 4: CAMBIOS Y SITIOS DE RESIDENCIA.

X= CAMBIO DE RESIDENCIA.

1= EN LA CAPITAL.

2= CABECERA DEPARTAMENTAL.

3= CABECERA MUNICIPAL.

4= ALDEA, CASERIO.

5= FINCA.

6= EN EL EXTRANJERO.