

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR		HH
HH1. Número de conglomerado: _____	HH2. Número de hogar: _____	
HH3. Nombre y número de la entrevistadora:	HH4. Nombre y número del supervisor:	
Nombre _____	Nombre _____	
HH5. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	HH7. Región: Noroeste1 Noreste.....2 Centro3 DF-Edo México.....4 Sur.....5	
HH6. Área: Urbana.....1 Rural.....2		
<p>SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA. ¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a HH7A.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso o no se pudo hacer la entrevista por otro motivo ⇒ Circule en HH9 la opción correspondiente. Discuta el resultado con su supervisor.</i></p>		
HH7A. ¿TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA VIVIENDA COMPARTEN EL MISMO GASTO PARA LA COMIDA? Sí.....1 ⇒ <i>Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i> No.....2	HH7B. ENTONCES, ¿CUÁNTOS HOGARES O GRUPOS DE PERSONAS TIENEN GASTO SEPARADO PARA LA COMIDA, CONTANDO EL DE USTED? NÚMERO DE HOGARES..... <i>Cuando en la vivienda exista más de un hogar o grupo de personas, aplique un cuestionario para cada hogar</i>	
	HH7C. Si en la vivienda exista más de un hogar, anote el número de vivienda: _____ ⇒ <i>Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i>	
HH9. Resultado de la entrevista del hogar: Completada..... 01 Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar..... 02 Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo..... 03 Rechazada..... 04 Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda..... 05 Vivienda destruida..... 06 No se encontró la vivienda..... 07 Otro (especificar).....96		

<p><i>Después de haber completado el cuestionario del hogar, llene la siguiente información:</i></p> <p>HH10.Entrevistado/a del Cuestionario de Hogar:</p> <p>Nombre _____</p> <p>HH11. Número total de miembros del hogar: _____</p> <p>HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años _____</p> <p>HH13C. Número de niños/as o adolescentes de 5 a 17 años: _____</p> <p>HH14. Número de niños/as menores de 5 años: _____</p>	<p><i>Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información</i></p> <p>HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: _____</p> <p>HH13DA. Número de cuestionarios de CFD- Funcionamiento y discapacidad (5-17 años) completados: _____</p> <p>HH15.Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados: _____</p>
--	--

EDUCACIÓN		Para miembros del hogar de 3 años de edad y mayores										Para miembros del hogar de 3 a 24 años										ED
ED1. Número de residente	ED2. Nombre y edad Cople de HL2 y HL6	ED3. ¿ASISTIÓ (nombre) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR?	ED4A. ¿CUÁL FUE EL GRADO DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre)?	ED4B. ¿CUÁL ES EL AÑO MÁS ALTO QUE (nombre) APROBO DE ESE GRADO?	ED5. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ¿ES DECIR 2015-2016, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO?	ED6. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUE GRADO Y AÑO ESTÁ ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?	ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿ES DECIR 2014-2015 ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PREESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO?	ED8. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUE GRADO Y AÑO ASISTIÓ (nombre)?														
		1 Si 2 No ^{ED7} 9 NR	Grado: 00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura o profesional 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR Si el grado es=0, vaya a ED5	Año: 98 NS 99 NR Si el primer año de este nivel no se completó, anote "00".	1 Si 2 No ^{ED7} 9 NR	Grado: 00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura o profesional 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR Si el grado es=0, vaya a ED7	1 Si 2 No ^{ED7} 9 NR	Grado: 00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura o profesional 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR Si el grado es=0, vaya a la siguiente línea	Año: 98 NS 99 NR	1 Si 2 No ^{ED7} 9 NR	Grado: 00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura o profesional 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR Si el grado es=0, vaya a la siguiente línea	Año: 98 NS 99 NR										
Núm. residente	Nombre	Edad	Sí	No	NR	Grado	Año	Sí	No	NR	Grado	Año	Sí	No	NR	Grado	Año					
01		— —	1	2	9	— — —	— — —	—	1	2	9	— — —	1	2	8	9	— — —	— — —				
02		— —	1	2	9	— — —	— — —	—	1	2	9	— — —	1	2	8	9	— — —	— — —				
03		— —	1	2	9	— — —	— — —	—	1	2	9	— — —	1	2	8	9	— — —	— — —				
04		— —	1	2	9	— — —	— — —	—	1	2	9	— — —	1	2	8	9	— — —	— — —				

05	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
06	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
07	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
08	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
09	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
10	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
11	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
12	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
13	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
14	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —
15	— —	1 2 9	— — —	— —	—	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— —

SELECCIÓN DE UN NIÑO/A PARA TRABAJO INFANTIL/DISCIPLINA INFANTIL
SL

SL1. Verifique HL6 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 1-17 años.

Número total.....

SL2. Verifique el número total de niños/as de 1-17 años en SL1:

☐ Cero ⇒ Vaya al módulo de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

☐ Uno ⇒ Vaya a SL9 y anote el número de orden como '1', anote el Número de residente, el nombre y la edad del niño/a

☐ Dos o más ⇒ Continúe con SL2A

SL2A. Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 17 años en el orden en que aparece en el Listado de miembros del hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 17 años de edad. Anote el Número de residente, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.

SL3. Número de orden	SL4. Número de residente de HL1	SL5. Nombre de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Edad de HL6
Orden	Núm. residente	Nombre	M	F	Edad
1	— —		1	2	— —
2	— —		1	2	— —
3	— —		1	2	— —
4	— —		1	2	— —
5	— —		1	2	— —
6	— —		1	2	— —
7	— —		1	2	— —
8	— —		1	2	— —

SL8. Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Este es el número de la fila a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Verifique el número total de niños/as (1-17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden (SL3) del niño/a seleccionado.

Último dígito del número de hogar (de HH2)	Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

SL9. Registre el número de orden (SL3), número de residente (SL4), nombre (SL5) y edad (SL7) del niño/ha seleccionado.

Número de orden

Número de residente

Nombre

Edad

TRABAJO INFANTIL		CL																								
CL1. Verifique la edad del niño/a seleccionado de SL9: <input type="checkbox"/> 1-4 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> 5-17 años ⇒ Continúe con CL2																										
CL2. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO DE TRABAJO QUE PUEDAN HACER LOS NIÑOS/AS DE ESTE HOGAR. ¿DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, (nombre) REALIZÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, AUNQUE SEA SÓLO DURANTE UNA HORA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿TRABAJÓ (nombre) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿AYUDÓ (nombre) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (nombre) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[D] ¿DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, REALIZÓ (nombre) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (nombre) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] ¿TRABAJÓ (nombre) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?	1	2	9	[B] ¿AYUDÓ (nombre) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?	1	2	9	[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (nombre) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?	1	2	9	[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?	1	2	9	[D] ¿DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, REALIZÓ (nombre) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (nombre) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	1	2	9	
	Sí	No	NR																							
[A] ¿TRABAJÓ (nombre) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?	1	2	9																							
[B] ¿AYUDÓ (nombre) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?	1	2	9																							
[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (nombre) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?	1	2	9																							
[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?	1	2	9																							
[D] ¿DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, REALIZÓ (nombre) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (nombre) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	1	2	9																							
CL3. Verifique CL2, A a D <input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ continúe con CL4 <input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya a CL8																										
CL4. ¿DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS LE DEDICÓ (nombre) A ESTA/S ACTIVIDAD/ES EN TOTAL? Si es menos de una hora, anote "00". Si no responde, anote "99"	Número de horas: __ __																									

CL5. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIERE/N CARGAR COSAS PESADAS?	Sí.1 No.....2 No responde.....9	
CL6. EN ESTAS ACTIVIDADES REQUIEREN DE TRABAJAR CON HERRAMIENTAS PELIGROSAS (CUCHILLOS, MACHETES, ETC.) U OPERAR MAQUINARIA PESADA?	Sí.1 No.....2 No responde.....9	
CL7. CÓMO DESCRIBIRÍA EL ENTORNO DE TRABAJO DE (nombre)? [A] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A POLVO, HUMOS O GAS? [B] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A FRÍO, CALOR O HUMEDAD EXTREMOS? [C] ESTÁ (nombre) EXPUESTO AL RUIDO O VIBRACIÓN FUERTES? [D] SE REQUIERE QUE (nombre) TRABAJE EN ALTURAS? [E] SE REQUIERE QUE (nombre) TRABAJE CON SUSTANCIAS QUÍMICAS (PESTICIDAS, PEGAMENTOS, ETC.) O EXPLOSIVOS? [F] (nombre) TRABAJÓ EN HORARIO NOCTURNO, ES DECIR, DESPUÉS DE LAS 6 DE LA TARDE? [G] SE REQUIERE QUE (nombre) TRABAJE ENTRE LOS COCHES O EN LOS SEMÁFOROS? [H] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A OTRAS COSAS, PROCESOS O CONDICIONES MALAS PARA LA SALUD O SEGURIDAD DE (nombre)?	Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9 Sí.1 No.....2 No responde.....9	
CL8. DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO, BUSCÓ AGUA (nombre) O RECOGIÓ LEÑA PARA USO DEL HOGAR?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒ CL10
CL9. EN TOTAL, CUÁNTAS HORAS DEDICÓ (nombre) A IR A BUSCAR AGUA O RECOGER LEÑA PARA USO DEL HOGAR DESDE EL (día de la semana en que se hace la entrevista) PASADO? <i>Si es menos de una hora, guarde "00"</i>	Número de horas ____ No responde.....99	

<p>CL10. DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TAREAS PARA ESTE HOGAR?</p> <p>[A] COMPRAS PARA EL HOGAR (HACER MANDADOS)?</p> <p>[B] REPARAR ALGÚN EQUIPO DEL HOGAR?</p> <p>[C] COCINAR O LAVAR TRASTES O LIMPIAR LA CASA?</p> <p>[D] LAVAR O PLANCHAR LA ROPA?</p> <p>[E] CUIDAR DE LOS NIÑOS/AS?</p> <p>[F] CUIDAR DE LOS MAYORES O DE ENFERMOS?</p> <p>[G] OTRAS TAREAS DEL HOGAR?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compras para el hogar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Reparar algún equipo del hogar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lavar o planchar la ropa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los niños/as</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los mayores o de enfermos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otras tareas del hogar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Compras para el hogar.....	1	2	9	Reparar algún equipo del hogar	1	2	9	Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa	1	2	9	Lavar o planchar la ropa	1	2	9	Cuidar de los niños/as	1	2	9	Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2	9	Otras tareas del hogar.....	1	2	9	
	Sí	No	NR																															
Compras para el hogar.....	1	2	9																															
Reparar algún equipo del hogar	1	2	9																															
Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa	1	2	9																															
Lavar o planchar la ropa	1	2	9																															
Cuidar de los niños/as	1	2	9																															
Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2	9																															
Otras tareas del hogar.....	1	2	9																															
<p>CL11. Verifique CL10, A a G</p> <p><input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ Continúe con CL12</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'no' ⇒ vaya al siguiente módulo</p>																																		
<p>CL12. DESDE EL ÚLTIMO (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>), APROXIMADAMENTE DE CUÁNTAS HORAS LE DEDICÓ (<i>nombre</i>) A ESTA/S ACTIVIDAD/ES, EN TOTAL?</p> <p><i>Si es menos de una hora, anote "00".</i></p>	<p>Número de horas ____</p> <p>No responde.....99</p>																																	

DISCIPLINA INFANTIL		CD																																																
CD1. Verifique la edad del niño/a seleccionado desde SL9: <input type="checkbox"/> 1-14 años ⇒ Continúe con CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 años ⇒ Vaya al siguiente módulo																																																		
CD2. Escriba el número de residente y nombre del niño/a desde SL9.	Número de residente Nombre																																																	
CD3. LOS ADULTOS UTILIZAN DIVERSAS MANERAS DE ENSEÑAR A COMPORTARSE A LOS NIÑOS O DE RESPONDER A UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIAS MANERAS QUE SE UTILIZAN Y ME GUSTARÍA QUE ME DIJERA <u>SI USTED O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HAN UTILIZADO ALGUNA DE ESTAS MANERAS CON (nombre) EN EL ÚLTIMO MES.</u>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.</td> <td>Le quitaron algún privilegio.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.</td> <td>Le explicaron el comportamiento erróneo1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.</td> <td>Lo/la zarandearon o sacudieron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[D] LE GRITARON.</td> <td>Le gritaron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.</td> <td>Le dieron otra cosa.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.</td> <td>Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.</td> <td>Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.</td> <td>Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.</td> <td>Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.</td> <td>Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.</td> <td>Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.	Le quitaron algún privilegio.....1	2	9	[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Le explicaron el comportamiento erróneo1	2	9	[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.	Lo/la zarandearon o sacudieron.....1	2	9	[D] LE GRITARON.	Le gritaron.....1	2	9	[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.	Le dieron otra cosa.....1	2	9	[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	9	[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1	2	9	[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	9	[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	9	[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.	Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	9	[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.	Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	9	
	Sí	No	NR																																															
[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.	Le quitaron algún privilegio.....1	2	9																																															
[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Le explicaron el comportamiento erróneo1	2	9																																															
[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.	Lo/la zarandearon o sacudieron.....1	2	9																																															
[D] LE GRITARON.	Le gritaron.....1	2	9																																															
[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.	Le dieron otra cosa.....1	2	9																																															
[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	9																																															
[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1	2	9																																															
[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	9																																															
[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	9																																															
[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.	Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	9																																															
[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.	Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	9																																															

CD4. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A UN NIÑO O UNA NIÑA, ÉL O ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí.....1 No.....2 NS / No opina.....8 No responde.....9	
---	--	--

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
HC1BA. DE ACUERDO CON LA CULTURA DE EL/LA JEFE/A DEL HOGAR ¿ÉL/ELLA SE CONSIDERA INDÍGENA?	Sí 1 No 2 NR..... 9	
HC1BB. ¿EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí1 No 2 NR..... 9	
HC2. ¿CUÁNTOS CUARTOS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	Número de cuartos.....__ __	
HC3. Material predominante del piso de la vivienda. Anote la observación.	Piso Tierra / Arena11 Piso rudimentario Tablones de madera.....21 Piso terminado Parquet, duela o madera lustrada.....31 Suelo de linóleum, congoleum o vinil32 Mosaico, mármol o cerámica33 Cemento34 Alfombra35 Otro (especifique) _____ 96 No visto _____ 99	
HC4. Material principal del techo. Anote la observación.	Techo natural No tiene techo11 Paja / Hojas de palmera sin tejer12 Tierra13 Techo rudimentario Tejido grueso o tejamanil.....21 Palmera tejida22 Tablones de madera.....23 Cartón.....24 Lámina de cartón.....25 Lámina de asbesto, plástico o poliuretano.....26 Lámina metálica.....27 Material de desecho28 Techo terminado Metal/lata31 Madera.....32 Lámina de fibrocemento33 Cerámicos.....34 Cemento o concreto35 Tejas.....36 Otro (especifique) _____ 96 No visto _____ 99	

<p>HC5. <i>Material principal de las paredes exteriores.</i></p> <p><i>Anote la observación.</i></p>	<p>No hay paredes11</p> <p>Caña / Palmera / Troncos.....12</p> <p>Tierra13</p> <p>Paredes rudimentarias</p> <p>Caña o carrizo con barro (bajareque) ...21</p> <p>Piedra con barro.....22</p> <p>Adobe a la vista.....23</p> <p>Triplay24</p> <p>Cartón.....25</p> <p>Madera reutilizada o con huecos26</p> <p>Paredes terminadas</p> <p>Cemento31</p> <p>Piedra con cal/cemento32</p> <p>Ladrillo33</p> <p>Tabiques de cemento34</p> <p>Adobe cubierto35</p> <p>Tablones de madera (sin huecos).....36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)96</p> <p>No visto99</p>																													
<p>HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA <u>PRINCIPALMENTE</u> EN SU HOGAR PARA COCINAR?</p>	<p>Electricidad01</p> <p>Gas licuado (GLP).....02</p> <p>Gas natural03</p> <p>Queroseno05</p> <p>Carbón.....07</p> <p>Madera/leña.....08</p> <p>Paja/Arbustos/Hierba09</p> <p>Estiércol animal.....10</p> <p>Residuos de cultivos agrícolas11</p> <p>No se cocinan alimentos en el hogar95</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)96</p> <p>No responde99</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>03⇒HC8</p> <p>05⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>																												
<p>HC7. ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA CONSTRUCCIÓN SEPARADO O AL AIRE LIBRE?</p> <p><i>Si responde 'Dentro de la casa', indague:</i></p> <p>¿EN UN CUARTO SEPARADO UTILIZADO COMO COCINA?</p>	<p>Dentro de la casa</p> <p>En una habitación separada utilizada como cocina1</p> <p>En otra parte de la casa.....2</p> <p>En una construcción separada3</p> <p>Al aire libre.....4</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)6</p> <p>No responde9</p>																													
<p>HC8. ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>[A] ELECTRICIDAD?</p> <p>[B] RADIO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELÉFONO FIJO?</p> <p>[E] REFRIGERADOR?</p> <p>[F] DVD, PARA VER PELÍCULAS?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Televisor</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>DVD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Electricidad	1	2	9	Radio	1	2	9	Televisor	1	2	9	Teléfono fijo	1	2	9	Refrigerador.....	1	2	9	DVD.....	1	2	9	
	Sí	No	NR																											
Electricidad	1	2	9																											
Radio	1	2	9																											
Televisor	1	2	9																											
Teléfono fijo	1	2	9																											
Refrigerador.....	1	2	9																											
DVD.....	1	2	9																											

[G] HORNO DE MICROONDAS? [H] COMPUTADORA? [I] SERVICIO DE TV DE PAGA? [J] SERVICIO DE INTERNET? [K] LAVADORA DE ROPA? [L] ESTUFA DE GAS? [M] CALENTADOR DE AGUA (BOILER)? [N] TINACO, CISTERNA?	Horno de microondas 1 2 9 Computadora 1 2 9 Servicio de TV paga 1 2 9 Servicio de internet 1 2 9 Lavadora de ropa 1 2 9 Estufa de gas 1 2 9 Calentador de agua 1 2 9 Tinaco, cisterna 1 2 9	
HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE: [A] RELOJ DE PULSO? [B] TELÉFONO CELULAR? [C] BICICLETA? [D] MOTOCICLETA O MOTONETA? [E] CARRETA JALADA POR ANIMALES? [F] AUTOMÓVIL O CAMIONETA? [G] LANCHAS CON MOTOR? [H] COMPUTADOR PORTÁTIL?	<div style="text-align: right;">Sí No NR</div> Reloj de pulso 1 2 9 Teléfono celular 1 2 9 Bicicleta 1 2 9 Motocicleta / Motoneta 1 2 9 Carreta jalada por animales 1 2 9 Automóvil / Camioneta 1 2 9 Lancha con motor 1 2 9 Computador portátil 1 2 9	
HC10. ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR DUEÑO O PROPIETARIO DE LA VIVIENDA? <i>Si es “No”, pregunte: ¿USTED RENTA O ALQUILA LA VIVIENDA DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR?</i> <i>Si “Alquila de alguien que no vive en el hogar”, marque “2”. Para otras respuestas, marque “6”.</i>	Propietario 1 Renta o alquila 2 Prestada o la está cuidando 3 Intestada o está en litigio 4 Asociación ejidal 5 Otro (<i>especifique</i>) 6 No responde 9	2⇒HC11 3⇒HC11 4⇒HC11 5⇒HC11 6⇒HC11
HC10A. LAS ESCRITURAS O DOCUMENTOS DE POSESIÓN DE DERECHOS DE ESTA VIVIENDA, ¿ESTÁN A NOMBRE DE... <i>Lea en voz alta las cinco respuestas.</i>	UNA O MÁS MUJERES QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 1 UNO O MÁS HOMBRES QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 2 HOMBRES Y MUJERES (UNO O MÁS DE CADA GÉNERO), QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 3 ESTÁN A NOMBRE DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR? 4 NO TIENE ESCRITURAS 5 No responde 9	
HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES DUEÑO O PROPIETARIO DE ALGUNAS TIERRAS QUE PUEDAN USARSE PARA AGRICULTURA?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒HC13

<p>HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</p> <p><i>Si es menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i></p>	<p>Hectáreas ____ ____</p> <p>No responde.....99</p>	
<p>HC13. ¿POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde 9</p>	2⇒HC15
<p>HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS SIGUIENTES ANIMALES POSEE EL HOGAR?</p> <p>[A] ¿GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS?</p> <p>[B] ¿CABALLOS, BURROS O MULAS?</p> <p>[C] ¿CABRAS?</p> <p>[D] ¿OVEJAS?</p> <p>[E] ¿POLLOS, GUAJOLOTES, GALLINAS, PATOS?</p> <p>[F] ¿CERDOS?</p> <p>[G] ¿CONEJOS?</p> <p>[H] ¿OTRO ANIMAL?</p> <p><i>Si no posee ninguno, anote '00'. Si responde 95 O MÁS, ANOTE '95'. SI NO SABE, ANOTE '98'.</i></p>	<p>Ganado, vacas lecheras o toros ____ ____</p> <p>Caballos, burros o mulas..... ____ ____</p> <p>Cabras ____ ____</p> <p>Ovejas ____ ____</p> <p>Pollos, guajolotes, gallinas, patos.... ____ ____</p> <p>Cerdos ____ ____</p> <p>Conejos ____ ____</p> <p>Otro animal ____ ____</p> <p>No sabe.....98</p> <p>No responde.....99</p>	
<p>HC15. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?</p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>HC16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿ALGUNA PERSONA EN ESTE HOGAR RECIBIÓ APOYO DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS...</p> <p><i>Lea todas las opciones y circule todos los programas mencionados.</i></p>	<p>Programa Prospera/Oportunidades (a través de apoyo monetario, becas escolares, atención médica en IMSS/Prospera, papillas Nutrisano y/o suplementos o complementos alimenticios)A</p> <p>Programa de Apoyo Alimentario (PAL) (apoyos monetarios, suplementos y complementos alimenticios)B</p> <p>Proagro productivo/Procampo.....C</p> <p>Programa de Abasto Social de Leche (LICONSA)D</p> <p>Diconsa/Programa de Abasto Rural.....E</p> <p>Cruzada Nacional contra el Hambre.....F</p> <p>Seguro Popular/Seguro Médico Siglo XXI.....G</p>	

	Guarderías y/o estancias infantiles (IMSS, ISSSTE, DIF, estancias SEDESOL)H Desayunos escolares.....I Despensas de DIF, el gobierno estatal o municipal o cocinas o comedores comunitarios.....J Becas escolares diferentes a las de Prospera.....K Algún apoyo para adultos mayores (70 y más, adultos mayores, etc)L Otro (Especifique).....X Ninguno.....Y No Sabe.....Z No Responde.....?	
--	--	--

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda..... 11	11⇒WS5B
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5B
	Tubería del vecino 13	13⇒WS5B
	Llave/grifo público..... 14	14⇒WS3
	Pozo con tubería 21	21⇒WS3
	Pozo cavado	
	Pozo protegido 31	31⇒WS3
	Pozo no protegido..... 32	32⇒WS3
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	41⇒WS3
	Manantial no protegido 42	42⇒WS3
	Recogen agua de lluvia 51	51⇒WS3
	Carro-tanque / camión cisterna..... 61	61⇒WS3
	Carreta con tanque/tambor pequeño 71	71⇒WS3
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).... 81	81⇒WS3
	Agua embotellada/envasada 91	91⇒WS2
	Otra (<i>especifique</i>) 96	96⇒WS3
	No responde.....99	99⇒WS2
WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda..... 11	11⇒WS5B
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5B
	Tubería del vecino 13	13⇒WS5B
	Llave/grifo público..... 14	
	Pozo con tubería 21	
	Pozo cavado	
	Pozo protegido 31	
	Pozo no protegido..... 32	
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	
	Manantial no protegido 42	
	Recogen agua de lluvia 51	
	Carro-tanque / camión cisterna..... 61	
	Carreta con tanque/tambor pequeño 71	
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación) ... 81	
	Otra (<i>especifique</i>) 96	
	No responde 99	99⇒WS5A
WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda 1	1⇒WS5A
	En el propio patio/lote..... 2	2⇒WS5A
	En otro lado..... 3	
	No responde 9	
WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Número de minutos _ _ _	
	No Sabe..... 998	
	No responde 999	

WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR? <i>Indague:</i> ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?	Mujer (de 15 años o más)..... 1 Hombre (de 15 años o más) 2 Niña (menor de 15)..... 3 Niño (menor de 15)..... 4 NS..... 8 No responde 9	
WS5A. Verifique la respuesta a WS1 y WS2: <input type="checkbox"/> Si la respuesta a WS1 o WS2 es 14 o 21 ⇒ Continúe con WS5B <input type="checkbox"/> Cualquier otra respuesta ⇒ WS6		
WS5B. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿ALGUNA VEZ FALTÓ EL AGUA TODO UN DÍA?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8 No responde 9	
WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8 No responde 9	2⇒WS8 8⇒WS8 9⇒WS8
WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS? <i>Anote todas las opciones mencionadas.</i>	La hierve A Le añade blanqueador / cloro B La filtra con una tela C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) D Desinfección solar E La deja reposar y asentar F Le pone gotas de Microdyn G Le pone hipoclorito de sodio H Otro (<i>especifique</i>) X NS..... Z No responde..... ?	
WS8. ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? <i>Si responde “inodoro” o “letrina con cierre hidráulico”, indague:</i> ¿HACIA DÓNDE DESCARGA? <i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i>	Descarga Excusado conectado al alcantarillado .. 11 Excusado conectado a tanque séptico . 12 Letrina (pozo negro, hoyo) 13 Descarga a otra parte 14 Descarga a sitio desconocido / no está seguro dónde / NS dónde 15 Letrina de fosa Letrina de fosa mejorada con ventilación 21 Letrina de fosa con losa 22 Letrina de fosa sin losa/Foso abierto.... 23 Excusado de compostaje..... 31 Balde..... 41 Excusado colgante, Letrina colgante..... 51 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo 95 Otro (<i>especifique</i>) 96	95⇒Módulo siguiente
WS9. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒Módulo siguiente

WS10. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON MIEMBROS DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general) 1 Instalación pública 2	2⇒Módulo siguiente
WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Número de hogares (si menos de 10) 0__ Diez hogares o más 10 NS 98	

LAVADO DE MANOS		HW
HW1. NOS GUSTARÍA APRENDER SOBRE LOS ESPACIOS QUE UTILIZAN LOS HOGARES PARA LAVARSE LAS MANOS. ¿PUEDE MOSTRARME QUÉ LUGAR USAN CON <u>MAYOR FRECUENCIA</u> LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Lugar observado 1 Lugar no observado No está en la vivienda/patio/lote..... 2 No obtuvo permiso para ver el lugar..... 3 Otra razón (especificar) 6	 2 ⇨ HW4 3 ⇨ HW4 6 ⇨ HW4
HW2. <i>Observe si hay agua en el lugar específico para el lavado de manos.</i> <i>Verifique la llave/bomba, cuenca, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para la presencia de agua. De ser necesario abra la llave o solicite que le permita observar si cuenta con agua.</i>	Hay agua disponible 1 No hay agua disponible 2	
HW3A. <i>¿Hay jabón, detergente o ceniza/barro/arena en el lugar específico para el lavado de manos.</i>	Sí, presente..... 1 No presente 2	 2⇨HW4
HW3B. <i>Anote la observación.</i> <i>Circule todo lo que corresponda.</i>	Jabón en pastillaA Detergente (en polvo / líquido / en pasta) .. B Jabón líquido.....C Ceniza / barro / arena.....D	 A⇨HH19 B⇨HH19 C⇨HH19 D⇨HH19
HW4. ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE O CENIZA/BARRO/ARENA EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Sí. 1 No..... 2	 2⇨HH19
HW5A. ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO, POR FAVOR?	Sí, mostrado..... 1 No mostrado..... 2	 2⇨HH19
HW5B. <i>Anote la observación.</i> <i>Circule todo lo que corresponda</i>	Jabón en pastillaA Detergente (en polvo / líquido / en pasta) .. B Jabón líquido.....C Ceniza / barro / arena.....D	

HH19. *Anote la hora.*

Hora y minutos..... ____ : ____

HH20. *Agradezca al entrevistado/a su cooperación y verifique el Listado de miembros del hogar:*

☐ *En el listado de miembros del hogar (HL7) se ha emitido un cuestionario separado de mujeres individuales para cada mujer de edad 15 a 49 años*

☐ *En el listado de miembros del hogar (HL7B) se ha emitido un cuestionario separado de niños/as menores de 5 años*

Vuelva a la portada del cuestionario y asegúrese de que el resultado de la entrevista del hogar (HH9), el nombre y número de residente del informante del cuestionario del hogar (HH10), y el número de mujeres elegibles (HH12), y niño/as menores de 5 años (HH14) esté completo.

Haga arreglos para la aplicación del cuestionario/s restantes en este hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Supervisor

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de conglomerado: <div style="text-align: right;">_____</div>	WM2. Número de hogar: <div style="text-align: right;">_____</div>	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de residente de la mujer: <div style="text-align: right;">_____</div>	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: <div style="text-align: right;">____ / ____ / 2015</div>	
WM8A. Nombre y número del supervisor: Nombre _____		

<i>Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:</i> SOMOS DE (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA). ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.		<i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i> AHORA ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.	
¿PUEDO COMENZAR AHORA? <input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</i> <input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</i>			
WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Parcialmente completada..... 04 Incapacitada 05 Otro (especifique)_____ 96		
WM10. Anote la hora.	Hora y minutos..... ____ : ____		

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes _ _ No sabe el mes 98 No responde el mes 99 Año _ _ _ _ No sabe el año 9998 No responde el año 9999	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos) _ _	
WB2A. DE ACUERDO CON SU CULTURA, ¿USTED SE CONSIDERA INDÍGENA?	Sí 1 No 2 No responde 9	
WB2B. ¿USTED HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí 1 No 2 No responde 9	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL GRADO DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ EN LA ESCUELA?	00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR	00⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer año de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Año _ _ No responde 99	

WB6. Verifique WB4:

☐ Secundaria o superior (WB4=2-11) \Rightarrow Vaya al Siguiente Módulo

☐ Primaria (WB4=1) \Rightarrow Continúe con WB7

- WB6.** Verifique WB4:
- ☐ Secundaria o superior (WB4=2-11) \Rightarrow Vaya al Siguiente Módulo
- ☐ Primaria (WB4=1) \Rightarrow Continúe con WB7

<p>WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE.</p> <p><i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i></p> <p>¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?</p>	<p>No puede leer nada 1</p> <p>Puede leer sólo partes de la frase..... 2</p> <p>Puede leer la frase completa..... 3</p> <p>La frase no estaba en el idioma requerido..... 4</p> <p style="text-align: center;"><i>(especifique el idioma)</i></p> <p>Ciega/vista impedida 5</p> <p>No responde..... 9</p>	
--	---	--

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN	MT
--	----

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN	MT
--	----

MT1. *Verifique WB7:*

- ☐ *La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2*
- ☐ *Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2*
- ☐ *No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3*

- MT1.** *Verifique WB7:*
- ☐ *La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2*
 - ☐ *Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2*
 - ☐ *No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3*

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒Siguiente módulo
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒ Siguiente módulo
MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

FECUNDIDAD		CM
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE USTED HA TENIDO A LO LARGO DE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO, YA SEA NATURAL O CESÁREA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒CM8 9⇒CM8
CM2. ¿CUÁL ES LA FECHA EN QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ? ME REFIERO A LA PRIMERA VEZ EN QUE USTED TUVO UN PARTO, INCLUSO SI EL NIÑO/A YA NO VIVE O EL PADRE NO ES SU PAREJA ACTUAL.	Fecha del primer nacimiento Mes ____ No sabe el mes 98 No responde el mes 99 Año ____ ____ No sabe el año 9998 No responde el año 9999	SI CONOCE AÑO ⇒ CM4
CM3. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE DESDE QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ?	Años completos desde el primer nacimiento ____ No responde 99	
CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA PARIDO Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?	Sí. 1 No 2	2⇒CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa ____ Hijas viviendo en casa ____	
CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/S O HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA PARIDO PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA?	Sí. 1 No 2	2⇒CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar ____ Hijas en otro lugar ____	

<p>CM8. ¿ALGUNA VEZ HA PARIDO A UN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS?</p> <p><i>Si la respuesta es “No”, indague preguntando lo siguiente:</i></p> <p>ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS</p>	<p>Sí.1</p> <p>No2</p>	<p>2⇒CM10</p>
<p>CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO?</p> <p>¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO?</p> <p><i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i></p>	<p>Niños varones muertos _ _</p> <p>Niñas muertas _ _</p>	
<p>CM10. Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.</p>	<p>Total..... _ _</p>	
<p>CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (<i>número total en CM10</i>) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí. Verifique abajo:</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No nacidos vivos ⇒ Vaya a CM12A</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con CM12</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique las respuestas de CM1 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12</i></p>		

CM12. DE ESTOS (<i>número total en CM10</i>) NACIMIENTOS QUE HA TENIDO, ¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO PARTO (INCLUSO SI ÉL O ELLA FALLECIERA)? <i>Se debe anotar el mes y el año</i>	Fecha del último nacimiento Mes _ _ Año _ _ _ _	CUALQUIER FECHA⇒CM12B
CM12A. ¿HA ESTADO USTED EMBARAZADA ALGUNA VEZ?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒CM12C 2⇒CM13 9⇒CM13
CM12B. ¿CUANDO ESTABA USTED EMBARAZADA DE SU PRIMER HIJO/A, FUE EL PRIMER EMBARAZO QUE TUVO?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒CM13
CM12C. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE EMBARAZÓ POR PRIMERA VEZ?	Edad..... _ _ No responde.....99	

CM13. *Verifique CM12: El último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, los 2 años antes de (mes de la entrevista) de 2015 (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es 2013, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)*

☐ *No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD*

☐ *Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Solicite el nombre del último niño nacido/la última niña nacida*

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga un cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

Continúe con el siguiente modulo.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
<i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13 _____.</i> <i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</i>		
DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	
DB1A. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿PLANEABA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒Siguiente módulo

DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante..... 1 No más..... 2 No responde..... 9	2⇒Siguiente módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Meses __ __ Años..... __ __ No sabe..... 998 No responde..... 999	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
<p><i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i></p> <p><i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</i></p>		
MN1. ¿ACUDIÓ USTED A ALGUIEN PARA LA REVISIÓN PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 9	2⇒MN5
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera B Partera profesional técnica C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor (a) auxiliar o asistente de salud G OTRO (ESPECIFIQUE)..... X No responde..... ?	
MN2A. ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES TENÍA USTED DE EMBARAZO CUANDO LA REVISARON POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Semanas 1 __ __ Meses..... 2 0 __ No sabe..... 998 No responde..... 999	
MN2B. ¿EN QUÉ LUGAR LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Hogar Casa de la entrevistada 11 Casa de la partera 13 Otra casa..... 12 Sector público Hospital del gobierno 21 Clínica del gobierno/unidad de salud..... 22 Caravana o puesto móvil de salud 23 Otra institución pública (especifique)..... 26 Sector Médico Privado Hospital privado..... 31	11⇒MN3 12⇒MN3 13⇒MN3

	Clínica privada..... 32 Consultorios dependientes de farmacias.33 Otro centro médico privado (especifique) 36 Otro (especifique)..... 96 No responde..... 99	31⇒MN3 32⇒MN3 33⇒MN3 36⇒MN3 96⇒MN3																																																				
MN2C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5 Otra institución (especifique) 6 No responde..... 9																																																					
MN3. ¿CUÁNTAS REVISIONES PRENATALES RECIBÍO DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si le da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces..... — — No sabe 98 No responde..... 99																																																					
MN4. COMO PARTE DE SU REVISIÓN PRENATAL, ¿LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</td><td>Presión arterial 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</td><td>Muestra de orina..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</td><td>Muestra de sangre..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[D] ¿LA MIDIERON?</td><td>Medición..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[E] ¿LA PESARON?</td><td>Peso..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?</td><td>Azúcar 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?</td><td>Sífilis 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?</td><td>Ultrasonido 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?</td><td>Ácido fólico..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?</td><td>Vitaminas, hierro..... 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?</td><td>Salud mental 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?</td><td>Anticonceptivo 1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	Presión arterial 1	2	9	[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	Muestra de orina..... 1	2	9	[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	Muestra de sangre..... 1	2	9	[D] ¿LA MIDIERON?	Medición..... 1	2	9	[E] ¿LA PESARON?	Peso..... 1	2	9	[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?	Azúcar 1	2	9	[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?	Sífilis 1	2	9	[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?	Ultrasonido 1	2	9	[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?	Ácido fólico..... 1	2	9	[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?	Vitaminas, hierro..... 1	2	9	[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?	Salud mental 1	2	9	[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?	Anticonceptivo 1	2	9	
	Sí	No	NR																																																			
[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	Presión arterial 1	2	9																																																			
[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	Muestra de orina..... 1	2	9																																																			
[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	Muestra de sangre..... 1	2	9																																																			
[D] ¿LA MIDIERON?	Medición..... 1	2	9																																																			
[E] ¿LA PESARON?	Peso..... 1	2	9																																																			
[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?	Azúcar 1	2	9																																																			
[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?	Sífilis 1	2	9																																																			
[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?	Ultrasonido 1	2	9																																																			
[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?	Ácido fólico..... 1	2	9																																																			
[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?	Vitaminas, hierro..... 1	2	9																																																			
[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?	Salud mental 1	2	9																																																			
[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?	Anticonceptivo 1	2	9																																																			

[M] ¿LE ENSEÑARON O EXPLICARON CÓMO DAR A SU BEBÉ LECHE MATERNA?	Leche materna.....1 2 9	
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA CARTILLA DE VACUNACIÓN U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLA, POR FAVOR? <i>Si se muestra la cartilla, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	Sí (vio la tarjeta)1 Sí (no vio la tarjeta).....2 No3 No sabe8 No responde.....9	
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre), ¿RECIBÍÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANOS ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí.1 No2 No sabe8 No responde.....9	2⇒MN9 8⇒MN9 9⇒MN9
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBÍÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Número de veces..... No sabe.....8 No responde.....9	8⇒MN9 9⇒MN9
MN8. ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7? <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBÍÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre), YA SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí.1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒MN17 8⇒MN17 9⇒MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBÍÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces..... No sabe8 No responde.....9	8⇒MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBÍÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años)..... No responde.....99	

<p>MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (nombre)?</p> <p>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</p> <p>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</p> <p>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</p> <p>Si la entrevistada responde que la asistió un pariente o amiga/o indague si era partera tradicional o médico o enfermera.</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Partera profesional técnica..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Promotor (a) auxiliar o asistente de salud..... G</p> <p>Pareja/Pariente/amiga(o) H</p> <p>Otro (especifique) X</p> <p>Nadie..... Y</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>MN18. ¿DÓNDE ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)?</p> <p>Indague para identificar el tipo de fuente.</p> <p>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Casa de la partera 13</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno 21</p> <p>Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22</p> <p>Otra institución pública (especifique) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Otro centro médico privado (especifique) 36</p> <p>Otro (especifique) 96</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>13⇒MN20</p> <p>31⇒MN19</p> <p>32⇒MN19</p> <p>36⇒MN19</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN18A ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5</p> <p>Otra institución (especifique)..... 6</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>MN19. ¿NACIÓ (nombre) POR CESÁREA?</p> <p>ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA?</p> <p>¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORS DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes..... 1</p> <p>Después..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	

MN19B. DESPUÉS DE NACER (NOMBRE) ¿LO/LA PUSIERON EN SU PECHO EN CONTACTO DIRECTO CON SU PIEL?	Sí.....1 No2 No sabe.....8 No responde.....9	
MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ÉL/ELLA ERA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	Muy grande1 Más grande que el promedio.....2 Tamaño promedio.....3 Más pequeño que el promedio.....4 Muy pequeño.....5 No sabe.....8 No responde.....9	
MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?	Sí.....1 No2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒MN23 8⇒MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la cartilla de salud, si está disponible.</i>	De la cartilla.....1 (kg) __ . __ __ __ De memoria.....2 (kg) __ . __ __ __ No sabe.....9.998 No responde.....9.999	
MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	Sí.....1 No2 No sabe.....8 No responde.....9	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (<i>nombre</i>)?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo 9⇒Siguiente módulo
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas (inmediatamente).</i> <i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente.....000 Horas __ __ Días..... __ __ NS/no recuerda998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí.....1 No2 No responde.....9	2⇒Siguiente módulo

<p>MN27. ¿QUÉ SE LE DIO DE TOMAR A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Anote todas las respuestas que mencione la entrevistada</i></p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p>	<p>Leche (que no sea leche materna)..... A</p> <p>Agua sola B</p> <p>Agua con azúcar o con glucosa C</p> <p>Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés D</p> <p>Solución de agua con azúcar y sal E</p> <p>Jugo de frutas..... F</p> <p>Fórmula para bebés..... G</p> <p>Té/infusiones H</p> <p>Miel I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)..... X</p> <p>No responde..... ?</p>	
--	--	--

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		PN
<p><i>Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i></p> <p><i>Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i></p> <p><i>Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.</i></p>		
<p>PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en sector público o privado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN6</p>		
<p>PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>USTED DIJO QUE ATENDIÓ SU PARTO EN (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>).</p> <p>¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 _ _</p> <p>Días..... 2 _ _</p> <p>Semanas 3 _ _</p> <p>NS/ no recuerda 998</p> <p>No responde..... 999</p>	
<p>PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ¿ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN?.</p> <p>ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>PN4. Y EVALUACIONES DE LA SALUD DE USTED, QUIERO DECIR, ¿ALGUIEN EVALUÓ SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD O EXAMINÁNDOLA A USTED?</p> <p>¿A USTED ALGUIEN LE EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 9</p>	

<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE <i>(nombre o tipo de Unidad en MN18)</i>.</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE <i>(nombre o tipo de Unidad en MN18)</i>?</p>	<p>Sí.....1 No2 No responde.....9</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		
<p>PN7. USTED YA HA DICHO QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DEL PARTO — POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A <i>(nombre)</i>, REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI <i>(nombre)</i> ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> SE FUERA, ¿<i>(persona o personas en MN17)</i> REVISÓ LA SALUD DE <i>(nombre)</i>?</p>	<p>Sí.....1 No2 No responde.....9</p>	
<p>PN8. ¿Y <i>(persona o personas en MN17)</i> REVISÓ <u>SU</u> SALUD ANTES DE QUE SE FUERA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí.....1 No2 No responde.....9</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> SE FUERA, ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE <i>(nombre)</i>?</p>	<p>Sí.....1 No2 No responde.....9</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DEL PARTO — ALGUIEN QUE EXAMINARA A <i>(nombre)</i>, REVISARÁ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE <i>(nombre)</i> ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí.....1 No2 No responde.....9</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez.....1 Más de una vez.....2 No responde.....9</p>	<p>1⇒PN12A 2⇒PN12B</p>

<p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ____</p> <p>Días..... 2 ____</p> <p>Semanas..... 3 ____</p> <p>NS/no recuerda 998</p> <p>No responde..... 999</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN REVISÓ LA SALUD DE (nombre) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Partera profesional técnica..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Promotor(a) auxiliar o asistente de salud G</p> <p>Pariente/amiga(o) H</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTA REVISIÓN?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada 11</p> <p>Casa de la partera 13</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno 21</p> <p>Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22</p> <p>Otra institución pública</p> <p>(<i>especifique</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Otro centro médico privado</p> <p>(<i>especifique</i>) 36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)..... 96</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>11⇒ PN15</p> <p>13⇒ PN15</p> <p>12⇒ PN15</p> <p>31⇒ PN15</p> <p>32⇒ PN15</p> <p>36⇒ PN15</p> <p>96⇒ PN15</p>
<p>PN14A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN SE REALIZÓ ESA REVISIÓN?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) 6</p> <p>_____ 6</p> <p>No responde..... 9</p>	

PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en sector público o privado?		
<input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN16		
<input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN17		
PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (nombre o tipo de Unidad en MN18), ¿REVISÓ ALGUIEN SU SALUD?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒PN24
PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud?		
<input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN18		
<input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19		
PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (persona o personas en MN17), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?	Sí.....1 No2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒ PN24
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (nombre), ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED</u> ? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí1 No2 No responde.....9	2⇒PN24
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez2 No responde.....9	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?	Horas 1 ____ Días..... 2 ____ Semanas 3 ____ NS/no recuerda 998 No responde..... 999	
PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i>		
PN22. ¿QUIÉN REVISÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO? <i>Puede registrar más de un opción</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Partera profesional técnica..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor(a) auxiliar o asistente de salud..... G Pariente/amiga/o..... H Otro (especifique) X No responde..... ?	

[G] ¿HIGIENE, SOBRE TODO LAVADO DE MANOS?	Higiene..... 1 2 9	
[H] ¿ANTICONCEPCIÓN?	Anticoncepción 1 2 9	
[I] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POST NATAL O POST PARTO?	Depresión 1 2 9	
[J] ¿LA IMPORTANCIA DE QUE EL BEBÉ DUERMA BOCA ARRIBA?	Duerma boca arriba..... 1 2 9	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15 ¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con IS2. <input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya al siguiente módulo.		
IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES GRAVES Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UNA UNIDAD DE SALUD. ¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UNA UNIDAD DE SALUD INMEDIATAMENTE? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA? <i>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</i> <i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias.</i>	El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A El niño/a empeora..... B El niño/a tiene fiebre o calentura..... C El niño/a tiene respiración rápida D El niño/a tiene dificultades para respirar.... E El niño/a tiene sangre en las heces.....F El niño/a ingiere poco líquido G El niño/a tiene diarrea o vómito..... H El niño/a tiene dolor I El niño/a está intoxicado o reacción alérgica severa..... J El niño/a tiene convulsiones..... K OtroX No responde..... ?	

ANTICONCEPCION		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada 1 No2 No está segura o no sabe 8 No responde.....9	1⇒CP2A

<p>CP2. LAS PERSONAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒CP3</p>
<p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒Siguiente módulo</p> <p>2⇒Siguiente módulo</p> <p>9⇒Siguiente módulo</p>
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta.</i></p> <p><i>Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Esterilización femenina (OTB o ligadura de trompas) A</p> <p>Esterilización masculina (vasectomía)..... B</p> <p>DIU..... C</p> <p>Inyecciones D</p> <p>Implantes..... E</p> <p>Píldoras F</p> <p>Condón masculino G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Jalea/Espuma/Óvulos J</p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo..... L</p> <p>Retiro (coito interrumpido)..... M</p> <p>Parche..... N</p> <p>Pastilla de emergencia..... O</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No responde ?</p>	

NECESIDAD NO SATISFECHA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		UN
<p>UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5</p>		
<p>UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒UN4</p>
<p>UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?</p>	<p>Más tarde 1</p> <p>No más 2</p> <p>No responde 9</p>	

UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a 1 No más/ninguno 2 No ha decidido/NS 8 No responde 9	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6		
UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER (NINGÚN/ MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a 1 No más/ninguno 2 Dice que no puede quedarse embarazada. 3 No lo ha decidido/NS 8 No responde..... 9	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9 9⇒UN9
UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses 1 ____ Años 2 ____ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada .. 994 Después del casamiento..... 995 Otro..... 996 NS..... 998 No responde..... 999	994⇒UN11
UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		
UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10		
UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13

<p>UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?</p> <p><i>No lea las respuestas.</i></p> <p><i>Puede marcar más de una opción.</i></p>	<p>Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A</p> <p>Menopausia B</p> <p>Nunca menstruó C</p> <p>Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D</p> <p>Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E</p> <p>Amenorrea postparto..... F</p> <p>Amamantamiento G</p> <p>Demasiado mayor H</p> <p>Fatalista I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>NS Z</p> <p>No responde ?</p>	
<p>UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”?</p> <p><input type="checkbox"/> Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> No mencionado ⇒ Continúe con UN13</p>		
<p>UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL?</p> <p><i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i></p>	<p>Hace días 1 ____</p> <p>Hace semanas 2 ____</p> <p>Hace meses 3 ____</p> <p>Hace años 4 ____</p> <p>En la menopausia/se le ha realizado histerectomía..... 994</p> <p>Antes del último nacimiento 995</p> <p>Nunca menstruó 996</p> <p>No responde..... 999</p>	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV																																								
<p>DV1. A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:</p> <p>[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?</p> <p>[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?</p> <p>[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?</p> <p>[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?</p> <p>[E] ¿SI SE LE QUEMA LA COMIDA?</p> <p>[F] ¿SI ELLA NO TIENE LA COMIDA LISTA?</p> <p>[G] ¿SI ELLA NO TIENE LA CASA LIMPIA?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sale sin avisarle</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Descuida a los niños/as.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Discute con él.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Se niega a mantener relaciones sexuales.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Quema la comida.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Comida lista.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Casa limpia.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	NR	Sale sin avisarle	1	2	8	9	Descuida a los niños/as.....	1	2	8	9	Discute con él.....	1	2	8	9	Se niega a mantener relaciones sexuales.	1	2	8	9	Quema la comida.....	1	2	8	9	Comida lista.....	1	2	8	9	Casa limpia.....	1	2	8	9	
	SÍ	No	NS	NR																																						
Sale sin avisarle	1	2	8	9																																						
Descuida a los niños/as.....	1	2	8	9																																						
Discute con él.....	1	2	8	9																																						
Se niega a mantener relaciones sexuales.	1	2	8	9																																						
Quema la comida.....	1	2	8	9																																						
Comida lista.....	1	2	8	9																																						
Casa limpia.....	1	2	8	9																																						

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada 1 Sí, viviendo con una pareja..... 2 No, no en unión 3 No responde 9	3⇒MA5
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE SU PAREJA? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?</i>	Edad en años __ __ No sabe 98 No responde 99	⇒MA7 98⇒MA7 99⇒MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado 1 Sí, vivió con una pareja en el pasado..... 2 No 3 No responde 9	3⇒ Siguiendo módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN CONYUGAL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda 1 Divorciada 2 Separada 3 No responde 9	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez 1 Más de una vez 2 No responde 9	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA? MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del (primer) matrimonio Mes __ __ No sabe en qué mes 98 No responde en qué mes 99 Año __ __ __ __ No sabe en qué año 9998 No responde en qué año 9999	⇒Siguiendo módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (<u>PRIMERA</u>) PAREJA?	Edad en años __ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
<i>Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad. Utilice las tarjetas donde aparecen las preguntas de esta sección, para brindar mayor privacidad, de ser útil.</i>		
SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca mantuvo relaciones sexuales 00 Edad en años __ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) pareja 95 No responde 99	00⇒SB16

SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8 No responde 9	
SB2A. ¿Y LA PERSONA CON LA QUE MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ ERA HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2 No responde 9	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES? <i>Anote las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).</i> <i>Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i>	Hace días.....1 __ __ Hace semanas2 __ __ Hace meses3 __ __ Hace años.....4 __ __ No responde 999	4⇒SB15
SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i> <i>Si es “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo 1 Pareja conviviente..... 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (especifique) 6 No responde 9	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Verifique MA1: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) ⇒ Vaya a SB8 <input type="checkbox"/> No casada/no en una unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7		
SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual.....__ __ No sabe 98 No responde 99	
SB7A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒SB15 9⇒SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo..... 1 Pareja/Concubina (o) 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (especifique) 6 No responde 9	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con una pareja sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Vaya a SB13 <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB12A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre..... 1 Mujer..... 2 No responde 9	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de parejas __ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote “95”.</i>	Número de parejas en toda su vida __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB16. Indique si utilizó las tarjetas de comportamiento sexual: SI..... 1 NO..... 2		

VIH / SIDA		HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒Siguiente módulo
HA2. ¿PIENSA QUE ALGUIEN TIENE MENOS POSIBILIDADES DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA SI SÓLO TIENE RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE NO TENGA SIDA Y QUE TAMPOCO TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O MAL DE OJO?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	<div style="text-align: right;">Sí No NS NR</div> Durante el embarazo 1 2 8 9 Durante el parto 1 2 8 9 Amamantando 1 2 8 9	
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí. 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9	

HA10. ¿ USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ USTED PREFERIRÍA QUE NO SE SUPIERA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ ESTARÍA USTED DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12A. EN SU OPINIÓN, NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA DEBEN PODER ASISTIR A LA ESCUELA CON NIÑOS QUE NO TIENEN ESTE VIRUS?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																											
HA14. Verifique MN1: recibió revisión prenatal <input type="checkbox"/> Recibió revisión prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió revisiones prenatales ⇒ Vaya a HA24																											
HA15. ¿ DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿ SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? [D] ¿ SE LE OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hacerse la prueba del SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	SIDA de la madre	1	2	8	9	Cosas que hacer.....	1	2	8	9	Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9	Se le ofreció una prueba.....	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																							
SIDA de la madre	1	2	8	9																							
Cosas que hacer.....	1	2	8	9																							
Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9																							
Se le ofreció una prueba.....	1	2	8	9																							
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒HA19 8⇒HA19																									
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒HA22 8⇒HA22																									

HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ORIENTACIÓN DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ORIENTACIÓN DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde 9	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22 9⇒HA22
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ Vaya a HA24		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí.....1 No.....2 No responde 9	2⇒HA24 9⇒HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	Sí.....1 No.....2 No responde 9	
HA22. ¿LE HAN HECHO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Sí.....1 No.....2 No responde 9	1⇒HA25 9⇒HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde 9	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 3⇒Siguiente Módulo 9⇒Siguiente Módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI USTED TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí.....1 No.....2 No responde 9	2⇒HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde.....9	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí.....1 No.....2 No sabe 8 No responde 9	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí.....1 No.....2 No responde 9	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA
LS
LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15 a 24 años?

☐ Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a SD1

☐ Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.

PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.

Muy feliz..... 1
 Algo feliz 2
 Ni feliz ni infeliz 3
 Un poco infeliz..... 4
 Muy infeliz..... 5

 No responde 9

LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.

EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.

¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha..... 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5
 No responde 9

LS4. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha..... 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5

 No responde 9

LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ACTUAL / 2015-2016, ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?

Sí 1
 No 2

 No responde 9

2⇒LS7

9⇒LS7

LS6. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS7. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL? <i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i>	No tiene empleo 0 Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS8. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS9. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE? <i>En caso de que sea necesario, explíquese que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i>	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS10. ¿QUÉ TAN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LA TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS11. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS12. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	

<p>LS13. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene ingresos 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, SE HA MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O HA EMPEORADO?</p>	<p>Mejorado..... 1</p> <p>Mantenido más o menos igual..... 2</p> <p>Empeorado 3</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?</p>	<p>Mejor..... 1</p> <p>Más o menos igual 2</p> <p>Peor..... 3</p> <p>No responde 9</p>	

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA		SD
<p>A CONTINUACIÓN LE MENCIONARÉ SENTIMIENTOS O CONDUCTAS QUE USTED HAYA PODIDO EXPERIMENTAR. POR FAVOR, DÍGAME CON QUÉ FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.</p> <p>DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...</p> <p><i>Entrevistador: lea las opciones de respuesta para cada pregunta y anote sólo una.</i></p>		
<p>SD1. ¿SENTÍA COMO SI NO PUDIERA QUITARSE DE ENCIMA LA TRISTEZA?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>SD2. ¿LE COSTABA CONCENTRARSE EN LO QUE ESTABA HACIENDO?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>SD3. ¿SE SINTIÓ DEPRIMIDA?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>	

SD4. ¿LE PARECÍA QUE TODO LO QUE HACÍA ERA UN ESFUERZO?	Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2 Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4 No responde..... 9	
SD5. ¿NO DURMIÓ BIEN?	Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2 Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4 No responde..... 9	
SD6. ¿DISFRUTÓ DE LA VIDA?	Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2 Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4 No responde..... 9	
SD 7. ¿SE SINTIÓ TRISTE?	Rara vez o nunca (menos de un día)..... 1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días)..... 2 Un número de veces considerable (3-4 días)..... 3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)..... 4 No responde..... 9	
SD8. AHORA LE QUIERO HACER UNA ÚLTIMA PREGUNTA SOBRE OTRO TEMA: ¿USTED ESTÁ AFILIADA O INSCRITA A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE: <i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i>	Seguro Social (IMSS)?.....A IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C Pemex, Defensa o Marina?.....D Seguro Popular?.....E Seguro PrivadoF Otro (<i>especifique</i>)X No responde.....?	

WM11. Anote la hora.	Hora y minutos :	
-----------------------------	------------------------------	--

WM12. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.

¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

☐ Sí ⇒ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.

☐ No ⇒ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.

Observaciones de la Entrevistadora


Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1

Muy feliz	Algo feliz	Ni feliz ni infeliz	Un poco infeliz	Muy infeliz
				

LADO 2

Muy satisfecha	Algo satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Un poco insatisfecha	Muy insatisfecha
				

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<p><i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar).</i></p> <p><i>Se debe usar un cuestionario separado para cada niño/a elegible.</i></p>		
UF1. Número de conglomerado: <div style="text-align: right;">___ _ _</div>	UF2. Número de hogar: <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de residente del niño/a : <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de residente de la madre/persona encargada: <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: <div style="text-align: right;">___ / ___ / 2015</div>	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (nombre del niño/a de UF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (nombre del niño/niña de UF3) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</i></p>	

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Completada parcialmente 04 Incapacitada 05 Otro (especifique) _____ 96
UF10A. Nombre y número del supervisor de campo: Nombre _____	
UF12. Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____

EDAD		AG
<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE <i>(nombre)</i>,</p> <p>¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i></p> <p><i>Debe anotar el mes y el año.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día__ __</p> <p>No sabe día98</p> <p>Mes.....__ __</p> <p>Año.....201__</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA <i>(nombre)</i> EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años completos.</i></p> <p><i>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</i></p> <p><i>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</i></p>	<p>Edad (en años completos).....__</p>	
<p>AG3. ¿<i>(NOMBRE)</i> ESTÁ AFILIADO/A O INSCRITO/A A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE:</p> <p><i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i></p>	<p>Seguro Social (IMSS)?.....A</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C</p> <p>Pemex, Defensa o Marina?.....D</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....E</p> <p>Seguro PrivadoF</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)X</p> <p>No responde.....?</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p>BR1. ¿TIENE UN ACTA DE NACIMIENTO DE <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?</p>	<p>Sí, visto 1</p> <p>Sí, no visto 2</p> <p>No 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒ Siguiendo módulo</p> <p>2⇒ Siguiendo módulo</p>

BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	1⇒Siguiente Módulo 8⇒BR3
BR2A. ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS POR LOS QUE (<i>nombre</i>) NO HA SIDO REGISTRADO O NO CUENTA CON ACTA DE NACIMIENTO? <i>Circule todas las respuestas que correspondan.</i>	El costo de tramitar el acta de nacimiento ya sea recién nacido o más tarde es alto.....A La oficina del registro civil se encuentra lejos en otra localidad o municipio.....B Toma demasiado tiempo realizar el trámite.....C Dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro.....D No se cuenta con el certificado de nacimiento.....E El acta no ofrece ningún beneficio al niño (a) o la familia del niño(a).....F Los trámites se realizan en una lengua diferente.....G No entiendo cómo puedo realizar el registro....H Los padres son de nacionalidad diferente a la mexicana.....I Otro (<i>especifique</i>)X No sabe.....Z No responde.....?	
BR3. ¿SABE CÓMO TRAMITAR EL ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	Sí 1 No 2 No responde.....9	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																				
EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS PARA NIÑAS Y NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?	Ninguno 00 Número de libros para niños.....0__ Diez o más libros 10 No responde.....99																					
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">NS</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</td> <td style="text-align: center;">Juguetes caseros.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</td> <td style="text-align: center;">Juguetes de tienda.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?</td> <td style="text-align: center;">Objetos del hogar u objetos del exterior1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table> <p><i>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i></p>		Sí	No	NS	NR	[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	Juguetes caseros.....1	2	8	9	[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?	Juguetes de tienda.....1	2	8	9	[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?	Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																		
[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	Juguetes caseros.....1	2	8	9																		
[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?	Juguetes de tienda.....1	2	8	9																		
[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?	Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8	9																		
EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA. ¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?</td> <td style="text-align: center;">Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora.....</td> <td style="text-align: center;">__</td> </tr> <tr> <td>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</td> <td style="text-align: center;">Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora....</td> <td style="text-align: center;">__</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No responde.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table> <p><i>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.</i> <i>Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</i></p>	[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora.....	__	[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora....	__	No responde.....		9													
[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora.....	__																				
[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora....	__																				
No responde.....		9																				
EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Continúe con EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5 </div>																						

<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN/DESARROLLO TEMPRANO ESTRUCTURADO Y FORMAL, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN DE NIÑOS, GUARDERÍAS O ESTANCIAS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											
<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>)?: <i>Si es “SÍ”, pregunte:</i></p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DEL HOGAR (MÁS ALLÁ DEL JARDÍN, PATIO O SOLAR)?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>) O CON (<i>nombre</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó cosas o animales</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	NR	Leyó libros	A	B	X	Y	9	Contó cuentos	A	B	X	Y	9	Cantaron canciones	A	B	X	Y	9	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9	Jugó	A	B	X	Y	9	Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9	
	Madre	Padre	Otro	Nadie	NR																																							
Leyó libros	A	B	X	Y	9																																							
Contó cuentos	A	B	X	Y	9																																							
Cantaron canciones	A	B	X	Y	9																																							
Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9																																							
Jugó	A	B	X	Y	9																																							
Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9																																							
<p>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											
<p>EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											

EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC12. ¿A VECES (<i>nombre</i>) SE SIENTE DEMASIADO ENFERMO/A COMO PARA JUGAR?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC14. CUANDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC18. Verifique en AG2 la fecha de nacimiento de (nombre) y calcule su edad en meses _____ edad en meses <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Continúe con EC19 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 6 a 11 meses ⇒ Continúe con EC21 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 12 a 23 meses ⇒ Continúe con EC25 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 24 a 35 meses ⇒ Continúe con EC27 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene más 36 meses o más ⇒ Continúe con EC33		
EC19. (nombre) ¿LE SONRÍE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC20. ¿PUEDE (nombre) LEVANTAR LA CABEZA CUANDO ESTÁ BOCA ABAJO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC21. ¿(nombre) VOLTEA CUANDO LE HABLAN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC22. ¿(nombre) SE RÍE CUANDO USTED JUEGA A TAPARSE Y LUEGO DESTAPARSE LA CARA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC23. (nombre) ¿HACE COSAS A PROPÓSITO PARA MOLESTARLE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC23A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 6 meses o más ⇒ Continúe con EC24		

EC24. ¿(nombre) SE MANTIENE SENTADO/A SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25. ¿(nombre) REPITE SONIDOS COMO BABA, LALA, GAGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 9 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 9 meses o más ⇒ Continúe con EC26		
EC26. CUANDO (nombre) ESTA ENTRETENIDO/A Y USTED LE DICE QUE NO, ELLA/EL ¿REACCIONA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC26A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 12 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 12 meses o más ⇒ Continúe con EC27		
EC27. ¿(nombre) CAMINA SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC28. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS CUATRO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC29. CUANDO USTED LE DA DE COMER, ¿(nombre) SOSTIENE SU PROPIO PLATO O TAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC30. ¿(nombre) LE BESA Y ABRAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC30A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 18 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 18 meses o más ⇒ Continúe con EC31		
EC31. ¿(nombre) PATEA UNA PELOTA SIN CAERSE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32. ¿CUÁNDO VISTE A (nombre), PUEDE EL/ELLA AYUDARLE, POR EJEMPLO, TERMINANDO DE METER EL BRAZO POR LA MANGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32A. Verifique edad en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 3 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 años o más ⇒ Continúe con EC33		
EC33. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS OCHO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC34. ¿(nombre) PIDE MÁS CUANDO ALGO LE GUSTA MUCHO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC35. (nombre) PREGUNTA FRECUENTEMENTE POR QUÉ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC36. ¿(nombre) JUEGA CON OTROS NIÑOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC37. ¿(nombre) SABE DECIR SU NOMBRE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC38. (nombre) ¿PUEDE IR SÓLO AL BAÑO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
BD2. ¿ALGUNA VEZ DIO PECHO A (nombre)?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. ¿TODAVÍA LE ESTÁ DANDO PECHO?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	
BD4. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) <u>ALGÚN LÍQUIDO DE UN BIBERÓN (MAMILA)?</u>	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	
BD5. ¿TOMÓ (nombre) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (VIDA SUERO ORAL)</u> EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	

BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	
BD7. AHORA QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (<i>nombre</i>) BEBIÓ AYER DURANTE EL DÍA O ANOCHE. ME INTERESA SABER SI (<i>nombre</i>) BEBIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR. ¿BEBIÓ (<i>nombre</i>) AYER DURANTE EL DÍA O LA NOCHE (<i>nombre del ítem</i>)...	<div style="text-align: right;">Sí No NS NR</div>	
[A] AGUA SIMPLE (SIN AÑADIRLE NADA)?	Agua simple 1 2 8 9	
[B1] JUGO 100% NATURAL DE MANGO, ZANAHORIA, PAPAYA U OTRA FRUTA COLOR NARANJA (SIN INCLUIR JUGO DE NARANJA)?	Jugos color naranja 1 2 8 9	
[B2] JUGO 100% NATURAL DE NARANJA U OTRAS FRUTAS (HECHA DE PURAS FRUTAS O VERDURAS)?	Jugos naturales, naranja, etc. 1 2 8 9	
[B3] BEBIDA ENVASADA DE SABOR DULCE, COMO FRUTSI, BOING, NARANJADA?	Bebidas dulces envasados 1 2 8 9	
[B4] AGUAS FRESCAS HECHAS CON AZÚCAR, AGUA Y FRUTA?	Aguas frescas con azúcar 1 2 8 9	
[B5] ALGÚN REFRESCO O BEBIDA CON GAS, QUE TENGA AZÚCAR?	Refresco con gas 1 2 8 9	
[C] CALDO (SÓLO EL CALDO, SIN CARNE, ARROZ O FIDEOS NI OTRA COSA)?	Caldo (sólo el caldo) 1 2 8 9	
[D] LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche 1 2 8 9	
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) LECHE?</i> <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	Número veces bebió leche — No responde.....9	
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS?	Leche de fórmula 1 2 8 9	
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) LECHE DE FÓRMULA?</i> <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	Número de veces que bebió leche — No responde.....9	
[F] TÉ O INFUSIONES?	Té 1 2 8 9	
[G] ALGÚN OTRO LÍQUIDO?	Otro líquido 1 2 8 9	

(Especifique)_____						
BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (nombre) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.						
POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.						
¿COMIÓ (nombre) AYER DE DÍA O DE NOCHE (nombre del alimento) ...						
			Sí	No	NS	NR
[A] YOGURT?	Yogurt	1	28	8	9	9
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)? Si es 7 o más veces, anote '7'. Si es desconocido, anote '8'.		Número de veces que comió/bebió yogurt —				
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ, por ejemplo, Cerelac, Gerber, NUTRISANO, papilla o polvo del programa Oportunidades?	Cerelac/Gerber/otras papillas	1	2	8	9	
[C] TORTILLA, PAN, ARROZ, PASTA, AVENA Y OTROS CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8	9	
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CAMOTES, QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, etc.	1	2	8	9	
[E] PAPAS BLANCAS, CAMOTE BLANCO, O CUALQUIER ALIMENTO QUE SE CONSIDERE UN TUBÉRCULO?	Papas blancas, camote blanco, etc.	1	2	8	9	
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS COMO ESPINACAS, VERDOLAGAS, ACELGAS O QUELITES?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8	9	
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS, MELÓN AMARILLO/ ANARANJADO?	Mangos maduros	1	2	8	9	
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA COMO PLÁTANO, MANZANA, TUNA, CALABACITA?	Otras frutas o verduras	1	2	8	9	
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VISCERAS DE ANIMALES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8	9	
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, BORREGO, CABRITO, CONEJO, POLLO O PATO O JAMÓN O SALCHICHA?	carne de res, cerdo, cordero, cabra, jamón, salchicha, etc.	1	2	8	9	
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8	9	
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8	9	
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, chicharos, etc.	1	2	8	9	
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, EXCEPTO YOGURT?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8	9	
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especifique)_____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8	9	
[P] ALGUNA COMIDA CON AZÚCAR COMO DULCES, CHOCOLATES, PAN DULCE, PASTEL O GALLETAS DULCES?	Alimentos dulces como chocolates, golosinas, pasteles, etc.	1	2	8	9	
[Q] ALGUNA COMIDA SALADA O BOTANA COMO PAPITAS FRITAS, FRITURAS DE MAÍZ O	Comida salada o botana	1	2	8	9	

CHICHARRÓN DE HARINA?		
BD9. Verifique BD8 (Categorías de la “A” a la “Q”) <input type="checkbox"/> Al menos un “sí” o todo “NS” ⇒ Vaya a BD11 <input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10		
BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche <input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya a BD11A <input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a Q]. Cuando haya terminado, continúe con BD11		
BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O ANOCHE? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces..... No sabe.....8 No responde.....9	
BD11A. ¿DURANTE SU EMBARAZO O DESDE QUE (NOMBRE) NACIÓ, HA ESCUCHADO, VISTO O LEÍDO ANUNCIOS O COMERCIALES SOBRE LECHE DE FÓRMULA O EN POLVO PARA BEBÉS O NIÑOS?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8 No responde.....9	
BD11B. ¿CONOCE USTED O HA OÍDO HABLAR DE LOS BENEFICIOS QUE LA LECHE MATERNA APORTA AL NIÑO Y A LA MADRE?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8 No responde.....9	2⇒SI-GUIENTE MÓDULO 8⇒ SI-GUIENTE MÓDULO
BD11C. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA LA MADRE? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene alguna enfermedad crónica.....A</i> <i>Mejora la salud.....B</i> <i>Previene el embarazo.....C</i> <i>Previene algún tipo de cáncer.....D</i> <i>Para bajar de peso.....E</i> <i>Reduce la depresión postparto.....F</i> Otro, especifiqueX No sabe/No responde.....?	
BD11D. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA EL BEBÉ? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene infecciones.....A</i> <i>Mejora su salud/para que no se enferme.....B</i> <i>Previene alergias.....C</i> <i>Para que crezca (fuerte).....D</i> <i>Fortalece los vínculos entre la madre y el niño.....E</i> Otro, especifiqueX No sabe/No responde.....?	

VACUNACIÓN										IM
<i>Si está disponible la Cartilla Nacional de Vacunación (Cartilla Nacional de Salud para niñas y niños de 0 a 9 años), copie las fechas en IM3 para cada tipo de vacunación y Vitamina A registrada en la cartilla. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la cartilla de vacunación no está disponible.</i>										
IM1. ¿TIENE ALGUNA CARTILLA EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (nombre)? <i>(Si la respuesta es "sí", pregunte)</i> ¿PUEDO VERLA POR FAVOR?				Sí, visto 1 Sí, no visto..... 2 No hay cartilla..... 3 No responde..... 9				1⇒IM2A 2⇒IM2A		
IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA CARTILLA DE VACUNACIÓN (CARTILLA NACIONAL DE SALUD) DE (nombre)?				Sí..... 1 No 2 No responde..... 9				2⇒IM6 9⇒IM6		
IM2A. ADEMÁS DE LA CARTILLA, ¿LE DIERON UNA TARJETA QUE SE LLAMA "MEJORANDO EL DESARROLLO DE MI HIJA O HIJO"? <i>Indague:</i> ES UNA TARJETA CON DIBUJOS QUE VIENE DOBLADA JUNTO A LA CARTILLA. SIRVE PARA REGISTRAR EL DESARROLLO DEL BEBÉ.				Sí, visto 1 Sí, no visto..... 2 No 3 No responde..... 9						
IM2B. Verifique IM1. <input type="checkbox"/> La cartilla de vacunación de (nombre) se muestra (IM1=1) ⇒ Continúe con IM3 <input type="checkbox"/> La cartilla de vacunación de (nombre) no es mostrada (IM1=2,3,9) ⇒ Vaya a IM6										
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la cartilla. (b) Anote '44' en la columna "día" si la cartilla muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.				Fecha de vacunación						
				Día		Mes		Año		
BCG (TUBERCULOSIS) BCG										
HEPATITIS B0 (AL NACER) HEP0										
HEPATITIS B1 HEP1										
HEPATITIS B2 HEP2										
PENTAVALENTE1 (PENTAVALENTE ACELULAR DPAT+VPI+HIB) PV1										
PENTAVALENTE2 PV2										
PENTAVALENTE3 PV3										
PENTAVALENTE4 PV4										
ROTAVIRUS1 (DIARREA POR ROTAVIRUS) ROTA1										

ROTAVIRUS2	ROTA2										
ROTAVIRUS3	ROTA3										
NEUMOCOCICA CONJUGADA1	NEUMO1										
NEUMOCOCICA CONJUGADA2	NEUMO2										
NEUMOCOCICA CONJUGADA3	NEUMO3										
INFLUENZA1	INFLU1										
INFLUENZA2	INFLU2										
INFLUENZA3 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU3										
INFLUENZA4 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU4										
SRP (SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS/ MMR)	SARAMPIÓN										
POLIO 1 (SABIN)	SABIN1										
POLIO 2 (SABIN)	SABIN 2										
POLIO 3 (SABIN)	SABIN 3										
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)	VITA1										
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)	VITA2										

IM4. Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la **BCG a Vitamina A**)?

☐ Sí ⇒ Vaya a IM19

☐ No ⇒ Continúe con IM5

IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA CARTILLA, ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD O JORNADAS DE VACUNACIÓN?

☐ Sí ⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19

☐ No/NS ⇒ Continúe con IM19

IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA SEMANA NACIONAL DE SALUD, EN VISITAS CON (NOMBRE) AL MÉDICO O CUANDO PROMOTORAS VISITARON SU HOGAR?	Sí.....	1	2⇒IM19 8⇒IM19
	No.....	2	
	No sabe	8	
	No responde.....	9	
IM7. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí.....	1	
	No.....	2	
	No sabe	8	
	No responde.....	9	
IM13. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA DE HEPATITIS B; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?	Sí.....	1	2⇒IM15C
	No.....	2	

<i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i>	No sabe 8 No responde.....9	8⇒IM15C
IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15C. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA PENTAVALENTE ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE PONE EN EL MUSLO PARA PREVENIR DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS Y LA INFLUENZA TIPO B?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15E 8⇒IM15E
IM15D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA PENTAVALENTE?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15E. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (PROTEGE DE DIARREA POR ROTAVIRUS Y ES UNA AMPOLLETA DE LÍQUIDO QUE ES TOMADA O BEBIDA)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15G 8⇒IM15G
IM15F. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ROTAVIRUS?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15G ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ UNA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA QUE PROTEGE CONTRA INFECCIONES POR NEUMOCOCO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15I 8⇒IM15I
IM15H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	

IM15I. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM16 8⇒IM16																				
IM15J. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9																					
IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA SARAMPIÓN (SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAROTIDITIS O SRP, O TRIPLE VIRAL) MMR O MR; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO AL AÑO DE EDAD O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA SARAMPIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ (<i>nombre</i>) VITAMINA A, INCLUSO EN ALGUNA SEMANA NACIONAL DE SALUD?	Número de veces Ninguna 0 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16B. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ VACUNAS ADICIONALES CONTRA POLIOMIELITIS (SABIN) EN SEMANAS DE SALUD?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (NOMBRE) HA SIDO VACUNADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEMANAS NACIONALES DE SALUD: [A] <i>Primera semana nacional de salud 2015, del 21 al 27 de febrero, vacuna contra la polio</i> [B] <i>Otra semana nacional de salud durante 2015</i> [C] <i>Otra semana nacional de salud, anterior a 2015</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ra semana nac. de salud 2015.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otra semana nac. de salud 2015.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otra semana nac. de salud</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	Otra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	Otra semana nac. de salud	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																		
1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
Otra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
Otra semana nac. de salud	1	2	8	9																		

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (nombre) DIARREA?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (nombre) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (nombre) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 No se le dio nada para beber..... 5 No sabe 8 No responde.....9	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (nombre) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 Suspendió la comida 5 Nunca se le dio de comer..... 6 No sabe 8 No responde.....9	
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN, PARA LA DIARREA DE (NOMBRE)?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? <i>Circule todos los proveedores mencionados,</i> <i>pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i> <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si se trata del sector</i> <i>público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospital del gobierno.....A Clínica del gobierno/centro de salud B Caravana o puesto móvil de salud C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (especifique).....H Sector médico privado Hospital / clínica privada..... I Médico privado J Farmacia privada K Otro médico privado (especifique) _____ O Otras fuentes Pariente / amigo P Tienda Q Profesional tradicional R Otro (especifique) _____ X No responde.....?	I⇒CA4 J⇒CA4 K⇒CA4 O⇒CA4 P⇒CA4 Q⇒CA4 R⇒CA4 X⇒CA4 ?⇒CA4

CA3C. ¿ EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (NOMBRE)?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera.....2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)3 Pemex, Defensa o Marina4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....5 Otro6 No responde.....9																
CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿ SE LE DIO DE BEBER A (nombre): [A] UN POLVO QUE VIENE EN UN SOBRE ESPECIAL LLAMADO VIDA SUERO ORAL? [B] ALGUNA SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN PARA DIARREA COMO PEDIALYTE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>NS</th><th>NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida suero oral.....1</td><td></td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr> <td>Solución de rehidratación.....1</td><td></td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Vida suero oral.....1		2	8	9	Solución de rehidratación.....1		2	8	9	
	Sí	No	NS	NR													
Vida suero oral.....1		2	8	9													
Solución de rehidratación.....1		2	8	9													
CA4A. Verifique CA4: Vida Suero Oral o solución de rehidratación. <input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio Vida suero oral u otro tipo de solución de rehidratación ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio Vida suero oral ⇒ Vaya a CA4C																	
CA4B. ¿ DÓNDE OBTUVO USTED EL VIDA SUERO ORAL O SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> <hr/> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (especifique).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada..... 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa.....40 Otro (especifique)..... 96 No responde.....99																
CA4C. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿ SE LE DIO A (nombre) ALGUNA DE ESTAS COSAS: [A] TABLETAS DE ZINC? [B] JARABE DE ZINC?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>NS</th><th>NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Tabletas de zinc	1	2	8	9	Jarabe de zinc	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR													
Tabletas de zinc	1	2	8	9													
Jarabe de zinc	1	2	8	9													

CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?																																	
<input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E																																	
<input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F																																	
CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> <hr/> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (especifique).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada..... 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa.....40 Otro (especifique),96 No responde.....99																																
CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre) ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada ítem (A y luego B) en voz alta y anote la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i> [A] SUERO CASERO? [B] ATOLE O AGUA DE ARROZ? [C] ATOLE DE MAÍZ? [D] TE DE HIERBAS [E] OTRO LÍQUIDO EXCEPTO REFRESCOS O CAFÉ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suero casero1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Atole/agua de arroz....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Atole de maíz1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Te de hierbas.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otro líquido excepto refrescos o café.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Suero casero1		2	8	9	Atole/agua de arroz....1		2	8	9	Atole de maíz1		2	8	9	Te de hierbas.....1		2	8	9	Otro líquido excepto refrescos o café.....1		2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																													
Suero casero1		2	8	9																													
Atole/agua de arroz....1		2	8	9																													
Atole de maíz1		2	8	9																													
Te de hierbas.....1		2	8	9																													
Otro líquido excepto refrescos o café.....1		2	8	9																													
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒CA6A 8⇒CA6A																															
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A AntiespasmódicoB Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)G No sabe tipo de pastilla o jarabeH																																

<p>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</p>	<p>Inyección Antibiótica..... L No antibiótica..... M No sabe tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas Q</p> <p>Otros (especifique)..... X</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>CA6A. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA9A 8⇒CA9A</p>
<p>CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR O JADEABA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEABA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moqueaba solamente.. 2</p> <p>Ambos 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>)..... 6 No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p>CA9A. Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14</p>		
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A DE PARTE DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p>	<p>Sector público Hospital del gobierno..... A Clínica del gobierno/centro de salud B Caravana o puesto móvil de salud C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (<i>especifique</i>)..... H</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada..... I Médico privado J Farmacia privada K Otro médico privado (<i>especifique</i>)..... O</p>	<p>I⇒CA12 J⇒CA12 K⇒CA12</p>

<p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo P</p> <p>Tienda Q</p> <p>Profesional tradicional R</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No responde..... ?</p>	<p>O⇒CA12</p> <p>P⇒CA12</p> <p>Q⇒CA12</p> <p>R⇒CA12</p> <p>X⇒CA12</p> <p>?⇒CA12</p>
<p>CA11AA. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) 6</p> <p>No responde 9</p>	
<p>CA12. ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p><i>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</i></p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre)</i></p>	<p>Antibióticos</p> <p>Pastilla / Jarabe (suspensión) I</p> <p>Inyección..... J</p> <p>Otros medicamentos:</p> <p>Paracetamol / Acetaminofen (Tempra)... P</p> <p>Aspirina Q</p> <p>Ibuprofeno (Motrin/Neomelufen/Advil).... R</p> <p>Desenfriolito..... S</p> <p>Neomelubrina..... T</p> <p>Febrax..... U</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No sabe Z</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14</p>		

<p>CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 11</p> <p>Clínica del gobierno/centro de salud 12</p> <p>Caravana o puesto móvil de salud 13</p> <p>Promotor o auxiliar de salud..... 14</p> <p>Otro público (especifique).....16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada..... 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmacia privada 23</p> <p>Otro médico privado (especifique) _____ 26</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente / amigo 31</p> <p>Tienda 32</p> <p>Profesional tradicional 33</p> <p>Ya lo tenía en casa.....40</p> <p>Otro (especifique) _____ 96</p> <p>No responde.....99</p>	<p>21⇒CA14</p> <p>22⇒CA14</p> <p>23⇒CA14</p> <p>26⇒CA14</p> <p>31⇒CA14</p> <p>32⇒CA14</p> <p>33⇒CA14</p> <p>40⇒CA14</p> <p>96⇒CA14</p> <p>99⇒CA14</p>
<p>CA13C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS)1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5</p> <p>Otra institución (especifique) ... _____ 6</p> <p>No responde 9</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a CF0 del módulo de Funcionamiento y discapacidad niños/as 2-4 años</p>		
<p>CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) EVACUÓ/HIZO POPÓ, ¿CÓMO SE DESECHÓ?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿QUÉ HIZO CON EL PAÑAL?</p>	<p>El niño usó el excusado (taza) / letrina 01</p> <p>Lo puso / tiró en el excusado o letrina..... 02</p> <p>Lo puso / tiró en el desagüe o drenaje 03</p> <p>Se tiró a la basura (residuo sólido) 04</p> <p>Se enterró 05</p> <p>Se dejó al aire libre..... 06</p> <p>Otro (especifique) _____ 96</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde.....99</p>	

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS (2-4 AÑOS)		CFD
CFD0. Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 año ⇒ Vaya a UF13 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 2 A 4 años ⇒ Continúe con CFD1 <i>Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.</i>		
CFD1. ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER. ¿(nombre) USA LENTES?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD3 9⇒CFD3
CFD2. ¿TIENE (nombre) DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD4 2⇒CFD4 3⇒CFD4 4⇒CFD4 9⇒CFD4
CFD3. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA VER? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD4. ¿(nombre) USA APARATO AUDITIVO?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD6 9⇒CFD6
CFD5. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) APARATO(S) AUDITIVO? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
CFD6. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD7. ¿(nombre) UTILIZA ALGÚN APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD10 9⇒CFD10

CFD8. SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD9. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	1⇒CFD11 2⇒CFD11 3⇒CFD11 4⇒CFD11 9⇒CFD11
CFD10. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (nombre) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	1⇒CFD11 4⇒CFD11 9⇒CFD11
CFD10A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (nombre) PARA CAMINAR?	Disposición para caminar.....1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3 No responde..... 9	
CFD10B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación.... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde..... 9	
CFD11. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD12. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD13. CUANDO (nombre) HABLA, ¿USTED TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE? ¿DIRÍA QUE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	

CFD14. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD15. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTADES PARA JUGAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD16. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿QUÉ TANTO PATEA, MUERDE O GOLPEA (<i>nombre</i>) A OTROS NIÑOS O ADULTOS? ¿DIRÍA QUE: NO LO HACE, LO MISMO O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?	No lo hace..... 1 Lo mismo o menos..... 2 Más..... 3 Mucho más..... 4 No responde..... 9	
CFD17. ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL, AUNQUE SEA EN EDUCACIÓN INICIAL?	Si 1 No..... 2 No responde..... 9	

UF13. Anote la hora.	Hora y minutos __ __ : __ __	
UF14. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15. ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?		
<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada		
<input type="checkbox"/> <i>No</i> ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar		
Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, del hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.		

ANTROPOMETRÍA		AN
<p>Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.</p>		
AN1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre_____	
AN2. Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas..... 1	
	El niño/ la niña no estaba presente..... 2	2⇒AN6
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3	3⇒AN6
	Otro (especifique) _____6	6⇒AN6
AN3. Peso del niño/a	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3AA. Peso del niño/a (segunda medición)	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3AB. Peso del niño/a (tercera medición)	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3A. ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.		
AN3B. Verifique la edad del niño/a en AG2: <input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla o longitud (acostado). <input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
AN4. Longitud o talla del niño/a	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura9999.9	
AN4AA. Longitud o talla del niño/a (segunda medición)	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura9999.9	
AN4AB. Longitud o talla del niño/a (tercera medición)	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura9999.9	

AN4A. <i>¿Cómo se midió en realidad al niño/a?</i> <i>¿Acostado o de pie?</i>	Acostado..... 1 De pie 2	
AN6. <i>¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</i> <input type="checkbox"/> <i>Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.</i> <input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.</i>		

HEMOGLOBINA		HM
<p>Una vez que las mediciones antropométricas para todos los niños/as estén completas, el técnico tomará la muestra de sangre capilar y medirá la hemoglobina para cada niño/a.</p> <p>Anote el resultado de la prueba de hemoglobina abajo, asegurándose de anotarlo en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar los resultados.</p>		
<p>HM1A. Verifique AG2.</p> <p><input type="checkbox"/> 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM1.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 años de edad ⇒ Vaya a HM4.</p>		
<p>HM1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las muestras de sangre capilar:</p>	<p>Nombre _____</p>	
<p>HM2. Resultado del procedimiento de medición de hemoglobina</p>	<p>Se midió..... 1</p> <p>El niño/ la niña no estaba presente..... 2</p> <p>El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) 6</p>	<p>2⇒HM4</p> <p>3⇒HM4</p> <p>6⇒HM4</p>
<p>HM3. Resultado de la medición de hemoglobina del niño/a</p>	<p>Resultados</p> <p>No se midió99.9</p>	
<p>HM4. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para prueba de hemoglobina?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Tome la muestra de sangre capilar y anote los resultados del siguiente niño/a.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.</p>		

Observaciones del Supervisor

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del medidor



**CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES
(5 A 17 AÑOS) SOBRE FUNCIONAMIENTO**
ENIM-Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5-17 AÑOS		CFD
<p><i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que tenga entre 5 y 17 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.</i></p>		
CF1. Número de conglomerado: <div style="text-align: right;">___ _</div>	CF2. Número de hogar: <div style="text-align: right;">___ _</div>	
CF3. Nombre del niño/a o adolescente: Nombre _____	CF4. Número de residente del niño/a o adolescente : <div style="text-align: right;">___ _</div>	
CF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	CF6. Número de residente de la madre/persona encargada: <div style="text-align: right;">___ _</div>	
CF5A. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	CF8. Día / Mes / Año de la entrevista: <div style="text-align: right;">___ / ___ / 2015</div>	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (NOMBRE DEL NIÑO/A DE CF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE (NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA DE CF3). ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a CF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en CF7. Discuta el resultado con su supervisor</i></p>	

CF7. Resultado de la entrevista de niños/as o adolescentes de 5 a 17 años	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Completada parcialmente 04 Incapacitada 05 Otro (<i>especifique</i>)..... 96
CF8A. Nombre y número del supervisor Nombre _____	
CF12. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos..... : ____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD NIÑO/A O ADOLESCENTE (5-17 AÑOS)
CFD

Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.

<p>CFD1AA. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (<i>nombre</i>).</p> <p>¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años completos.</i></p>	<p>Edad (en años completos)__ __</p>	
<p>CFD1A. ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL?</p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CFD1. ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER.</p> <p>¿UTILIZA (<i>nombre</i>) LENTES?</p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒CFD3</p> <p>9⇒CFD3</p>
<p>CFD2. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Alguna dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD4</p> <p>2⇒CFD4</p> <p>3⇒CFD4</p> <p>4⇒CFD4</p> <p>9⇒CFD4</p>
<p>CFD3. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTADES PARA VER?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Alguna dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CFD4. ¿USA (<i>nombre</i>) APARATO AUDITIVO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>2⇒CFD6</p> <p>9⇒CFD6</p>

CFD5. ¿TIENE DIFICULTAD (<i>nombre</i>) PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU APARATO (S) AUDITIVO (S) ? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
CFD6. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4 No responde.....9	
CFD7. ¿UTILIZA (<i>nombre</i>) CUALQUIER APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si.....1 No.....2 No responde.....9	2⇒CFD12 9⇒CFD12
CFD8. SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FÚTBOL PROFESIONAL. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4 No responde.....9	3⇒CFD10 4⇒CFD10 9⇒CFD10
CFD9. ¿SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE LA LONGITUD DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES. DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4 No responde.....9	
CFD9A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?	Disposición de caminar.....1 Capacidad física para caminar.....2 Otra.....3 No responde.....9	
CFD9B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto.....1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación.....3 Entre poca y mucha.....4 No responde.....9	

<p>CFD10. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FUTBOL PROFESIONAL.</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14</p>
<p>CFD11. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES.</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD14 9⇒CFD14</p>
<p>CFD11A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?</p>	<p>Disposición de caminar..... 1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CFD11B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD14 2⇒CFD14 3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14</p>
<p>CFD12. EN COMPARACIÓN CON NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FUTBOL PROFESIONAL.</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14</p>

<p>CFD13. EN COMPARACIÓN CON NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿ TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES.</p> <p>¿ DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Alguna dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD14</p> <p>9⇒CFD14</p>
<p>CFD13A. ¿ QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?</p>	<p>Disposición de caminar.....1</p> <p>Capacidad física para caminar.....2</p> <p>Otro.....3</p>	
<p>CFD13B. ¿ QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto.....1</p> <p>Poca preocupación.....2</p> <p>Mucha preocupación.....3</p> <p>Entre poca y mucha.....4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CFD14. ¿ TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA EL CUIDADO PERSONAL COMO ALIMENTARSE O VESTIRSE?</p> <p>¿ DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Alguna dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD15</p> <p>9⇒CFD15</p>
<p>CFD14A. ¿ QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA ALIMENTARSE O VESTIRSE?</p> <p><i>Lea todas las respuestas y seleccione todas las que reporte la madre o cuidadora.</i></p>	<p>Disposición para comer.....A</p> <p>Elección de la ropa.....B</p> <p>Necesita repetidos recordatorios.....C</p> <p>Capacidad física para comer.....D</p> <p>Capacidad física para vestirse.....E</p> <p>Otro.....X</p> <p>No responde.....?</p>	
<p>CFD14B. ¿ QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto.....1</p> <p>Poca preocupación.....2</p> <p>Mucha preocupación.....3</p> <p>Entre poca y mucha.....4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CFD15. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿ TIENE DIFICULTAD PARA SER ENTENDIDO POR PERSONAS DENTRO DE ESTE HOGAR?</p> <p>¿ DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Alguna dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde.....9</p>	

<p>CFD16. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿TIENE DIFICULTAD PARA SER COMPRENDIDO POR PERSONAS FUERA DE ESTE HOGAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1</p> <p>Alguna dificultad..... 2</p> <p>Mucha dificultad..... 3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde..... 9</p>																	
<p>CFD17. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1</p> <p>Alguna dificultad..... 2</p> <p>Mucha dificultad..... 3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde..... 9</p>																	
<p>CFD18. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1</p> <p>Alguna dificultad..... 2</p> <p>Mucha dificultad..... 3</p> <p>Imposibilidad total4</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1⇒CFD19</p> <p>9⇒CFD19</p>																
<p>CFD18A. CREE USTED QUE:</p> <p>¿SU DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD?</p> <p>¿NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD?</p> <p>¿SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Necesita ayuda...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Problemas en el largo plazo...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Normal.....	1	2	9	Necesita ayuda...	1	2	9	Problemas en el largo plazo...	1	2	9	
	Sí	No	NR															
Normal.....	1	2	9															
Necesita ayuda...	1	2	9															
Problemas en el largo plazo...	1	2	9															
<p>CFD18B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto.....1</p> <p>Poca preocupación..... 2</p> <p>Mucha preocupación..... 3</p> <p>Entre poca y mucha..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>																	

CFD19. ¿ CON QUÉ FRECUENCIA (<i>nombre</i>) PARECE ANSIOSO, NERVIOSO O PREOCUPADO? ¿ DIRÍA QUE: DIARIAMENTE, SEMANALMENTE, MENSUALMENTE, UNAS POCAS VECES AL AÑO O NUNCA?	Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Unas pocas veces al año.....4 Nunca..... 5 No responde.....9																	
CFD20. ¿ CON QUÉ FRECUENCIA (<i>nombre</i>) PARECE TRISTE O DEPRIMIDO? ¿ DIRÍA QUE: DIARIAMENTE, SEMANALMENTE, MENSUALMENTE, UNAS POCAS VECES AL AÑO O NUNCA?	Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Unas pocas veces al año.....4 Nunca..... 5 No responde.....9																	
CFD21. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿ QUÉ TANTA DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO? ¿ DIRÍA QUE: NINGUNA, LA MISMA O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?	Ninguna..... 1 La misma o menos..... 2 Más..... 3 Mucho más..... 4 No responde.....9	1⇒CFD22 2⇒CFD22 9⇒CFD22																
CFD21A. CREE USTED QUE: ¿ SU DIFICULTAD PARA CONTROLAR SU CONDUCTA ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD? ¿ NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD? ¿ SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td>NR</td></tr><tr><td>Normal...</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Necesita ayuda...</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>Problemas en el largo plazo...</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table>		Sí	No	NR	Normal...	1	2	9	Necesita ayuda...	1	2	9	Problemas en el largo plazo...	1	2	9	
	Sí	No	NR															
Normal...	1	2	9															
Necesita ayuda...	1	2	9															
Problemas en el largo plazo...	1	2	9															
CFD21B. ¿ QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9																	

CFD22. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN UNA ACTIVIDAD QUE DISFRUTA HACER? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total4 No responde.....9																	
CFD23. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total4 No responde.....9	1⇒CFD24																
CFD23A. CREE USTED QUE: ¿SU DIFICULTAD PARA ACEPTAR LOS CAMBIOS EN LA RUTINA ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD? ¿NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD? ¿SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Necesita ayuda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Problemas en el largo plazo....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Normal.....	1	2	9	Necesita ayuda.....	1	2	9	Problemas en el largo plazo....	1	2	9	
	Sí	No	NR															
Normal.....	1	2	9															
Necesita ayuda.....	1	2	9															
Problemas en el largo plazo....	1	2	9															
CFD23B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9																	
CFD24. TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA HACER AMIGOS? DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total4 No responde.....9																	

CF13. Anote la hora.	Hora y minutos : ..	
CF14. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7A y HL15. Hay otro niño/a o adolescente de 5 a 17 años que viva en este hogar? Aplique el cuestionario de niño/a o adolescente de 5 a 17 años correspondiente.		