

Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

Cuestionario de hogar

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR



IH1. Provincia:	IH2. Localidad:												
IH3. Número de conglomerado: <table border="1"> <tr> <td>PROVINCIA</td> <td>DEPARTAMENTO</td> <td>FRACCIÓN</td> <td>RADIO</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	FRACCIÓN	RADIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IH4. Número del hogar: <table border="1"> <tr> <td>PTO. MUESTRA</td> <td>HOGAR</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	PTO. MUESTRA	HOGAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	FRACCIÓN	RADIO										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
PTO. MUESTRA	HOGAR												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
IH5. Código y Nombre del entrevistador/a Código: Nombre:	IH6. Código y Nombre del jefe de campo Código: Nombre:												
IH7. Día / Mes / Año de la entrevista <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													

 Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños/as y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos (treinta) minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

¿Podemos comenzar?

- SÍ**, se otorgó el permiso ▶ vaya a **IH16** para anotar la hora y luego comience con la entrevista.
- NO**, no se obtuvo permiso ▶ registre el resultado en la Hoja de ruta.

Una vez completados todos los cuestionarios para este hogar, complete la siguiente información

IH8. Entrevistado/a de la encuesta de hogares Nombre: Número de línea: <input type="text"/>									
IH9. Número total de miembros del hogar: <input type="text"/>									
IH10. Número de mujeres de 15 a 49: <input type="text"/>	IH11. Número de cuestionarios de mujeres completados: <input type="text"/>								
IH12. Número de niños/as menores de 5 años: <input type="text"/>	IH13. Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados: <input type="text"/>								
IH14. Número de niños/as de entre 5 y 17 años: <input type="text"/>	IH15. Número de cuestionarios de niños/as de entre 5 y 17 años completados: <input type="text"/>								
IH16. Hora de inicio: <table border="1"><tr><td>HORA</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>MINUTOS</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	HORA	<input type="text"/>	MINUTOS	<input type="text"/>	IH17. Hora de finalización: <table border="1"><tr><td>HORA</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>MINUTOS</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	HORA	<input type="text"/>	MINUTOS	<input type="text"/>
HORA	<input type="text"/>								
MINUTOS	<input type="text"/>								
HORA	<input type="text"/>								
MINUTOS	<input type="text"/>								
IH18. Teléfono <table border="1"><tr><td>CÓDIGO DE ÁREA:</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>NÚMERO DE TELÉFONO:</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	CÓDIGO DE ÁREA:	<input type="text"/>	NÚMERO DE TELÉFONO:	<input type="text"/>					
CÓDIGO DE ÁREA:	<input type="text"/>								
NÚMERO DE TELÉFONO:	<input type="text"/>								
IH19. Editado en campo por: Nombre: Número: <input type="text"/>	IH20. Supervisada por: Nombre: Número: <input type="text"/>								
IH21. Cargada por: Nombre: Número: <input type="text"/>									

Entorno e infraestructura barrial y vivienda (Por observación)

EV1. (Por observación) La vivienda está ubicada en:	<input type="checkbox"/> 1 Villa de emergencia o asentamiento	<input type="checkbox"/> 3 Country o barrio cerrado
	<input type="checkbox"/> 2 Barrio de vivienda social o monoblock	<input type="checkbox"/> 4 Ninguna de las anteriores (barrio residencial, céntrico, y otros)
EV2. (Por observación) La calle donde está la vivienda es una...	<input type="checkbox"/> 1 calle de tierra sin desagües	<input type="checkbox"/> 3 calle pavimentada sin desagües
	<input type="checkbox"/> 2 calle de tierra con desagües	<input type="checkbox"/> 4 calle pavimentada con desagües
EV3. (Por observación) Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> 1 Casa	<input type="checkbox"/> 5 Pieza en inquilinato
	<input type="checkbox"/> 2 Rancho	<input type="checkbox"/> 6 Pieza en hotel o pensión
	<input type="checkbox"/> 3 Casilla	<input type="checkbox"/> 7 Local no construido para habitación
	<input type="checkbox"/> 4 Departamento	<input type="checkbox"/> 8 Vivienda móvil



¿Podría decirme el nombre de cada una de las personas que habitualmente viven aquí, comenzando por el/la jefe/a del hogar?

△ hogar

Personas que viven en la misma vivienda y comen de la misma olla.

Anote el nombre del/la jefe/a del hogar en la línea **.01**

Anote los nombres de los otros miembros del hogar ▶ **LH2**

Pregunte **LH3** a **LH6** para cada uno de los miembros

Luego pregunte

¿Hay alguna otra persona que viva aquí aunque no se encuentre en este momento?

Si responde **sí**, complete las preguntas **LH2** a **LH6**

Continúe en **LH7**

Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del formulario de listado del hogar.

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional

★ **Códigos para LH6**

Relación con el/la jefe/a del hogar

- 01 Jefe/a
- 02 Cónyuge
- 03 Hijo/Hija
- 04 Yerno/Nuera
- 05 Nieto
- 06 Padre o Madre
- 07 Suegros
- 08 Hermano/Hermana
- 09 Cuñado/Cuñada
- 10 Tío/Tía
- 11 Sobrina/Sobrino
- 12 Otro parentesco
- 13 Hijastro/a
- 14 Sin parentesco
- 98 No sabe

Formulario de listado del hogar

LH1 Número de línea	LH2 Nombre <i>Liste en primer lugar al Jefe de Hogar. Liste al resto de los miembros del hogar de mayor a menor edad</i> ⊗ <i>Sondee por miembros adicionales en el hogar. Pregunte por algún niño o niña pequeño/a que no haya sido incluido, y por otras personas que no sean miembros de la familia (tales como empleados domésticos, amigos) pero que vivan en el hogar. Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.</i>	LH3 ¿Cuántos años tiene (Nombre)? <i>Anote en años cumplidos. Si la edad es 95 o más, anote '95'. Si es menor de un año, anote '00'. Si no sabe, anote "98"</i>
LÍNEA	NOMBRE	EDAD
.01		[][]
.02		[][]
.03		[][]
.04		[][]
.05		[][]
.06		[][]
.07		[][]
.08		[][]
.09		[][]
.10		[][]

LH4			LH5		Para mujeres de 15 a 49 años	LH6	Para personas de 0 a 17 años		
¿Cuál es la fecha de nacimiento de (Nombre)?			¿Es (Nombre) hombre / mujer?		LH5A	¿Cuál es la relación de parentesco de (Nombre) con el/la jefe/a del hogar?	LH7	LH8	LH9
98 NS 9998 NS			1 hombre 2 mujer		Circule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años?		Anote el número de línea de la Madre o 00 si responde "no vive en el hogar"	Anote el número de línea del padre o 00 si responde "no vive en el hogar"	Anote el número de línea del principal encargado
DÍA	MES	AÑO	H	M	15-49	RELACIÓN ★	MADRE	PADRE	ENCARGADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si 18 o más
▶ siguiente miembro

Para miembros de **5 a 17 años que asisten o que no asisten pero asistieron**

<p>ED7</p> <p>¿Hay algún programa o escuela donde pueda continuar su educación, aunque sea con otra modalidad? (concurriendo menos días por semana, en otros horarios, etc.)</p>	<p>ED8</p> <p>¿Concurrió (Nombre) alguna vez?</p>	<p>ED9</p> <p>¿Cuál es el principal motivo por el que no concurre a ese tipo de modalidad?</p> <p>• ESPONTÁNEA</p>	<p>ED10</p> <p>Durante el año escolar anterior, es decir 2010, ¿asistió (Nombre) a algún establecimiento educativo en algún momento?</p>	<p>ED11</p> <p>Durante el 2010 ¿a qué nivel y grado/año asistió (Nombre)?</p>
1.Sí	1.Sí	<p>1. No tiene tiempo</p> <p>2. No le interesa</p>	1.Sí	<p>0. Inicial (Jardin/Preescolar)</p> <p>1. Primario</p> <p>2. EGB</p> <p>3. Secundario</p> <p>4. Polimodal</p> <p>5. Terciario no universitario</p> <p>6. Universitario</p> <p>7. Educación especial</p> <p>8. NS</p>
2.No ▶ ED10	2.No	<p>3. Le queda lejos</p> <p>4. Tiene dificultades económicas</p> <p>5. No hay oferta en su barrio</p> <p>6. Otros</p>	2.No ▶ siguiente miembro	<p>8. NS</p>
8.NS ▶ ED10	8.NS	8. NS	8.NS ▶ siguiente miembro	<p>⚠ Continúa la pregunta en pág. siguiente</p>
CONTINUAR EDUCAC.	CONCURRENCIA	MOTIVO DE NO CONCURRENCIA	ASISTENCIA (año ant.)	NIVEL ANTERIOR
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 8	1 2 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8

Para miembros de 5 a 17 años que asisten o que no asisten pero asistieron

	ED12	ED13	ED14
	¿Durante el ciclo escolar 2010, asistió (<i>Nombre</i>) en algún momento a clases de apoyo escolar?	¿Dónde recibió clases de apoyo escolar? • ESPONTÁNEA	¿Cuál es el motivo por el que no asistió a apoyo escolar? • ESPONTÁNEA
		<ol style="list-style-type: none"> 1. En la escuela 2. En un instituto privado 3. En una ONG, comedor, fundación, etc 4. Con una maestra o profesor particular 6. Otros 	<ol style="list-style-type: none"> A. No lo necesita B. No tiene tiempo de llevarlo C. Dificultades económicas D. (<i>Nombre</i>) no quiere/no le interesa E. En el barrio no hay oferta para el nivel requerido X. Otros Z. NS
Si Nivel = 0, 5, 6 o 7 ▶ GRADO/AÑO = 90	1. Sí		
Si Nivel es NS ▶ GRADO/AÑO = 98	2. No ▶ ED14 8. NS ▶ siguiente miembro	TODOS ▶ siguiente miembro	TODOS ▶ siguiente miembro

GRADO/AÑO)	CONCURRENCIA	CLASES DE APOYO (lugar)	MOTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 8	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 6	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> X <input type="text"/> Z

Cobertura de salud y transferencias monetarias

CS

A todos

CS1
 ¿(Nombre) tiene cobertura de salud por...

CS2
 ¿Cobró (Nombre) el mes pasado como destinatario...

CS3
 ¿En el último mes, (Nombre) recibió de manera gratuita bienes como...

- 1. Obra social (incluye PAMI)?
- 2. Prepaga a través de obra social?
- 3. Prepaga por contratación voluntaria?
- 4. Programas o planes estatales de salud?
- 5. No tiene ninguna de las anteriores
- 8. NS (no leer)

- A. Asignación universal por hijo?
- B. Pensiones graciables o no contributivas (invalidez, 7 hijos, vejez)?
- C. Beca escolar (en dinero) de un organismo público?
- D. Seguro de desempleo?
- E. Jubilación para amas de casa?
- F. Otras transferencias monetarias de planes o programas sociales?
- Y. Ninguno
- Z. NS

- A. Caja de alimentos? (marcar sólo al jefe de hogar)
- B. Comida en comedores o merenderos, vianda o copa de leche?
- C. Medicamentos?
- D. Guardapolvos, zapatillas, útiles escolares?
- E. Otros bienes de asistencia directa?
- Y. No recibió ningún bien?
- Z. NS

Lea todas las opciones y marque la cobertura que el entrevistado **usa más frecuentemente**

Opción A y C sólo válida para personas de 0-17

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	8
---	---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---

B	C	D	E	Y	Z
---	---	---	---	---	---

Características del hogar
CH

CH1. ¿Cuántas habitaciones/ambientes tiene este hogar para uso exclusivo? (sin contar baño y cocina)		Número de habitaciones/ambientes: <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																						
CH2. ¿Cuál es el material predominante de los pisos?		1 Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado	3 Tierra o ladrillo suelto																																																																					
		2 Cemento o ladrillo fijo	6 Otro																																																																					
CH3. ¿Tiene su hogar...? <i>Lea cada bien y circule</i>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bienes</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 TV color con control remoto/Plasma/ LCD</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>2 TV cable /satelital</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>3 Heladera con freezer</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>4 Heladera sin freezer</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>5 Freezer independiente</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>6 Computadora</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>7 Lavarropas Automático</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>8 Horno independiente</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>9 Horno microondas</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>10 Reproductor de DVD/ Videograbador</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>11 Cámara filmadora/cámara digital</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>12 Reproductor de CD</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>13 Teléfono fijo/de línea</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>14 Aire acondicionado/Split</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>15 Internet</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>16 Auto del año 2000 o más</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>			Bienes	Sí	No	NS	1 TV color con control remoto/Plasma/ LCD	1	2	8	2 TV cable /satelital	1	2	8	3 Heladera con freezer	1	2	8	4 Heladera sin freezer	1	2	8	5 Freezer independiente	1	2	8	6 Computadora	1	2	8	7 Lavarropas Automático	1	2	8	8 Horno independiente	1	2	8	9 Horno microondas	1	2	8	10 Reproductor de DVD/ Videograbador	1	2	8	11 Cámara filmadora/cámara digital	1	2	8	12 Reproductor de CD	1	2	8	13 Teléfono fijo/de línea	1	2	8	14 Aire acondicionado/Split	1	2	8	15 Internet	1	2	8	16 Auto del año 2000 o más	1	2	8
Bienes	Sí	No	NS																																																																					
1 TV color con control remoto/Plasma/ LCD	1	2	8																																																																					
2 TV cable /satelital	1	2	8																																																																					
3 Heladera con freezer	1	2	8																																																																					
4 Heladera sin freezer	1	2	8																																																																					
5 Freezer independiente	1	2	8																																																																					
6 Computadora	1	2	8																																																																					
7 Lavarropas Automático	1	2	8																																																																					
8 Horno independiente	1	2	8																																																																					
9 Horno microondas	1	2	8																																																																					
10 Reproductor de DVD/ Videograbador	1	2	8																																																																					
11 Cámara filmadora/cámara digital	1	2	8																																																																					
12 Reproductor de CD	1	2	8																																																																					
13 Teléfono fijo/de línea	1	2	8																																																																					
14 Aire acondicionado/Split	1	2	8																																																																					
15 Internet	1	2	8																																																																					
16 Auto del año 2000 o más	1	2	8																																																																					
CH4. ¿Algún miembro de su hogar posee...?		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Teléfono celular</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Tarjeta de crédito</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>				Sí	No	NS	Teléfono celular	1	2	8	Tarjeta de crédito	1	2	8																																																								
	Sí	No	NS																																																																					
Teléfono celular	1	2	8																																																																					
Tarjeta de crédito	1	2	8																																																																					
CH5. ¿Es usted o algún miembro del hogar...? <i>Recuerde que quien es propietario de un departamento lo es también de una porción del terreno.</i>		01 Propietario del terreno y la vivienda	05 Ocupante como parte de los beneficios laborales																																																																					
		02 Propietario de la vivienda solamente	06 Ocupante de hecho (sin permiso)																																																																					
		03 Inquilino/arrendatario	96 Otra																																																																					
		04 Ocupante por préstamo, cesión o permiso gratuito																																																																						

Agua y saneamiento
AS

AS0. ¿Tiene agua...		1 Por cañería dentro de la vivienda?	
		2 Fuera de la vivienda pero dentro del terreno?	
		3 Fuera del terreno?	
AS1. ¿Cuál es la fuente principal de agua de los miembros de su hogar?		01 Agua de red pública ▶ AS4	05 Transporte por cisterna
		02 Perforación con bomba a motor	06 Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia
		03 Perforación con bomba manual	96 Otras
		04 Pozo	
AS2. ¿Por lo general, le hace algún tratamiento al agua para hacerla más segura para beber? • ESPONTÁNEA. INDAGUE: <i>¿Alguna otra cosa? Anote todas las cosas que se mencionen</i>		A No le hace ningún tratamiento	F Desinfección solar ▶ AS4
		B La hierve ▶ AS4	G La deja reposar y asentar ▶ AS4
		C Le añade cloro/blanqueador ▶ AS4	X Otras ▶ AS4
		D La filtra con una tela ▶ AS4	Z NS ▶ AS4
		E Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) ▶ AS4	

AS3. ¿Por qué no le hace tratamiento al agua para beber? • ESPONTÁNEA. <i>Respuesta simple. Considere la razón principal</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sólo beben agua embotellada	<input type="checkbox"/> 6 Otro
	<input type="checkbox"/> 2 No lo considera necesario	<input type="checkbox"/> 8 NS
	<input type="checkbox"/> 3 No conoce métodos	
AS4. ¿Este hogar tiene baño/letrina?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	EV
	<input type="checkbox"/> 2 No	
AS5. En el baño, ¿tiene botón, cadena o mochila para limpieza del inodoro?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
AS6. ¿El desagüe del inodoro es...	<input type="checkbox"/> 1 A red pública (cloaca)?	<input type="checkbox"/> 3 Sólo a pozo ciego?
	<input type="checkbox"/> 2 A cámara séptica y pozo ciego?	<input type="checkbox"/> 4 A hoyo, excavación en la tierra, etc?
AS7. ¿El baño/letrina es...	<input type="checkbox"/> 1 Usado sólo por este hogar?	
	<input type="checkbox"/> 2 Compartido con otros hogares?	

Entorno de infraestructura barrial y vivienda

EV

EV4. ¿Su vivienda está localizada en o cerca de....	<input type="checkbox"/> A Área de derrumbes?	<input type="checkbox"/> D Fábricas contaminantes?.
	<input type="checkbox"/> B Área con terrenos o calles inundables?	<input type="checkbox"/> E Planta de energía?
	<input type="checkbox"/> C Basural permanente?.	<input type="checkbox"/> F Ninguno de los anteriores?
EV5. ¿Hay servicio regular de recolección de residuos en la cuadra (al menos 2 veces por semana)?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	

Nivel socioeconómico

NS

NS1. De las personas que viven en este hogar, ¿cuántas aportan ingresos para los gastos del hogar?	Cantidad de personas aportantes: <input type="text"/> <input type="text"/>
NS2. ¿Cuál es la persona que más aporta para los gastos del hogar (psh)? <i>Registre N° de miembro de acuerdo a Grilla del hogar</i>	PSH: Nombre:
	PSH: N° de Línea: <input type="text"/> <input type="text"/>

⚠ ATENCIÓN: todas las preguntas que siguen se refieren al Principal sostén del hogar PSH

NS3. ¿Actualmente (Nombre del PSH) tiene alguna actividad o trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Sí NS5
	<input type="checkbox"/> 2 No
NS4. ¿... Y no está trabajando porque...? <i>Registre el motivo principal</i>	<input type="checkbox"/> 1 Tiene algunas rentas de alquileres, inversiones o negocios donde no trabaja NS14
	<input type="checkbox"/> 2 Tiene una beca de estudios o de investigación NS14
	<input type="checkbox"/> 3 Recibe dinero de familiares o allegados que no viven en el hogar NS14
	<input type="checkbox"/> 4 Tiene una pensión NS14
	<input type="checkbox"/> 5 Está jubilado de alguna actividad o trabajo NS14
	<input type="checkbox"/> 6 Está desocupado NS5
	<input type="checkbox"/> 7 Tiene un plan sin contraprestación laboral NS14

NS5. ¿Su (principal/última) actividad (es/era)...? <i>Formular de acuerdo a si trabaja actualmente o no</i>	<input type="checkbox"/> 1	Como dueño o socio de una empresa, negocio, estudio o comercio, con empleados
	<input type="checkbox"/> 2	Como obrero o empleado (sector público o privado)
	<input type="checkbox"/> 3	Con una persona que le da trabajo (Changas)
	<input type="checkbox"/> 4	En casas de familias ▶ NS7
	<input type="checkbox"/> 5	Trabajando por su cuenta, sin empleados
NS6. ¿A qué se (dedica/dedicaba) o qué produce ese negocio/empresa/institución? <i>(Ocupación principal)</i>	..... ..... .....
NS7. ¿Cómo se (llama/llamaba) la ocupación que (hace/hacía)? <i>(Ocupación principal)</i>	..... ..... .....
NS8. ¿Qué tareas (hace/hacía) en ese trabajo? <i>(Ocupación principal)</i>	..... ..... .....
NS9. ¿Qué herramientas, maquinarias, equipos (utiliza/ utilizaba)? <i>(Ocupación principal)</i>	..... ..... .....
NS10. (Sólo para "1 a 4" en NS5 y que estén ocupados actualmente) ¿En ese trabajo es....	<input type="checkbox"/> 1	Directivo (incluye gerente, subgerente)?
	<input type="checkbox"/> 2	Jefe (incluye supervisor)?
	<input type="checkbox"/> 3	Trabajador sin personas a cargo?
NS11. (Sólo para "1 a 4" en NS5 y que estén ocupados actualmente) ¿Usted diría que en ese lugar trabajan...	<input type="checkbox"/> 1	Hasta 5 personas?
	<input type="checkbox"/> 2	Entre 6 y 40?
	<input type="checkbox"/> 3	Entre 41 y 200?"
	<input type="checkbox"/> 4	Más de 200 personas?
NS12. (Sólo para cuentapropistas ("5" en NS5) y que están ocupados actualmente) Entre todas las ocupaciones o actividades laborales que pudiera tener actualmente, ¿trabaja al menos 35 horas en la semana?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
NS13. Para ser completado por el editor	Completar para: 2 a 5 en NS5	
	Calificación laboral	Calif.
	Profesional	<input type="checkbox"/> 1
	Técnico	<input type="checkbox"/> 2
	Operativo	<input type="checkbox"/> 3
No calificada	<input type="checkbox"/> 4	

NS14. ¿Podría decirme, aproximadamente, el ingreso mensual total del hogar, incluyendo ingresos laborales y no laborales como alquileres, rentas, subsidios, etc.?

\$ ▶ **CD**

NS / NC

NS15. Sin decirme el monto, ¿en cuál de los siguientes rangos incluiría aproximadamente el ingreso mensual total del hogar? Considere los ingresos laborales y no laborales como: alquileres, rentas, subsidios, etc.

Mostrar tarjeta 2

01	Hasta \$499
02	De \$500 a \$999
03	De \$1.000 a \$1.499
04	De \$1.500 a \$1.999
05	De \$2.000 a \$2.499
06	De \$2.500 a \$2.999
07	De \$3.000 a \$3.499
08	De \$3.500 a \$3.999
09	De \$4.000 a \$4.499
10	De \$4.500 a \$4.999
11	De \$5.000 a \$6.999
12	De \$7.000 a \$9.999
13	De \$10.000 a \$14.999
14	\$15.000 y más
98	Ns/ Nc

Disciplina infantil

CD

Tabla 1: Niños de 2 a 17 años que son elegibles para el módulo sobre Disciplina Infantil

- Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de entre 2 y 17 años en el orden en que aparece en el Formulario de Listado del Hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera de ese rango de edad.
- Transcriba el número de línea, el nombre y edad de cada niño/a.
- Luego anote el número total de niños de entre 2 y 17 años en el casillero correspondiente (CD6).

CD1. Número de orden	CD2. Número de línea de LH1	CD3. Nombre de LH2	CD4. Edad de LH3
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CD6.	Total de niños de entre 2 y 17 años:		<input type="text"/>

• Si hay un/a solo/a niño/a de entre 2 y 17 años en el hogar, omita la tabla 2. Vaya a CD8; escriba '1' y continúe con CD9

Tabla 2: Selección aleatoria de un/a niño/a para el Cuestionario sobre Disciplina Infantil

- Use la Tabla 2 para seleccionar a (un niño/(una niña) de entre 2 y 17 años si hay más de uno/a en ese rango de edad en el hogar.
- Verifique el último dígito del número de hogar IH4 que aparece en la primera hoja. Éste es el número de la fila que usted debe usar en la tabla de abajo.
- Verifique el número total de niños elegibles (2-17) en CD6 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir.
- Busque el recuadro en el cual se intersectan la fila y la columna y circule el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden del niño (CD1) acerca del cual se harán las preguntas.

CD7.	Número total de niños/as en el Hogar que son elegibles (CD6)							
Último dígito del número de hogar (IH4)	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD8. Anote el número de orden (del niño/de la niña)seleccionado/a:

CD9. Escriba para el/la niño/a seleccionado/a en **CD8**, el número de línea y nombre según **CD2** y **CD3**.

Número de línea

Nombre

CD10. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños(as) o adolescentes la forma correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y quiero que me diga si ud. o alguien más del hogar ha usado estos métodos con (*Nombre*) en el transcurso del último mes.

CD11. ¿Le quitó algún privilegio, no le permitió salir con sus amigos, le prohibió algo que a (*nombre*) le gusta? (ejemplo: no dejarlo mirar tv)

1 Sí

2 No

CD12. ¿Le explicó a (*Nombre*) por qué su comportamiento estuvo mal?

1 Sí

2 No

CD13. ¿Lo/la zamarreó o sacudió?

1 Sí

2 No

CD14. ¿Le gritó?

1 Sí

2 No

CD15. ¿Le dio otra cosa para hacer (para distraerlo)?

1 Sí

2 No

CD16. ¿Le dio un chirlo (lo palmeó en la parte trasera con la palma de la mano)?

1 Sí

2 No

CD17. ¿Le pegó con un cinturón, cepillo u otro objeto?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD18. ¿Lo/la llamó tonto/a, estúpido, o alguna otra cosa parecida?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD19. ¿Le dio una cachetada o lo golpeó en la cabeza o en las orejas?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD20. ¿Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD21. ¿Le dio una paliza?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD22. ¿Cree usted que para criar o educar a (un niño)/(una niña), él/ella debe ser castigado físicamente?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
CD23. ¿Cree usted que para criar o educar a (un niño)/(una niña), él/ella debe ser castigado de alguna forma?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No

IH22.

Para cada mujer de 15 a 49 años, escriba su nombre y número de línea en el panel de información del Cuestionario de la Mujer. Usted debe tener tantos cuestionarios como mujeres de 15 a 49 en el hogar.

Para cada niño o adolescente de hasta 17 años, escriba su nombre y número de línea y el número de línea de su madre o encargado en el panel de información del Cuestionario correspondiente.

Usted debe tener tantos cuestionarios como niños/as en el hogar.

Adecue la aplicación de los cuestionarios en función de las personas que estén presentes en el hogar al momento de la entrevista y que cumplan con los requisitos de respondente válido. Procure aplicar todos los cuestionarios que deberá contestar la misma persona antes de cambiar de respondente.

RECUERDE QUE AL FINALIZAR LA ENTREVISTA UD. DEBERÁ TENER COMPLETADOS:

- Un Cuestionario Hogar
- Tantos cuestionarios individuales como mujeres de 15 a 49 años haya en el hogar
- Tantos cuestionarios individuales como miembros de 0 a 17 años haya en el hogar

IH23.

Domicilio:

Calle/ruta/camino:

N°/Km N°: Piso: Dpto./pieza:

Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

Cuestionario de la mujer (de 15 a 49 años)

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR

WM1A. ¿En qué mes y año nació usted?

MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM1B. ¿Cuántos años tiene?

Edad:



Este cuestionario debe ser aplicado a las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna LH5A).

WM1. Número del conglomerado:

PROVINCIA	DEPARTAMENTO	FRACCIÓN	RADIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM2. Número del hogar:

PTO. MUESTRA	HOGAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM3. Nombre de la mujer:

Nombre:

WM4. Número de línea de la mujer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

WM5. Nombre y número del entrevistador/a:

Nombre: Número:

WM6. Día / Mes / Año de la entrevista:

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⚠ Repetir el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer

🗨 Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente **cinco** minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

⚠ Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

🗨 Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente **cinco** minutos. De nuevo, toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

¿Podemos comenzar ahora?

- SÍ**, se concede permiso ▶ Comenzar la entrevista.
- NO**, no se concede permiso ▶ completar **WM7**. Discuta el resultado con su jefe de campo.

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer

<input type="text"/> 01 Completa	<input type="text"/> 04 Incompleta
<input type="text"/> 02 Ausente	<input type="text"/> 05 Incapacitada
<input type="text"/> 03 Rechazo	<input type="text"/> 96 Otro (especifique)

WM8. Editada en campo por:

Nombre:
Número:

WM9. Supervisada por:

Nombre:
Número:

WM10. Cargada por:

Nombre:
Número:

Módulo de salud materna y del recién nacido

MN1. ¿Ha dado usted a luz alguna vez?

1 Sí

2 No ▶ a módulo **CP**

MN2. ¿Cuál fue la fecha de su primer nacimiento?
Me refiero a la primera vez que usted ha dado a luz, aunque el niño/a no esté vivo o sea de otro hombre diferente a su actual esposo/compañero.

Día	<input type="text"/>
No sabe el día	<input type="text"/> 98
Mes	<input type="text"/>
No sabe el mes	<input type="text"/> 98
Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ▶ MN4
No sabe el año	<input type="text"/> 9998

MN3. ¿Hace cuántos años que usted tuvo su primer nacimiento?

Años completos desde el primer nacimiento

MN4. ¿En que fecha dio a luz a su último hijo/hija (aún cuando él/ella haya fallecido)?

Se deben anotar el día, mes y el año.

Fecha del último nacimiento / /

No sabe el día **98**

Verifique MN4:

Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2009

No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ a módulo **CP**

Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ pregunte el nombre del último niño nacido

Nombre del niño/niña:

⚠ Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes.

MN5. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (nombre)?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ MN9

MN6. ¿A quién consultó? • ESPONTÁNEA <i>Indague: ¿alguna otra persona?</i> <i>Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud	
	Médico <input type="checkbox"/> A	Técnica obstétrica/partera profesional <input type="checkbox"/> C
	Enfermera <input type="checkbox"/> B	
	Otra persona	
	Partera tradicional o comadrona <input type="checkbox"/> F	Trabajadora de salud comunitaria <input type="checkbox"/> G
	Otro	<input type="checkbox"/> X

MN7. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo? • ESPONTÁNEA	Cantidad	<input type="text"/>
	Cinco o más	<input type="checkbox"/> 5
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8

MN8. Como parte de su chequeo prenatal, ¿se realizaron las siguientes pruebas, al menos una vez?:		Sí	No
	A. ¿Le tomaron la presión arterial?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	B. ¿Le tomaron una muestra de orina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	C. ¿Le tomaron una muestra de sangre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

MN9. Cuando estaba embarazada de (Nombre), ¿recibió la inyección antitetánica, es decir una inyección en la cola para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir convulsiones después de nacer?	Sí	<input type="checkbox"/> 1
	No	<input type="checkbox"/> 2 ▶ MN11
	Ya se la habían dado previamente al embarazo	<input type="checkbox"/> 3 ▶ MN11
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8 ▶ MN11

MN10. ¿Cuántas veces recibió la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (Nombre)? <i>Si fueron tres veces o más, anote '3'.</i>	Número de veces	<input type="text"/>
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8

MN11. ¿(Nombre) nació por cesárea?	Sí	<input type="checkbox"/> 1
	No	<input type="checkbox"/> 2

MN12. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el nacimiento de (Nombre) hasta que le dio el pecho por primera vez? • ESPONTÁNEA <i>Si la respuesta es "menos de una hora", circule "1" y anote "00" horas.</i>	Inmediatamente	<input type="checkbox"/> 0
	Horas	<input type="checkbox"/> 1 ¿cuántas? <input type="text"/> <input type="text"/>
	Días	<input type="checkbox"/> 2 ¿cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>
	Nunca le dio el pecho	<input type="checkbox"/> 3
	Falleció antes de darle el pecho	<input type="checkbox"/> 4
	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/> 8

CP1. Me gustaría hablar con usted de otro tema: planificación familiar.
¿Está usted embarazada ahora?

<input type="checkbox"/> 1	Sí, actualmente embarazada ▶ a módulo DV
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No está segura o no sabe

CP2. Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo. ¿Está usted o su pareja actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No ▶ a módulo DV

CP3. ¿Qué están haciendo usted y/o su pareja ahora para demorar o evitar un embarazo?

• **ESPONTÁNEA**
No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.

<input type="checkbox"/> A	Esterilización femenina	<input type="checkbox"/> H	Preservativo femenino
<input type="checkbox"/> B	Esterilización masculina	<input type="checkbox"/> I	Diafragma
<input type="checkbox"/> C	DIU	<input type="checkbox"/> J	Gel espermicida
<input type="checkbox"/> D	Inyecciones	<input type="checkbox"/> K	Amenorrea por Lactancia/amamantamiento
<input type="checkbox"/> E	Implantes de hormonas	<input type="checkbox"/> L	Abstinencia periódica/Ritmo
<input type="checkbox"/> F	Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> M	Retiro/Coitus interruptus
<input type="checkbox"/> G	Preservativo masculino	<input type="checkbox"/> X	Otro

Actitud frente a la violencia doméstica

DV1. A veces, el hombre está molesto o se enoja por cosas que su mujer hace. En su opinión, ¿se justifica que el hombre le pegue a su mujer en las siguientes situaciones....

	Sí	No	NS
Si ella sale sin avisarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella descuida a los niños?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella discute con él?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella quema la comida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8

Módulo de VIH/SIDA

HA1. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de la información que usted posee sobre algunos temas de salud.
¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada SIDA?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No ▶ WM11

HA2. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el SIDA ni tenga otras parejas?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA3. ¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA por compartir el mate?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA4. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando preservativos cada vez que tienen relaciones sexuales?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA5. ¿Puede una persona contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA6. ¿Pueden las personas adquirir el virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada de SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe			
HA7. ¿Es posible que una persona de aspecto saludable tenga el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe			
HA8. ¿Sabe ud. si el virus del SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo:		Sí	No	NS
	Durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	Durante el parto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	Mientras está lactando o amamantando?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
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?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA10. ¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA11. Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿querría ud. que eso permaneciera en secreto?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA12. Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿estaría dispuesta a cuidarlo/a en la casa de usted?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA13. Verifique MN4: <i>Algún nacimiento vivo en los últimos dos años</i>				
<input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ HA18				
<input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ HA14				
HA14. Verifique MN5: <i>Recibió chequeo prenatal</i>				
<input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal ▶ HA15				
<input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ▶ HA18				
HA15. Durante cualquier control prenatal durante su embarazo de (Nombre), ¿se le dio información sobre...		Sí	No	NS
	A. bebés que se infectan del virus del SIDA de su madre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	B. lo que usted puede hacer para evitar contagiarse con el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	C. la importancia de hacerse una prueba del virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	D. se le ofreció hacerle una prueba para el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
HA16. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el virus del SIDA como parte de sus cuidados prenatales?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ WM11			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe ▶ WM11			

A series of horizontal dashed lines for writing observations.

Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

Questionario de niños(as) menores de 5 años

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR

UF1A. ¿En qué mes y año nació (*Nombre*)?

Fecha de nacimiento:

MES		/	AÑO				
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>				
9	8		9	9	9	8	

UF1B. ¿Qué edad tiene (*Nombre*)?

Edad:

*Si tiene menos de 1 año
anote "00".*



Este cuestionario es para ser aplicado a la madre, padre o encargado de todos los Niños y Niñas miembros del Hogar que tengan entre 0 y 4 años de edad cumplidos (ver columna **LH3** del listado de hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño(a) sobre el que se requiere información.

UF1. Número del conglomerado: PROVINCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FRACCIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> RADIO: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF2. Número del hogar: PTO. MUESTRA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOGAR: <input type="text"/> <input type="text"/>
UF3. Nombre del niño/a: Nombre:	UF4. Número de línea del niño/a: <input type="text"/> <input type="text"/>
UF5. Nombre del respondente: Nombre:	UF6. Número de línea del respondente <input type="text"/> <input type="text"/>
UF7. Nombre y número del entrevistador/a: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⚠ Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado

🗨 Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos cinco minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

⚠ Si ya leyó el saludo al inicio del cuestionario lea lo siguiente:

🗨 Me gustaría hablarle ahora sobre la salud de (*Nombre del niño/niña de UF3*) y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente cinco minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y las respuestas que nos proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

¿Podemos comenzar?

- SÍ**, se otorgó el permiso ▶ comience con la entrevista.
- NO**, no se obtuvo permiso ▶ complete **UF9**. Discuta el resultado con su jefe de campo.

UF9. Resultado de la entrevista para niñas y niños menores de 5 años <i>Los códigos se refieren a la madre/encargado.</i>	<input type="checkbox"/> 1 Completada	<input type="checkbox"/> 4 Incompleta
	<input type="checkbox"/> 2 Ausente	<input type="checkbox"/> 6 Otro (especifique)
	<input type="checkbox"/> 3 Rechazo	

UF10. Editada en campo por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF11. Supervisada por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF12. Cargada por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---

Registro y lugar de nacimiento

BR0. ¿En qué país nació.... <i>Realice las preguntas para cada miembro y circule en la columna correspondiente.</i> • ESPONTÁNEA		BR0.1. ...(Nombre)?	BR0.2. ...la madre de(Nombre)?	BR0.3. ...el padre de(Nombre)?
	Argentina	<input type="text"/> 01	<input type="text"/> 01	<input type="text"/> 01
	Bolivia	<input type="text"/> 02	<input type="text"/> 02	<input type="text"/> 02
	Brasil	<input type="text"/> 03	<input type="text"/> 03	<input type="text"/> 03
	Chile	<input type="text"/> 04	<input type="text"/> 04	<input type="text"/> 04
	Paraguay	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 05
	Perú	<input type="text"/> 06	<input type="text"/> 06	<input type="text"/> 06
	Uruguay	<input type="text"/> 07	<input type="text"/> 07	<input type="text"/> 07
	Otro	<input type="text"/> 96	<input type="text"/> 96	<input type="text"/> 96
	NS	<input type="text"/> 98	<input type="text"/> 98	<input type="text"/> 98

BR1. ¿Tiene (Nombre) DNI? <i>Si responde que no, indague si alguna vez lo tramitó. Si está en trámite, marcar "Si". Si nunca lo tramitó, marcar "No"</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sí ▶ a módulo ET <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 8 NS
--	--

BR2 ¿(Nombre) tiene acta o partida de nacimiento?	1 Sí ▶ a módulo ET	
	2 No	
	8 NS ▶ a módulo ET	
BR3 ¿Por qué no está registrado el nacimiento de (Nombre)? • ESPONTÁNEA Circule la principal causa. RESPUESTA ÚNICA	01 Problemas de accesibilidad al registro civil (distancia, gastos de viaje, horario)	06 No sabía que debía registrarlo
	02 Problemas de índole familiar	07 No sabe dónde/cómo hay que registrarlo
	03 No sabía que el trámite era gratuito y no tenía dinero	08 Problemas de salud
	04 La mamá no tenía DNI	96 Otras
	05 Vencimiento del plazo de inscripción	98 NS

Desarrollo temprano infantil (estimulación temprana) ET

ET1. ¿Asiste (Nombre) a algún jardín, jardín maternal, prejardín, guardería, hogar de cuidado, centro de desarrollo infantil o cuidado infantil comunitario? <i>Si es período de vacaciones, indagar si asistirá en 2011</i>	1 Sí
	2 No ▶ ET4
	8 NS ▶ ET4

ET2A. En una semana típica, ¿cuántos días asiste (Nombre)?	Cantidad de días: <input type="text"/>
---	--

ET2B. ¿Y cuántas horas asiste en un día típico? <i>En una semana normal: posterior al período de adaptación.</i>	Cantidad de horas por día: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

ET3. Ese establecimiento, ¿es público o privado?	1 Público ▶ ET5
	2 Privado ▶ ET5
	8 NS ▶ ET5

ET4 ¿Por qué no asiste? • ESPONTÁNEA Circule la causa principal.	01 Prefiere que esté al cuidado de la madre/padre u otro familiar	05 No hay vacantes en el jardín, prejardín o guardería del barrio
	02 No lo considera necesario	06 No se adaptó
	03 Dificultades económicas	96 Otras
	04 No hay jardín, prejardín o guardería en el barrio	98 NS

ET5. ¿Tiene libros para niños o libros con dibujos para (Nombre)? <i>Si Sí: indague: ¿cuántos?</i> • ESPONTÁNEA	Sí (menos de 10, cantidad) <input type="text"/>
	Sí (10 o más) <input type="text"/>
	No tiene <input type="text"/>
	NS <input type="text"/>

ET6. Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (Nombre) juega cuando está en casa, ¿juega con... A. juguetes caseros (tales como muñecas, autos u otros juguetes hechos en casa)? B. juguetes comprados en un negocio o industrializados? C. objetos del hogar (como cacerolas u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar (como palos, piedras, caracoles u hojas)? <i>Si responde "Sí", indague específicamente con qué juega el niño (anote un ejemplo por cada categoría positiva).</i>	Sí	¿Cuál? (anote un ejemplo)	No	NS
	1	.....	2	8
	1	.....	2	8
	1	.....	2	8

ET7. A veces los adultos que cuidan a los niños tienen que dejar la casa para ir de compras, o por otros motivos y deben dejar a los niños en casa.
 ¿Cuántos días en la última semana dejó a (*Nombre*)...
 Si la respuesta es 'ningún día' escriba '0'.
 Si la respuesta es 'no sé' escriba '8'.

A. solo durante más de una hora?

Número de días que lo dejó solo durante más de una hora:

B. al cuidado de otro niño (es decir, con alguien menor de 10 años) durante más de una hora?

Número de días que lo dejó a cargo de otro niño durante más de una hora

ET8. En los pasados 3 días, ¿ud. o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (*Nombre*)?
 Si "Sí", pregunte:
 ¿Quién participó en esta actividad con (*nombre*)?
 Circule todas las opciones que aplican.
 Circule "Nadie" si el niño/a lo hizo solo, con alguien que no sea miembro del hogar o no hizo la actividad

	Madre	Padre	Otro	Nadie del hogar
Leer libros o mirar los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Contarle cuentos a (<i>nombre</i>)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluso canciones de cuna	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa, a alguna plaza, parque u otro lugar	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Jugó con (<i>nombre</i>)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y

Verifique la edad del niño/a

- Si tiene 3 ó 4 años ▶ **ET9**
- Si tiene menos de 1, 1 ó 2 años ▶ **módulo Hitos Motores Gruesos HM**

ET9. Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de su niño/a. Los niños 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 su niño/a.
 ¿Puede (*Nombre*) identificar o nombrar por lo menos diez letras?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

ET10. ¿Puede (*Nombre*) leer hasta 4 palabras comunes?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

ET11. ¿Sabe (*Nombre*) el nombre y reconoce todos los números del 1 al 10?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

ET12. ¿Puede (*Nombre*) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palito o una piedra del piso?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

ET13. ¿(*Nombre*) se enferma a menudo y no puede jugar o realizar muchas actividades físicas?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

ET14. ¿Puede (<i>Nombre</i>) seguir indicaciones sencillas sobre cómo hacer algo?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
ET15. Cuando se le da algo para hacer, ¿puede (<i>Nombre</i>) hacerlo por sí solo?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
ET16. ¿Se lleva (<i>Nombre</i>) bien con los otros niños?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
ET17. ¿(<i>Nombre</i>) pateo, muerde o golpea a otros niños o adultos?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
ET18. ¿(<i>Nombre</i>) se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/> 1	Sí ▶ a módulo BF
	<input type="checkbox"/> 2	No ▶ a módulo BF
	<input type="checkbox"/> 8	NS ▶ a módulo BF

Hitos motores gruesos (0, 1 ó 2 años) HM

HM1. ¿(<i>Nombre</i>) realiza las siguientes acciones? <i>Muestre al entrevistado/o el/los dibujo/s de la Tarjeta 1 correspondiente a cada pregunta. Señale la figura y formule la pregunta respectiva.</i> <i>Si contesta que sí, pase a lactancia (Excepto HM1.2.A.)</i>		Hitos o motores	Sí	No	NS	
	Bloque 1	HM1.1.	¿Camina sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶ BF
Bloque 2	HM1.2.A	¿Camina con apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	HM1.2.B	¿Se para sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶ BF
Bloque 3	HM1.3.	¿Se para con apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶ BF
Bloque 4	HM1.4.	¿Se sienta sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶ BF

Lactancia (0 a 4 años) BF

BF1. ¿Ha sido amamantado (<i>Nombre</i>) alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No ▶ BF3
	<input type="checkbox"/> 8	NS ▶ BF3
BF2. ¿Todavía está (<i>Nombre</i>) siendo amamantado?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
BF3. Quisiera preguntarle sobre los líquidos que (<i>Nombre</i>) pueda haber tomado ayer durante el día o la noche. Me interesa saber si (<i>nombre</i>) ingirió algo aún si fue en combinación con otra comida. Tomó (<i>Nombre</i>) agua ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
BF4. ¿Tomó (<i>Nombre</i>) jugo o bebidas de jugo ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS

BF5. ¿Tomó (<i>Nombre</i>) caldo ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
BF6. ¿Tomó (<i>Nombre</i>) leche de fórmula para bebés ayer, durante el día o a la noche? (Por ejemplo “Sancor Bebé”, “Nutrilon”, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ BF8	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ BF8	
BF7. ¿Cuántas veces tomó (<i>Nombre</i>) leche de fórmula para bebés?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
BF8. ¿Tomó ayer (<i>Nombre</i>) otra leche envasada, en polvo o leche fresca, durante el día o la noche? Excluya la leche de fórmula.	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ BF10	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ BF10	
BF9. ¿Cuántas veces tomó (<i>Nombre</i>) otra leche envasada, en polvo o fresca?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
BF10. ¿Tomó (<i>Nombre</i>) ayer algún otro líquido, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
BF11. ¿Tomó o comió (<i>Nombre</i>) ayer, durante el día o la noche, otros lácteos como...	<input type="checkbox"/> A Yogur?	<input type="checkbox"/> D Flancitos y otros postres?
	<input type="checkbox"/> B Danonino?	<input type="checkbox"/> Y Ninguno ▶ BF13
	<input type="checkbox"/> C Serenito?	<input type="checkbox"/> Z NS
BF12. ¿Cuántas veces tomó o comió (<i>Nombre</i>) otros lácteos?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
BF13. ¿Comió (<i>Nombre</i>) otros alimentos sólidos o semisólidos, como por ejemplo papilla, cereales o avena, ayer, durante el día o a la noche? No considere los lácteos mencionados anteriormente.	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ BF15	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ BF15	
BF14. ¿Cuántas veces comió (<i>Nombre</i>) alimentos sólidos o semisólidos ayer durante el día o la noche? <i>Excluir lácteos anteriores.</i>	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
	4 o más <input type="text"/> 4	
BF15. ¿Ayer, durante el día o la noche, le dio a (<i>Nombre</i>) algo para beber en mamadera?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	

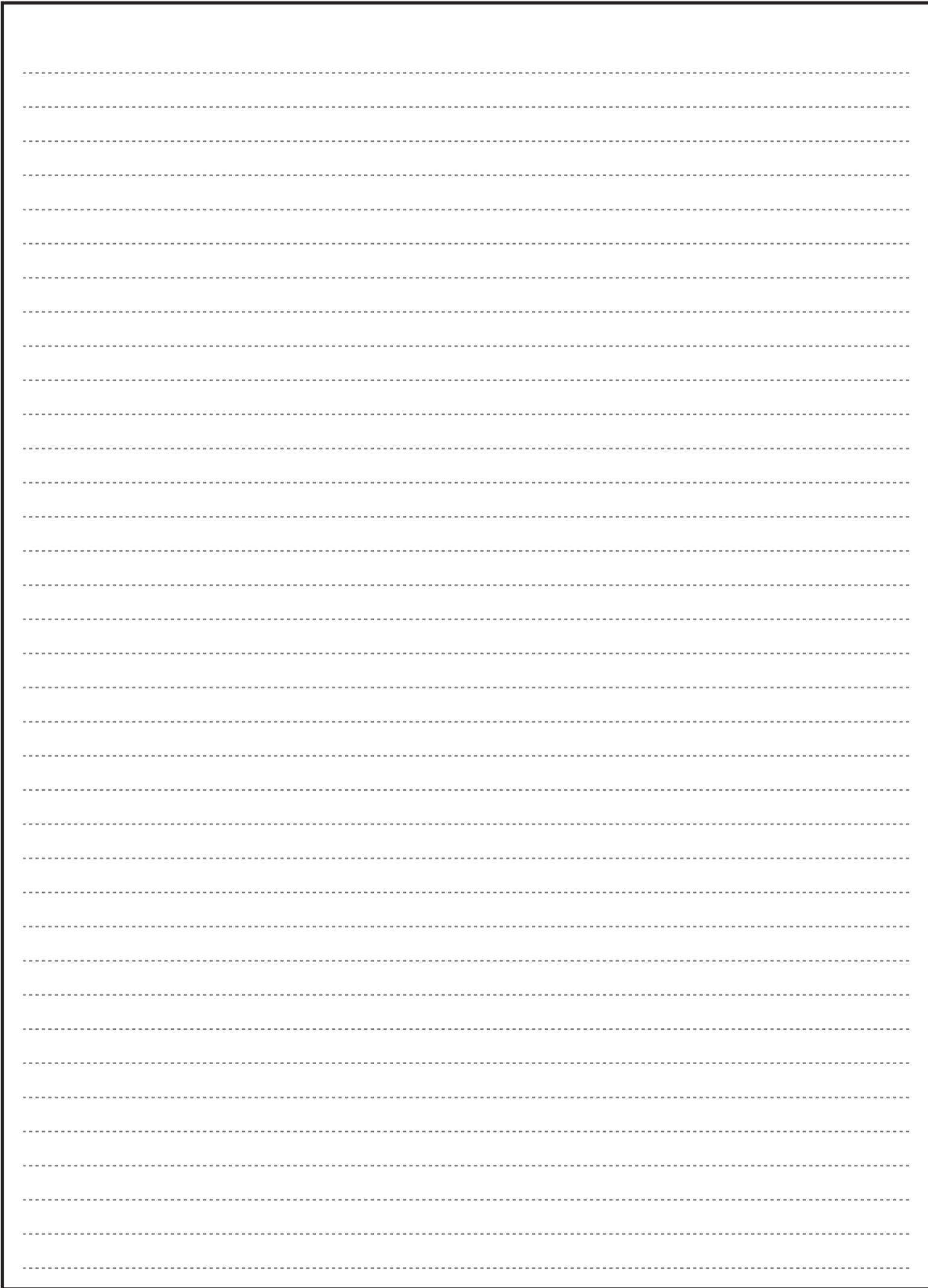
Cuidado de la salud

CA

CA1. ¿Ha llevado a (<i>Nombre</i>) para que le efectuaran controles estando sano durante los últimos 6 meses? <i>Si Sí, ¿CUÁNTOS?</i>	Sí (<i>anote cantidad</i>) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 00 No ▶ CA3
	<input type="checkbox"/> 98 NS ▶ CA3
CA2. ¿Dónde le han realizado a (<i>Nombre</i>) la mayoría de esos controles? • ESPONTÁNEA	<input type="checkbox"/> 1 Centro de Salud (Público) <input type="checkbox"/> 4 Consultorio medico particular
	<input type="checkbox"/> 2 Hospital (Público) <input type="checkbox"/> 5 Otros
	<input type="checkbox"/> 3 Clínica/Hospital/Sanatorio privado <input type="checkbox"/> 8 NS

CA3. ¿Tuvo (<i>Nombre</i>) diarrea en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No				
	<input type="checkbox"/> 8 NS				
CA4. La última vez que (<i>Nombre</i>) tuvo diarrea, ¿cuánto se le dio de beber (incluso leche materna): mucho menos, un poco menos, casi lo mismo, o más de lo habitual?	<input type="checkbox"/> 1 Mucho menos	<input type="checkbox"/> 5 No se le dio nada para beber			
	<input type="checkbox"/> 2 Un poco menos	<input type="checkbox"/> 6 Nunca tuvo diarrea ▶ CA9			
	<input type="checkbox"/> 3 Casi lo mismo	<input type="checkbox"/> 8 NS			
	<input type="checkbox"/> 4 Más de lo habitual				
CA5. Durante el tiempo que (<i>Nombre</i>) estuvo con diarrea, ¿para comer, le dio mucho menos, un poco menos, casi lo mismo, más de lo habitual, o no comió nada? <i>Si no comió nada, indague si no come alimentos sólidos y circule 6.</i>	<input type="checkbox"/> 1 Mucho menos	<input type="checkbox"/> 5 Suspendió la comida			
	<input type="checkbox"/> 2 Un poco menos	<input type="checkbox"/> 6 Aún no come alimentos sólidos			
	<input type="checkbox"/> 3 Casi lo mismo	<input type="checkbox"/> 8 NS			
	<input type="checkbox"/> 4 Más de lo habitual				
CA6. Durante el episodio de diarrea, ¿le dio a (<i>Nombre</i>) de tomar alguna de estas cosas?:			Sí	No	NS
	A. Un polvo para preparar solución (sales de rehidratación oral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	B. Una solución líquida lista para usar de sales de rehidratación oral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	C. Una preparación casera con agua, azúcar y sal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	D. Agua de arroz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	E. Gaseosa Light, "Gatorade"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	F. Crema de bismuto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
CA7. ¿Se le dio alguna [otra] cosa para tratar la diarrea?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ CA9				
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ CA9				
CA8. ¿Qué [otra] cosa se le dio para tratar la diarrea? • ESPONTÁNEA <i>Indague: ¿algo más?</i> <i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i> (Nombre del medicamento)	Pastilla o jarabe				
	Antibiótico	<input type="checkbox"/> A	Otros	<input type="checkbox"/> G	
	Antiespasmódico	<input type="checkbox"/> B	Píldora o jarabe desconocido	<input type="checkbox"/> H	
	Zinc	<input type="checkbox"/> C			
	Inyección				
	Antibiótica	<input type="checkbox"/> L	No antibiótica	<input type="checkbox"/> N	
	Inyección desconocida	<input type="checkbox"/> M			
	Intravenosa	<input type="checkbox"/> O	Remedio casero / medicina a base de hierbas	<input type="checkbox"/> X	
	Otros	<input type="checkbox"/> Q			
	CA9. En algún momento de las últimas dos semanas, ¿ha tenido (<i>Nombre</i>) alguna enfermedad con tos?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
<input type="checkbox"/> 2 No					
<input type="checkbox"/> 8 NS					
CA10. La última vez que (<i>Nombre</i>) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ UF13 (fin cuestionario)				
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ UF13 (fin cuestionario)				

CA11. ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o mucosa?	<input type="checkbox"/> 1 Problema en el pecho
	<input type="checkbox"/> 2 Nariz tapada o resfrío ▶ UF13 (fin cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
	<input type="checkbox"/> 6 Otros ▶ UF13 (fin cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ UF13 (fin cuestionario)
CA12. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ UF13 (fin de cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ UF13 (fin de cuestionario)
CA13. ¿De dónde buscó consejo o tratamiento? <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero no proporcione ninguna sugerencia.</i> ¿A algún otro lugar? • ESPONTÁNEA <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es un establecimiento público o privado, escriba el nombre del lugar.</i>	Sector público
	Hospital <input type="checkbox"/> A Agente sanitario <input type="checkbox"/> D
	Centro de salud <input type="checkbox"/> B Clínica móvil / ambulante <input type="checkbox"/> E
	Puesto de salud <input type="checkbox"/> C Otro público <input type="checkbox"/> H
	Sector médico privado
	Hospital / clínica privada <input type="checkbox"/> I Clínica móvil <input type="checkbox"/> L
	Médico privado <input type="checkbox"/> J Otro <input type="checkbox"/> O
	Farmacia <input type="checkbox"/> K
	Otras fuentes
	Pariente / amigo <input type="checkbox"/> P Curandero <input type="checkbox"/> R
	Otro <input type="checkbox"/> X
CA14. ¿Se le dio algún medicamento a (Nombre) para tratar esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ UF13 (fin de cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ UF13 (fin de cuestionario)
CA15. ¿Qué medicamento se le dio a (Nombre)? ¿Algún otro medicamento? • ESPONTÁNEA <i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen.</i>	Antibiótico en pastilla / jarabe <input type="checkbox"/> A
	Antibiótico inyectable <input type="checkbox"/> B
	Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno <input type="checkbox"/> P
	Aspirina <input type="checkbox"/> Q
	Ibuprofeno <input type="checkbox"/> R
	Otros <input type="checkbox"/> X
	NS <input type="checkbox"/> Z
	(Nombre del medicamento)



Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

**Questionario de niños(as) y adolescentes de
cinco a diecisiete (5-17) años**

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR

UF1A. Edad:



Este cuestionario es para ser aplicado a la madre, padre o encargado de todos/as las Niñas, Niños y Adolescentes, miembros del Hogar que tengan entre 5 y 17 años de edad (ver columna **LH3** del listado de hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño(a) y adolescente sobre el que se requiere información.

UF1. Número del conglomerado PROVINCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FRACCIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> RADIO: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF2. Número del hogar PTO. MUESTRA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOGAR: <input type="text"/> <input type="text"/>
UF3. Nombre del niño/a o adolescente Nombre:	UF4. Número de línea del niño/a o adolescente <input type="text"/> <input type="text"/>
UF5. Nombre del respondente Nombre:	UF6. Número de línea del respondente <input type="text"/> <input type="text"/>
UF7. Nombre y número del entrevistador/a Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>⚠ Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado</p> <p>🗨 Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños/as y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos cinco minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.</p>	<p>⚠ Si ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:</p> <p>🗨 Me gustaría hablarle ahora sobre las actividades de (<i>Nombre del niño/niña de UF3</i>) y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente cinco minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y las respuestas que nos proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.</p>
--	---

¿Podemos comenzar ahora?

SÍ, se concede permiso ▶ Comenzar la entrevista.

NO, no se concede permiso ▶ completar **UF9**. Discuta el resultado con su jefe de campo.

UF9. Resultado de la entrevista para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años <i>Los códigos se refieren al respondente.</i>	<input type="checkbox"/> 1 Completada	<input type="checkbox"/> 4 Incompleta
	<input type="checkbox"/> 2 Ausente	<input type="checkbox"/> 6 Otro (especifique):
	<input type="checkbox"/> 3 Rechazo	

UF10. Editada en campo por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF11. Supervisada por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	UF12. Cargada por: Nombre: Número: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---

Registro y lugar de nacimiento **BR**

BR0. ¿En qué país nació.... <i>Realice las preguntas para cada miembro y circule en la columna correspondiente.</i> • ESPONTÁNEA		BR0.1. ...(Nombre)?	BR0.2. ...la madre de(Nombre)?	BR0.3. ...el padre de(Nombre)?
	Argentina	<input type="text"/> 01	<input type="text"/> 01	<input type="text"/> 01
	Bolivia	<input type="text"/> 02	<input type="text"/> 02	<input type="text"/> 02
	Brasil	<input type="text"/> 03	<input type="text"/> 03	<input type="text"/> 03
	Chile	<input type="text"/> 04	<input type="text"/> 04	<input type="text"/> 04
	Paraguay	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 05
	Perú	<input type="text"/> 06	<input type="text"/> 06	<input type="text"/> 06
	Uruguay	<input type="text"/> 07	<input type="text"/> 07	<input type="text"/> 07
	Otro	<input type="text"/> 96	<input type="text"/> 96	<input type="text"/> 96
	NS	<input type="text"/> 98	<input type="text"/> 98	<input type="text"/> 98

BR1. ¿Tiene (Nombre) DNI? <i>Si responde que no, indague: ¿alguna vez lo tramitó? Si está en trámite, marcar "Sí". Si nunca lo tramitó, marcar "No"</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sí ▶ TL1	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
BR2 ¿(Nombre) tiene acta o partida de nacimiento?	<input type="checkbox"/> 1 Sí ▶ TL1	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ TL1	
BR3 ¿Por qué no está registrado el nacimiento de (Nombre)? • ESPONTÁNEA <i>Circule la principal causa.</i>	<input type="checkbox"/> 01 Problemas de accesibilidad al registro civil (distancia, gastos de viaje, horario)	<input type="checkbox"/> 06 No sabía que debía registrarlo
	<input type="checkbox"/> 02 Problemas de índole familiar	<input type="checkbox"/> 07 No sabe dónde/cómo hay que registrarlo
	<input type="checkbox"/> 03 No sabía que el trámite era gratuito y no tenía dinero	<input type="checkbox"/> 08 Problemas de salud
	<input type="checkbox"/> 04 La mamá no tenía DNI	<input type="checkbox"/> 96 Otras
	<input type="checkbox"/> 05 Vencimiento del plazo de inscripción	<input type="checkbox"/> 98 NS

Uso del tiempo libre – uso de tecnologías **TL**

TL1. En el último mes, (Nombre) ¿concurrió a alguna de las siguientes organizaciones? <i>Si tiene 13 o más años indague para cada respuesta positiva: ¿CÓMO ASISTENTE O COMO ORGANIZADOR? y marque la/s opción/es correspondiente/s</i> <i>Si tiene menos de 13 años lea cada opción y circule en TL1A. En TL1B circule "H", no corresponde por edad.</i> <i>Si ninguna circule X Si no sabe circule Y</i>		TL1A. Como asistente	TL1B. Como organizador
	Club Deportivo	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
	Parroquia/Asoc. Religiosa	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
	Centro Cultural	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
	Comedor Comunitario	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D
	Centro de Estudiantes	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E
	Partido Político/Movimiento Social	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> F
	Asoc. Civil/ ONG u otra	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> G
	Ninguna	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> X
	Ns	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y
No corresponde por edad		<input type="checkbox"/> H	

TL2A. En la última semana, fuera del ámbito escolar (Nombre) realizó alguna de las siguientes actividades? TL2B. De esas actividades ¿a cuáles tres le dedica más tiempo (Nombre) en un día típico? <i>No olvide realizar la pregunta TL2B</i>		TL2A. Actividades realizadas la última semana. Circule todas las mencionadas	TL2B. Tres actividades a las que le dedica más tiempo en un día típico. <i>Priorice las: utilice los números 1, 2, 3. ("1" indica la mayor dedicación de tiempo y así sucesivamente).</i>
	A. Ver la televisión , películas en video, DVD o jugar juegos de video como Nintendo, Sega, Playstation	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>
	B. Usar la computadora para chatear, navegar por Internet, bajar música o jugar juegos de video, etc. (Excluyendo tareas escolares)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>
	C. Leer o hacer trabajos manuales o juegos tranquilos: juegos de mesa, dibujar, pintar, armar rompecabezas, jugar con muñecas, con autitos, etc.	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>
	D. Escuchar música o tocar un instrumento musical	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/>
	E. Jugar juegos físicamente activos: fútbol, mancha, etc.	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
	F. Ir a clases o actividades culturales programadas: clases de idioma, música, dibujo, teatro, etc.	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
	G. Ir a clases o clubes para actividades físicas programadas: clases de fútbol, básquet, gimnasia, baile, danza, acrobacia, etc.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>
	H. Reunirse/salir para charlar o estar con amigos/ compañeros de la escuela	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/>
	I. Hacer tareas del colegio (incluyendo búsqueda por Internet o usando la computadora)	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>
J. Concurrir a recitales, cine, teatro, bailes.	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/>	

TL3. (Nombre) ¿sabe usar la computadora? (tenga o no en la casa)	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
	<input type="checkbox"/> 8 NS
TL4. (Nombre) ¿usa habitualmente Internet?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
	<input type="checkbox"/> 8 NS

Salud sexual y reproductiva **SS**

SS1. Pasando a otro tema ¿alguna vez (Nombre) le hizo preguntas sobre sexualidad o salud sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
	<input type="checkbox"/> 8 NS
SS2. ¿Alguna vez Ud. le dio información a (Nombre) sobre sexualidad o salud sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
	<input type="checkbox"/> 8 NS
SS3. ¿Está de acuerdo con que se le brinde información a (Nombre) en la escuela acerca de este tema?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No
	<input type="checkbox"/> 8 NS

- Si tiene menos de 15 ▶ UF13 (fin de la entrevista)
- Si tiene de 15 a 17 años ▶ continúe

Capacitación laboral (15 a 17 años) **CL**

CL1. ¿Hay algún lugar/taller o curso en el barrio donde (Nombre) se pueda capacitar en oficios?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	▶ CL3
	<input type="checkbox"/> 8 NS	▶ CL3
CL2. ¿Concurrió (Nombre) alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
CL3. ¿Hay en el establecimiento al que (Nombre) asiste, algún curso de formación pre profesional y/o pre laboral o algún sistema de pasantías (rentadas o no)? <i>Si no asiste actualmente a la escuela, marcar 0</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	▶ UF13
	<input type="checkbox"/> 8 NS	▶ UF13
	<input type="checkbox"/> 0 No asiste a la Escuela	
CL4. ¿Concurrió alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	▶ UF13
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	▶ UF13

CL5. ¿Cuál es el motivo principal por el que no concurrió?

• ESPONTÁNEA

01 (Nombre) No tiene tiempo

02 Le queda lejos

03 Dificultades económicas

04 No le interesa

05 No hay oferta para lo que le interesa

06 No hay oferta para su edad

96 Otros

98 NS

UF13. (Fin del cuestionario)

¿Es la informante la madre o persona encargada de otro niño/a o adolescente de entre 5 y 17 años de edad que forme parte de este hogar?

Sí ▶ Vaya al siguiente **CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ENTRE 5 Y 17 AÑOS** para aplicárselo al mismo informante.

No ▶ ¿Es la informante una mujer entre 15 y 49 años?

Sí ▶ vaya al **CUESTIONARIO DE MUJER** para aplicárselo al misma informante.

No ▶ finalice la entrevista con el informante agradeciéndole su cooperación.

Verifique si hay otros cuestionarios para niños menores de 5 años, para niños de 5 a 17 o para la mujer que deba aplicar a otro informante del hogar. En ese caso, comience por el cuestionario de menores de 5.

SI ES EL ÚLTIMO CUESTIONARIO A APLICAR EN ESTE HOGAR, RECUERDE:

- Anotar la hora de finalización en el cuestionario de Hogar (IH17)
- Reunir todos los cuestionarios de este hogar y verificar que en cada uno estén anotados los números de identificación.
- Sumar en el Panel de Información del Hogar el número de cuestionario completados.

A series of horizontal dashed lines for text entry.

