

## APENDICE C CUESTIONARIOS

UNICEF

SECRETARIADO TECNICO DE LA PRESIDENCIA

CESDEM

### CUESTIONARIO DE HOGAR

NOSOTROS SOMOS DE (*institución afiliada*). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE ESOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURA APROXIMADAMENTE (*número\*\**) MINUTOS. LA ENTREVISTA SERÁ CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NO SERÁN IDENTIFICADAS. EN ESTE MOMENTO ME GUSTARÍA HABLAR CON TODAS LAS MUJERES QUE SON MADRES O LAS QUE ESTÁN A CARGO DE LA ATENCIÓN/CUIDADO DE LOS/AS NIÑOS/AS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR. ¿PUEDE COMENZAR AHORA? *Si el permiso es concedido, inicie la entrevista.*

INFORMACION DEL HOGAR																				
1. Número del conglomerado: _____  2. Número del hogar _____	2a. Número selección de la vivienda: _____  <div style="text-align: right;">Hogar: _____</div>																			
3. Día/Mes/Año de la entrevista: ____ / ____ / _____	4. Número del entrevistador/a:   ____ ____																			
5. Nombre del jefe/a del hogar: _____  5ª. Dirección _____																				
6. Area: Urbana .....1 Rural .....2	7. Provincia: _____																			
8. Material predominante de la vivienda: 8ª. Material predominante del piso: Estiércol.....01 Tierra/arena.....02 Tablas de madera.....03 Palma/bamboo.....04 Cerámica.....05 Mosaico.....06 Granito, Mármol.....07 Cemento.....08 Alfombra.....09 Otro Material.....10	9a. Número de cuartos/habitaciones de la vivienda: _____  9b. ¿Cuántos son dormitorios? _____																			
8b. Material Predominante de las paredes: Block o Concreto.....1 Madera.....2 Tabla de Palma.....3 Tejamanil.....4 Hojalata.....5 Otro Material.....6	10. ¿Tiene usted en su hogar:  10A. Electricidad? 10B. Radio? 10C. Televisión? 10D. Nevera?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">No</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>10A. Electricidad?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>10B. Radio?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>10C. Televisión?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>10D. Nevera?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Sí	No		1	2	10A. Electricidad?	1	2	10B. Radio?	1	2	10C. Televisión?	1	2	10D. Nevera?		
	Sí	No																		
	1	2																		
10A. Electricidad?	1	2																		
10B. Radio?	1	2																		
10C. Televisión?	1	2																		
10D. Nevera?																				

8c. Material Predominante del Techo: Plato (concreto)..... 1 Asbesto Cemento..... 2 Zinc.....3 Cana.....4 Hojalata.....5 Yagua.....6 Otra Material.....7	11. ¿Algún miembro del hogar posee:  11A. Una bicicleta? 1 2 11B. Un motor/una moto 1 2 11C. Un carro o camión 1 2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	No	1	2	1	2	1	2
Sí	No									
1	2									
1	2									
1	2									
12. ¿Qué tipo de combustible utiliza en el hogar principalmente para cocinar?  Electricidad.....1 Propano/Queroseno.....2 Carbón de leña.....3 Leña o paja.....4 Otros (especifique).....5	13. Resultado de la entrevista de hogar: Completa..... 1 Rechazada .....2 Ausente temporal .....3 Ausente permanente.....4 Vivienda no encontrada o destruida .....5 Otra ( <i>especifique</i> ).....6									
14. No. de mujeres elegibles para entrevista: _____	15. No. de mujeres con entrevistas completas: _____									
16. No. de niños/as menores de 5 años: _____	17. No. de niños/as con entrevistas completas: _____									
18. Número de miembros del hogar _____	19. Nombre y Número de la Supervisora: _____ 20. Nombre y No. del digitador _____									
<b>Observaciones de la entrevistadora y supervisora:</b> <i>Use este espacio para escribir observaciones relacionada con la entrevista de hogar así como entrevistas pospuestas, entrevistas individuales incompletas, número de intentos para re-visitas, etc.</i>										

HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR													
PRIMERO, DÍGAME LOS NOMBRES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR, EMPEZANDO CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR (Use la definición de miembros de hogar de la encuesta). <i>Liste la primera persona en la línea 01. Liste los/as adultos/as primero y luego los/as niños/as. Entonces pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ, AUNQUE NO ESTÉ PRESENTE EN ESTOS MOMENTOS? (ESTO INCLUYE NIÑOS/AS QUE ESTÉN EN LA ESCUELA O EN EL TRABAJO). Si 'SI', complete la lista. Entonces, pregunte y anote las respuestas como se indica en las Instrucciones para el/la Entrevistador/a. Añada hojas de continuación adicional si no hay espacio suficiente en esta página. Marque aquí si continúa en otra hoja</i> <input type="checkbox"/>													
				Elegible para:			Para personas de 12 años y más Preguntar P8 y P9		Para niños/as Menores de 15 años Preguntar P10-P13				
				MÓDULOS DE MUJERES	MÓDULO TRABAJO DEL NIÑO/A	MÓDULOS DE SALUD DEL NIÑO/A							
1. No. de Línea	2. Nombre	3. ¿Es (nombre) HOMBRE O MUJER?	4. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (nombre)?  ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA ÉL/ELLA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? Anote años completos 99=NS*	5. Circule el número de línea si la mujer tiene 12-49 años de edad	6. Para cada niño/a entre 5-14 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE CUIDAR A ESTE/A NIÑO/A? Anote el No. de línea de la madre o tutora	7. Para cada niño/a menor de 5 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE CUIDAR A ESTE/A NIÑO/A? Anote el No. de línea de la madre o tutora.	8. ¿PUEDE ÉL/ELLA LEER UNA CARTA O PERIÓDICO CON FACILIDAD, CON DIFICULTAD O NO PUEDE LEERLO?  1 FÁCILMENTE 2 DIFICULTAD 3 NO PUEDE 9 NS	9. ¿CUALES EL ESTADO CONYUGAL DE (nombre)?**  1 ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA 2 VIUDA 3 DIVORCIADA 4 SEPARADA 5 NUNCA CASADA	10. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?  1 SI 2 NO 9 NS	11. Si esta viva: ¿VIVE EN ESTE HOGAR LA MADRE NATURAL DE (nombre)?  1 SÍ 2 NO	12. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?  1 SI 2 NO 9 NS	13. Si está vivo: ¿VIVE EN ESTE HOGAR EL PADRE NATURAL DE (nombre)?  1 SI 2 NO	
C.90													
LÍNEA	NOMBRE	H M	EDAD	12-49	MADRE	MADRE	F D N NS	C V D S N	S N NS	S N	S N NS	S N	
01		1 2	___ _	01	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
02		1 2	___ _	02	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
03		1 2	___ _	03	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
04		1 2	___ _	04	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
05		1 2	___ _	05	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
06		1 2	___ _	06	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
07		1 2	___ _	07	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
08		1 2	___ _	08	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
09		1 2	___ _	09	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
10		1 2	___ _	10	___ _	___ _	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
¿HAY ALGUN/A OTRO/A NIÑO/A QUE VIVA AQUÍ – AUNQUE NO SEA MIEMBRO DE ESTA FAMILIA O QUE SUS PADRES NO VIVAN EN ESTE HOGAR? (INCLUYENDO NIÑOS/AS QUE ESTÉN TRABAJANDO O EN LA ESCUELA). Si 'SI', incluya el nombre del niño o la niña y complete el formulario.													
* Ver instrucciones: usar solamente para miembros envejecientes del hogar (código significa “no sabe/65 años y más”).													

MODULO DE EDUCACION												
Para personas de 5 años y más Haga preguntas 15 y 16				Para niño/as de 5 a 17 años, continúe, haga preguntas 17-22								
14. <i>No de Línea</i>	15. ¿ALGUNA VEZ ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) A LA ESCUELA?	16. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) EN LA ESCUELA? ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE ( <i>nombre</i> ) COMPLETÓ DE ESE NIVEL? NIVEL: 1 PRE-ESCOLAR 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 UNIVERSITARIA 9 NS GRADO: 99 NS <i>Si menos de un grado, anote '00'.</i>		17. ¿ESTÁ ASISTIENDO ( <i>nombre</i> ) ACTUALMENTE A LA ESCUELA?	18. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ¿ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA?	19. DESDE EL ÚLTIMO ( <i>día de la semana</i> ), ¿CUÁNTOS DÍAS ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) A LA ESCUELA?	20. ¿A CUÁL NIVEL Y GRADO ESTA (BA) ( <i>nombre</i> ) ASISTIENDO?  NIVEL: 1 PRE-ESCOLAR 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 UNIVERSITARIA 9 NS  GRADO: 99 NS	21. ¿ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) A LA ESCUELA EL AÑO PASADO?  1 SI 2 NO ☹ 9 NS ☹ PRÓX. LÍNEA	22. ¿A CUÁL NIVEL Y GRADO ASISTIÓ ( <i>nombre</i> ) EL AÑO PASADO?  NIVEL: 1 PRE-ESCOLAR 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 UNVERSITARIA 9 NS  GRADO: 99 NS			
LÍNEA	S NO	NIVEL	GRADO	SI NO	SI NO	DÍAS	NIVEL	GRADO	S N NS	NIVEL	GRADO	
01	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
02	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
03	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
04	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
05	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
06	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
07	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
08	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
09	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	
10	1 2⇒PX. LÍNEA	1 2 3 4 9	___	1 2	1 2	___	1 2 3 4 9	___	1 2 9	1 2 3 4 9	___	

Ahora, para cada mujer entre 12-49 años anote el nombre y el número de línea de la madre o tutora en la parte superior de cada hoja del cuestionario individual de mujeres.  
Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea Y el número de línea de su madre o tutora en la parte superior de cada página del cuestionario individual de niños/as.  
Usted debe tener un formulario para cada mujer elegible y para cada niño/a menor de 5 años en el hogar.

MODULO COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD																			
Para ser aplicado a miembros del hogar 5 años y más.																			
AHORA, ME GUSTARIA PREGUNTARLE SOBRE SERVICIOS DE SALUD.																			
1. No. de línea	2. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS, TUVO (NOMBRE) ALGÚN PROBLEMA DE SALUD FÍSICA O MENTAL O UN ACCIDENTE?			3. ¿(nombre) TUVO ATENCION DE UN/UNA MEDICO/A U OTRO PERSONAL DE SALUD?			4. ¿POR QUÉ (nombre) NO ASISTIÓ A VER AL MEDICO/A U OTRO PERSONAL DE SALUD?							5. ¿TIENE (nombre) ALGÚN SEGURO MEDICO PÚBLICO?			6. ¿TIENE (nombre) ALGÚN SEGURO MEDICO PRIVADO?		
	1 SI 2 NO ⇒ A P. 5 9 NS ⇒ A P. 5			1 Si ⇒ a P. 5 2 No ⇒ a P. 4 9 NS ⇒ a P. 5			1 NO TENIA DINERO 2 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTABA MUY LEJOS 3 NO CONFIABA EN EL ESTABLECIMIENTO, PERSONAL O EL SERVICIO DE SALUD. 4 NO TUVO TIEMPO 5 SOLUCIONÓ EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA 6 EL PROBLEMA SE SOLUCIONÓ POR SI MISMO 7 OTRO (ESPECIFIQUE)_____							1 SI 2 NO 9 NS			1 SI 2 NO 9 NS		
NO. LÍNEA	S I	NO	NS	SI	NO	NS	RAZONES							SI	NO	NS	Si	NO	NS
01	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
02	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
03	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
04	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
05	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
06	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
07	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
08	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
09	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9
10	1	2	9	1	2	9	1	2	3	4	5	6	7. _____	1	2	9	1	2	9

PASE AL MODULO DE TRABAJO INFANTIL ⇒

\_\_\_ Hogar \_\_\_

MÓDULO TRABAJO DEL NIÑO/A											
<i>Para ser aplicado al tutor o tutora de cada niño/a residente habitual del hogar de 5 a 14 años de edad</i> <i>Copie el número de línea de cada niño/a elegible de la lista de miembros del hogar.</i> <b>AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TRABAJO QUE HAGAN LOS/AS NIÑO/AS DE ESTE HOGAR.</b>											
1. No. de línea	2. Nombre	3. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿HIZO (nombre) ALGÚN TIPO DE TRABAJO PARA ALGUIEN QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR?  Si 'SI':POR PAGA?  1 SI, POR PAGA (DINERO O ESPECIE) 2 SI, SIN PAGA 3 NO ⇒ A P.5	4. Si 'SI': DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADA- MENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO ÉL/ELLA ESE TRABAJO PARA UNA PERSONA QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR?  Si tiene más de un trabajo, incluya todas las horas de todos los trabajos.  Anote la respuesta entonces ⇒ P.6	5. EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿HIZO (nombre) ALGUN TIPO DE TRABAJO PARA ALGUIEN QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR?  Si 'SI':POR PAGA?  1 SI, POR PAGA (DINERO O ESPECIE) 2 SI, SIN PAGA 3 NO	6. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿AYUDÓ(nombre) EN LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS DE LA CASA ? POR EJEMPLO, COCINAR, HACER COMPRAS LIMPIAR, LAVAR LA ROPA, CUIDAR LOS/AS NIÑOS/AS, RECOGER LEÑA, BUSCAR AGUA.  1 SI 2 NO ⇒ A P.8	7. Si 'SI': DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADA- MENTE CUÁNTAS HORAS DEDICÓ ÉL/ELLA A ESAS TAREAS?	8. DURANTE LA PASADA SEMANA, ¿HIZO (nombre) ALGÚN OTRO TRABAJO FAMILIAR (EN LA FINCA O EN UN NEGOCIO)?  1 SI ⇒ P.9 2 NO ⇒ PRÓXIMA LÍNEA	9. Si 'SI': DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADA- MENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO ÉL/ELLA ESE TRABAJO?			
NO. LÍNEA	NOMBRE	SI PAG NO PAG NO	NO. HORAS	SI PAG NO PAG NO	SI NO	NO. HORAS	SI NO	NO. HORAS			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___			

Cuando todos/as los/as niños/as en el rango de edad hayan sido entrevistados/as, **PASE AL MÓDULO DE AGUA Y SANEAMIENTO.**

No. del conglomerado \_\_\_\_\_ No. de selección vivienda \_\_\_\_\_ No. hogar \_\_\_\_\_

MÓDULO DE AGUA Y SANEAMIENTO		
Este módulo debe ser aplicado una sola vez por cada hogar visitado. Para cada pregunta marque una sola respuesta. Si da más de una respuesta, anote la fuente o servicio más corriente.		
1. ¿CUAL ES LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER USADA POR LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?	Tubería dentro de la vivienda .....01 Tubería en el patio/parcela .....02 Llave pública .....03 Pozo con tubería /pozo con bomba.....04 Pozo protegido/cubierto .....05 Manantial protegido.....06 Agua lluvia.....07 Agua embotellada .....08 Pozo no protegido/descubierto .....09 Manantial no protegido .....10 Charca/estanque, río o arroyo .....11 Camión-tanque, vendedor .....12  Otro (especifique) .....13 No responde/ NS.....99	
2. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR AL LUGAR, RECOGER EL AGUA, Y REGRESAR?	No. de minutos..... Agua en el sitio.....888 NS.....999	
3. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO USA ESTE HOGAR?	Inodoro sistema de alcantarillado o pozo séptico ..... 1 Letrina sanitaria..... 2 Letrina tradicional ..... 3 Letrina expuesta.....4  Otro (especifique)..... 5 No tiene sanitario, usa matorral o campo .....6 No tiene sanitario, usa el río.....7	6⇒ P.6 7⇒ P.6
4. ¿ESTE SERVICIO SANITARIO ES INDIVIDUAL O COLECTIVO?	Individual.....1 Colectivo.....2	
5. ¿TIENE ESTE SERVICIO DENTRO DE LA VIVIENDA?	Sí, en la vivienda ..... 1 No, fuera de la vivienda .....2 NS .....9	
6. ¿QUE PASA CON LAS DEPOSICIONES (CACA, PUPU) DE LOS/AS NIÑOS/AS PEQUEÑOS/AS (0-3 AÑOS) CUANDO ESTOS/AS NO USAN LA LETRINA O EL SANITARIO?  (SI HAY VARIOS NIÑOS CIRCULE LOS DIFERENTES CODIGOS, SEGUN RESPUESTA DE LA MADRE)	Siempre usan el sanitario o letrina ..... 01 La tira en el sanitario o letrina..... 02 La tira en el patio ..... 03 La entierra en el patio.....04 No hace nada o la deja en el suelo .....05 La tira en el río..... 06 Usa pampers echa safacón/basura.....07 Otra (especifique).....08 No hay niños/as pequeños/as en el hogar.....09	
7. ¿QUÉ HACE USTED CON LA BASURA?	Recogida por Ayuntamiento..... 1 Recogida por empresa privada.....2 La quema.....3 La entierra.....4 La tira al vertedero.....5 Otro (especifique).....6	
<b>SALUD</b>		
8. CUÁNDO ALGÚN MIEMBRO DEL TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD, ¿DÓNDE BUSCA SERVICIOS CON MÁS FRECUENCIA?	Establecimiento de SESPAS.....01 Establecimiento Seguro Social.....02 Establecimiento Fuerzas Armadas.....03 Establecimiento del Sector Privado.....04 Patronato.....05 Servicios Comunitarios.....06 Farmacia.....07 Curandero/a.....08 Otro.....09	

<p>9. ¿ QUÉ OPINION TIENE SOBRE EL SERVICIO DE SALUD EN SU COMUNIDAD O EL SERVICIO MÁS CERCANO?</p> <p>ENTONCES, CÓMO USTED LO DESCRIBIRÍA: EXCELENTE, MUY BUENO, BUENO, REGULAR, MALO?</p>	<p>Excelente.....1  Muy bueno.....2  Bueno.....3  Regular.....4  Malo.....5  No sabe.....8</p>	
<p><b>MÓDULO DE YODACIÓN DE SAL</b></p>		
<p>1. NOS GUSTARÍA VERIFICAR SI LA SAL QUE SE UTILIZA EN ESTE HOGAR ESTÁ YODADA .  PUEDO VER UN POCO DE LA SAL QUE SE UTILIZÓ PARA COCINAR LA ÚLTIMA COMIDA QUE COMIERON LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</p> <p><i>Tan pronto haya examinado la sal, circule el número correspondiente al resultado de la prueba.</i></p>	<p>No yodada 0 PPM (sin color) ..... 1  Menos de 15 PPM (color débil)..... 2  15 PPM o más (color fuerte)..... 3  No hay sal en el hogar ..... 8  No se hizo la prueba ..... 9</p>	<p>8⇒ P-3  9⇒ P-3</p>
<p>2. SI LA SAL A LA QUE SE HIZO LA PRUEBA ES SAL EN GRANO, PREGUNTE:  ¿USTED LAVA LA SAL ANTES DE USARLA PARA COCINAR?</p>	<p>Sí.....1  No.....2  A veces.....3</p>	
<p>AHORA, PARA TERMINAR...  3. PUEDO VER UN POCO DE LA SAL QUE SE UTILIZA EN LA MESA (SI ES DIFERENTE QUE LA SAL QUE SE UTILIZA PARA COCINAR)</p> <p><i>TAN PRONTO HAYA EXAMINADO LA SAL, CIRCULE EL NÚMERO CORRESPONDIENTE AL RESULTADO DE LA PRUEBA.</i></p>	<p>No yodada 0 PPM (sin color) ..... 1  Menos de 15 PPM (color débil)..... 2  15 PPM o más (color fuerte)..... 3  Sal es igual ..... 4  No hay sal en el hogar ..... 8  No se hizo la prueba ..... 9</p>	

PASE AL CUESTIONARIO DE MUJERES ⇒



No. del conglomerado. \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea mujer \_\_\_\_

### CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

<b>INFORMACIÓN DE LA MUJER</b>		
<i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 12 a 49 años de edad (Ver columna 5 de la lista de hogar). Llene un formulario para cada mujer elegible.</i>		
1. Número de línea de la mujer (de la lista de hogar).	Número de línea .....	
2. Nombre de la mujer.	Nombre .....	
2A. RESULTADO DE LA ENTREVISTA		
1. COMPLETA 2. RESPONDIDA PARCIALMENTE 3. APLAZADA 4. Ausente temporal 5. AUSENTE PERMANENTE 6. Rechazada 7. Otra (Especifique).....		
3A. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento mes/año ..... / ..... NS fecha de nacimiento ..... 999999	NS⇒3B
3B. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?	Edad (en años completos).....	

**PASE AL PRÓXIMO MÓDULO⇒**

No. del conglomerado \_\_\_\_ No. Selec. de la vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea Mujer \_\_\_\_

MÓDULO DE MORTALIDAD INFANTIL		
<p><i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres de 12-49 años.</i></p> <p><i>Todas las preguntas se refieren solamente a nacidos/as VIVOS/AS.</i></p> <p><i>Siga las instrucciones como se indica en el entrenamiento. Ver Instrucciones para Entrevistadores/as.</i></p>		
<p>1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS PARTOS/ALUMBRAMIENTOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?</p> <p><i>Si "NO" indague preguntando:</i></p> <p>¿ES DECIR, UN/A NIÑO/A QUE HAYA RESPIRADO O LLORADO O MOSTRADO ALGÚN SIGNO DE VIDA AUNQUE ÉL/ELLA SÓLO HAYA VIVIDO POR POCOS MINUTOS U HORAS?</p>	<p>SI ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒ MÓDULO ANTICON- CEPTIVO</p>
<p>2A. ¿CUÁL FUE LA FECHA DE SU PRIMER NACIMIENTO, ES DECIR, LA PRIMERA VEZ QUE USTED DIÓ A LUZ AUNQUE EL/LA NIÑO/A NO ESTÉ VIVO O SI EL/LA NIÑO/A ES DE OTRO HOMBRE DIFERENTE A SU ACTUAL ESPOSO/COMPANERO?</p> <p>O:</p> <p>2B. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE USTED TUVO SU PRIMER NACIMIENTO/PARTO?</p>	<p>Fecha de nacimiento Día/Mes/Año..... ____/____/____</p> <p>NS fecha de su primer nacimiento ..... 99999999</p> <p>O: Número de años desde el primer nacimiento ..... ____</p>	<p>NS⇒2B</p>
<p>3. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/HIJA QUE USTED HAYA DADO A LUZ QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒P.5</p>
<p>4. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN CON USTED ?</p> <p>¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN CON USTED ?</p>	<p>Hijos varones en casa..... ____</p> <p>Hijas en casa..... ____</p>	
<p>5. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE ESTÉ VIVO PERO QUE NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒P.7</p>
<p>6. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED?</p> <p>¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED?</p>	<p>Hijos varones fuera de la casa..... ____</p> <p>Hijas fuera de la casa..... ____</p>	
<p>7. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO AUNQUE FUERA POR POCAS HORAS O MINUTOS PERO QUE FALLECIÓ DESPUÉS?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒P.9</p>
<p>8. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES HAN MUERTO ?</p> <p>¿CUÁNTAS HIJAS HAN MUERTO?</p>	<p>Hijos varones muertos..... ____</p> <p>Hijas muertas ..... ____</p>	
<p>9. Sume las respuestas de P. 4, 6, y 8.</p>	<p>Total ..... ____</p>	
<p>10. SÓLO PARA ESTAR SEGURA DE QUE TENGO LA INFORMACION CORRECTA: USTED HA TENIDO EN TOTAL (número total) HIJOS/HIJAS NACIDOS/AS VIVOS/AS DURANTE TODA SU VIDA. ¿ES ESTO CORRECTO?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ⇒ Pase a P.11</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique las respuestas y haga las correcciones necesarias antes de continuar con P.11</p>		

11. DE ÉSTOS ( <i>número total</i> ) HIJOS/HIJAS NACIDOS/AS VIVOS/AS QUE USTED HA TENIDO ¿CUÁNDO DIÓ A LUZ AL ÚLTIMO/A HIJO/HIJA (AUNQUE ÉL/ELLA HAYA MUERTO)?	Fecha del último nacimiento  Día/Mes/Año ..... __ __ / __ __ / __ __ __ __	
12. <i>El último nacimiento/parto ocurrió durante el último año, es decir, desde (noviembre de 1999)?</i>  <input type="checkbox"/> <i>Si, nacido/a vivo/a en el último año. ⇒ PASE A MÓDULO DEL TOXOIDE TETÁNICO</i>  <input type="checkbox"/> <i>No tuvo nacido/a vivo/a en el último año. ⇒ PASE A MÓDULO DE ANTICONCEPCIÓN</i>		

No. del conglomerado \_\_\_\_ No. selec. Vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea mujer \_\_\_\_

<b>MÓDULO TOXOIDE TETÁNICO (TT)</b>		
<i>Este módulo es para ser aplicado a todas las mujeres con un/a nacido/a vivo/a en el año anterior a la fecha de la entrevista.</i>		
1. ¿TIENE USTED UNA TARJETA DE VACUNACIÓN U OTRO DOCUMENTO DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS QUE USTED HA RECIBIDO?  <i>Si la tarjeta es mostrada, úsela para ayudarse con las respuestas de las próximas preguntas</i>	Sí (tarjeta vista) ..... 1 Si (tarjeta no vista)..... 2 No ..... 3 NS..... 9	
2. CUANDO USTED ESTABA EMBARAZADA DE SU ÚLTIMO/A NIÑO/A, ¿RECIBIÓ USTED ALGUNA VACUNA CONTRA EL TÉTANO (UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO)?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.4 9⇒P.4
3. Si 'SI': ¿CUÁNTAS VACUNAS CONTRA EL TÉTANO RECIBIÓ USTED DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO?	No. de dosis ..... NS..... 99	
3A. ¿Cuántas vacunas contra el tétano fueron reportadas durante el último embarazo en P.3? <input type="checkbox"/> Por lo menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo. ⇒ PASE A MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIEN NACIDO <input type="checkbox"/> Menos de dos dosis de inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ CONTINUE CON P.4		
4. ¿RECIBIÓ ALGUNA OTRA VACUNA CONTRA EL TÉTANO (indague por adicionales) EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE SU ÚLTIMO EMBARAZO O ENTRE EMBARAZOS?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.7 9⇒P.7
5. Si 'SI': ¿CUÁNTAS DOSIS RECIBIÓ?	No. de dosis ..... NS..... 99	
6A. ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA ÚLTIMA DOSIS?  <i>O:</i>	Fecha de la última Dosis, Mes/Año..... / ..... NS fecha..... 999999 <i>O:</i>	NS⇒6B
6B. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE RECIBIÓ USTED LA ÚLTIMA DOSIS?	Hace años .....	
7. Sume las respuestas a P.3 y P.5 para obtener el número total de dosis recibidas durante toda la vida.	No. total de dosis .....	

**PASE AL MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIEN NACIDO ⇒**

No. del conglomerado \_\_\_\_ Selec. Vivienda \_\_\_\_ hogar \_\_\_\_ No. de línea mujer \_\_\_\_

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		
Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacido/a vivo/a en el año anterior a la fecha de la entrevista.		
1. EN LOS DOS MESES DESPUÉS DE SU ÚLTIMO NACIMIENTO/PARTO, ¿RECIBIO USTED UNA DOSIS DE VITAMINA A COMO ÉSTA?	Si ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
<i>Muestre cápsulas o dispensador de 200,000 IU.</i>		
2. ¿VIÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL DE ESTE EMBARAZO?	<b>Profesional de la salud:</b> Doctor/a ..... 1 Enfermero/a ..... 2 Partera ..... 3 <b>Otra persona</b> Comadrona ..... 4 Otro (especifique) ..... 6 Nadie ..... 7	
<i>Si "SI": ¿A QUIÉN VIÓ USTED? ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague por otro tipo de persona vista y circule todas las respuestas dadas.</i>		
2b. Si "SI": ¿Cuántos chequeos se hizo usted?	No. de chequeos.....__ __	
3. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ (ATENDIÓ) EN EL PARTO DE SU ÚLTIMO NIÑO/A (o nombre)?	<b>Profesional de la salud:</b> Doctor/a ..... 1 Enfermero/a ..... 2 Partera ..... 3 <b>Otra persona</b> Comadrona ..... 4 Parientes/amigos/as ..... 5 Otro (especifique) ..... 6 Nadie ..... 7	
<i>¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague por otro tipo de persona que la asistió en el parto y circule todas las respuestas dadas.</i>		
4. CUANDO SU ÚLTIMO/A HIJO/HIJA (nombre) NACIÓ, ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO/A QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO/A?	Muy grande..... 1 Más grande que el promedio ..... 2 Tamaño promedio ..... 3 Más pequeño/a que el promedio ..... 4 Muy pequeño/a..... 5 NS..... 9	
5. ¿FUE PESADO/A (nombre) CUANDO NACIÓ?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.7 9⇒P.7
6. ¿CUÁNTO PESÓ (nombre)?	De la tarjeta..... 1 (libras) __ __ . __ __ De la memoria ..... 2 (libras) __ __ . __ __ NS..... 99999	
7. CUANDO USTED ESTABA EMBARAZADA DE SU ÚLTIMO/A HIJO/HIJA, ¿TUVO DIFICULTAD PARA VER DURANTE EL DÍA?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
8. DURANTE ESE EMBARAZO, ¿SUFRIÓ USTED DE CEGUERA NOCTURNA ?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO⇒

No. del conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea mujer \_\_\_\_

<b>MÓDULO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>		
<p>Haga P.1 a todas las mujeres de <b>12-49</b> años y siga las instrucciones de pase cuidadosamente.</p> <p>Las preguntas sobre embarazo y anticonceptivos son exclusivamente para mujeres actualmente casadas o unidas.</p>		
<p>1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO EN UNIÓN LIBRE ?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No, viuda, divorciada, separada ..... 2</p> <p>No, nunca casada ..... 3</p>	<p>2⇒PROX. MODULO</p> <p>3⇒PROX. MODULO</p>
<p>2. AHORA VAMOS A CAMBIAR DE TEMA.</p> <p>ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE OTRO TEMA –PLANIFICACIÓN FAMILIAR- Y SU SALUD REPRODUCTIVA.</p> <p>TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PROPORCIONE SE MANTENDRÁ EN ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD. USTED NUNCA SERA IDENTIFICADA POR LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS.</p> <p>¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?</p>	<p>Si, actualmente embarazada..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>Insegura o NS ..... 3</p>	<p>1⇒PROX. MODULO</p>
<p>3. ALGUNAS PAREJAS USAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒PROX. MODULO</p>
<p>4. ¿QUÉ MÉTODO ESTÁ USANDO?</p> <p><i>No insinúe o sugiera una respuesta</i></p> <p><i>Si más de un método mencionado, circule cada uno.</i></p>	<p>Esterilización femenina..... 01</p> <p>Esterilización masculina ..... 02</p> <p>Pastillas/píldoras ..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>Inyecciones ..... 05</p> <p>Implante/Norplant..... 06</p> <p>Condomes ..... 07</p> <p>Condón femenino..... 08</p> <p>Diafragma ..... 09</p> <p>Espuma/jalea ..... 10</p> <p>MELA (lactancia y amenorrea) ..... 11</p> <p>Ritmo ..... 12</p> <p>Retiro..... 13</p> <p>Otra (especifique) ..... 14</p>	

**PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒**

No. del conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ hogar \_\_\_\_ No. línea mujer \_\_\_\_

<b>MÓDULO DE VIH/SIDA</b>		
Este módulo es para ser aplicado a todas las mujeres de 12-49 años. Ver Instrucciones de la Entrevistadora para discusiones adicionales sobre estas preguntas.		
1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE LO QUE UST ED SABE SOBRE ENFERMEDADES, EN PARTICULAR, SOBRE EL VIH Y EL SIDA.  ¿HA OIDO USTED HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE EL VIRUS DEL VIH O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Si ..... 1 No ..... 2	2⇒P.18
2. ¿EXISTE ALGO QUE UNA PERSONA PUEDA HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE DEL VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.8 9⇒P.8
3. ¿AHORA LE VOY A LEER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE COMO UNA PERSONA PUEDE PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA. ESTAS PREGUNTAS INCLUYEN TÓPICOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD, TEMAS QUE ALGUNAS PERSONAS PODRIAN ENCONTRAR DIFÍCILES DE RESPONDER SIN EMBARGO, SU RESPUESTA ES MUY IMPORTANTE PARA AYUDARNOS A ENTENDER LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS EN República Dominicana. DE NUEVO LE DIGO, QUE ESTA INFORMACIÓN ES PRIVADA Y ANÓNIMA. POR FAVOR, RESPONDA SI O NO A CADA PREGUNTA.  ¿PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLO UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA Y QUE SEA FIEL ?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
4. ¿CREE USTED QUE UNA PERSONA PUEDE CONTAGIARSE EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES (BRUJERÍA, HECHICERÍA, GUANGUA, ... )?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
5. ¿PUEDE UNA PERSONA PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CORRECTAMENTE CADA VEZ QUE TIENE RELACIONES SEXUALES?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
6. ¿PUEDE UNA PERSONA CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE MOSQUITO?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
7. ¿PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA DEJANDO/ABSTENIÉNDOSE DE TENER RELACIONES SEXUALES?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
8. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	

10. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO/HIJA DURANTE EL EMBARAZO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
11. ¿PUEDE EL VIRUS DE SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO/HIJA EN EL PARTO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
12. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE A EL/LA HIJO/HIJA A TRAVÉS DE LA LECHE DEL SENO (MATERNA)?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
13. SI UN/A MAESTRO/A O PROFESOR/A TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMO/A, ¿SE LE DEBE PERMITIR A ÉL/ELLA CONTINUAR IMPARTIENDO CLASES EN LA ESCUELA (UNIVERSIDAD)?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
14. SI USTED SABE QUE UN/A COMERCIANTE O VENDEDOR/A DE ALIMENTOS TIENE SIDA O EL VIRUS QUE LO CAUSA, ¿COMPRARÍA USTED ALIMENTOS DE ÉL/ELLA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 9	
15. NO VOY A PREGUNTARLE SOBRE SU CONDICIÓN SOBRE VIH ( <i>use términos locales entendibles</i> ), PERO ESTAMOS INTERESADOS EN SABER QUÉ TANTAS SOLICITUDES DE PRUEBAS DE VIH Y DE CONSEJERÍA HAY EN SU COMUNIDAD. ES DECIR, ME GUSTARÍA PREGUNTARLE:  NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒P.17
16. YO NO QUIERO QUE USTED ME DIGA LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PERO, ¿LE HAN DICHO EL RESULTADO DE LA PRUEBA?	Sí ..... 1 No ..... 2	
17. EN ESTOS MOMENTOS, ¿SABE USTED DE ALGÚN LUGAR DONDE PUEDA IR Y HACERSE LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2	
18. ¿Es la mujer una madre o tutora de niños/as menores de 5 años de edad?  <input type="checkbox"/> Si. ⇒ PASE A CUESTIONARIO PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS y aplique un cuestionario para cada niño/a menor de 5 años que ella atiende/cuida.  <input type="checkbox"/> No. ⇒ CONTINUE CON P.19		
19. ¿Vive en este hogar otra mujer elegible?  <input type="checkbox"/> Si. ⇒ Finalice la actual entrevista agradeciendo a la mujer por su cooperación y PASE AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES para aplicar el cuestionario a la siguiente mujer elegible.  <input type="checkbox"/> No. ⇒ Finalice la entrevista con esa mujer agradeciéndole por su cooperación. Reúna todos los cuestionarios de este hogar y registre el número de entrevistas completas en la portada.		



No. conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
No. línea niño/a \_\_\_\_

### CUESTIONARIO PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

Este cuestionario es para ser aplicado a todas las mujeres que cuidan un/a niño/a que vive con ella y que sea menor de 5 años de edad (Ver P.4 y P.7 del Listado de Hogar).

Se debe usar un formulario separado para cada niño/a elegible.

Se debe aplicar las preguntas a la madre o tutora del niño o la niña elegible (ver P.7 del Listado de Hogar).

Llene el número de línea de cada niño/a, el número de línea de la madre o de la tutora, y el número del Hogar y del Conglomerado (o Sector) en el espacio de la parte de arriba de la página.

MÓDULO DE REGISTRO DE NACIMIENTO Y APRENDIZAJE TEMPRANO		
1. Nombre del niño o la niña.	Nombre _____	
2. Edad del niño o la niña (copie de P.4 del Listado de Hogar).	Edad (en años cumplidos)..... ____	
3. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE LA SALUD DE CADA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS QUE ESTÉ BAJO SU CUIDADO Y ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED AHORA QUIERO PREGUNTARLE SOBRE (nombre). ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?  Si la madre sabe la fecha exacta de nacimiento, también anote el día; de lo contrario, anote '99' para día.	Fecha de nacimiento  Día/Mes/Año ..... ____/____/____	
4. ¿TIENE (nombre) ACTA DE NACIMIENTO? ¿PUEDO VERLO?  Si le muestra el certificado, verifique la fecha de nacimiento. Si no le muestra el certificado de nacimiento, trate de verificar la fecha usando otro documento (tarjeta o carné de salud, etc.). Corrija la edad si es necesario.	Si, visto..... 1 Si, no vista..... 2 No ..... 3 NS..... 9	1⇒P.8
5. Si la mujer no muestra el certificado de nacimiento, pregunte:  ¿EL NACIMIENTO DE (nombre) HA SIDO DECLARADO?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	1⇒P.8 9⇒P.7
6. ¿POR QUÉ NO HA SIDO DECLARADO EL NACIMIENTO DE (nombre)?	Cuesta mucho ..... 1 Debo viajar muy lejos ..... 2 No sabía que debía ser registrado..... 3 Tardía y no quería pagar la multa ..... 4 No sabe donde registrarlo ..... 5 Padre no se ha o cupado.....6 Padres son adolescentes.....7 Padres no adolescentes carecen de documentos.....8 NS ..... 9 Otra (especifique) ..... 10	
7. ¿SABE USTED COMO DECLARAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/HIJA?	Si ..... 1 No ..... 2  No responde..... 8	

8. Verifique la edad en P.2. Si el/la niño/a tiene 2 años o más, pregunte: ¿ASISTE (NOMBRE) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O GUARDERÍA, PREESCOLAR?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P. 10 9⇒P. 10
9. EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ (nombre) ?	No. de horas .....__ __	
<b>TRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO</b>		
10. CUANDO SU NIÑO/A HACE ALGO INCORRECTO O SE PORTA MAL, ¿QUÉ HACE USTED REGULARMENTE?	Le da golpes.....1 Le regaña.....2 Le deja sin comida.....3 Le regaña con los ojos.....4 Le priva de su actividad favorita.....5 Le da consejos.....6 Otro.....7	
11. ¿Y ESTO QUE USTED HACE LE DA RESULTADO?	Si.....1 No.....2	
12. CUANDO SU NIÑO/A SE PORTA BIEN, ¿QUÉ HACE USTED REGULARMENTE?	Le felicita.....1 Le lleva a pasear.....2 Le compra algo material.....3 Le deja hacer lo que más le gusta.....4 Le abraza.....5 Nada.....6 Otros.....7	
13. ¿Y ESTO QUE USTED HACE LE DA RESULTADO?	Si.....1 No.....2	

**PASE AL PRÓXIMO MÓDULO⇒**

No. conglomerado \_\_\_\_ No. Selec. Vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
 No. línea niño/a \_\_\_\_

MÓDULO DE VITAMINA A		
1. ¿LE HAN DADO ALGUNA VEZ A ( <i>nombre</i> ) UNA CÁPSULA (SUPLEMENTO) DE VITAMINA A COMO ÉSTA?  <i>Muestre la cápsula o dispensador.</i>	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒PROX. MODULO 9⇒PROX. MODULO
2. ¿HACE CUÁNTOS MESES QUE ( <i>nombre</i> ) SE TOMÓ LA ÚLTIMA DOSIS?	No. Meses ..... ____ NS..... 99	
3. ¿DÓNDE CONSIGUIÓ ( <i>nombre</i> ) ESA ÚLTIMA DOSIS?	En visita rutinaria a centro de salud..... 1 Visita a centro de salud por el/la niño/a enfermo/a..... 2 Día de Campaña de Vacunación..... 3 Guardería..... 4 Centro Educativo ..... 5 Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 6 NS..... 9	

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒

No. conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
No. línea niño/a \_\_\_\_

MÓDULO DE LACTANCIA		
1. ¿LE HA DADO A [NOMBRE] ALGUNA VEZ EL PECHO/SENO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.4 9⇒P.4
2. ¿TODAVÍA LE ESTÁ DANDO EL PECHO/SENO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.3 9⇒P.4
2ª. ¿POR CUÁNTO MESES LE DIÓ EL PECHO/SENO?	MESES ____	⇒P.4
3. ¿DESDE EL DÍA DE AYER HASTA ESTE MOMENTO, RECIBIÓ ÉL/ELLA ALGO DE LO SIGUIENTE:  <i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta antes de pasar al próximo rubro.</i>  3A. VITAMINAS, MINERALES SUPLEMENTARIOS O MEDICINA? 3B. AGUA ? 3C. AGUA AZUCARADA, AGUA CON SABOR, JUGOS DE FRUTAS, TE O INFUSIÓN? 3D. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)? 3E. LECHE FRESCA, EN POLVO O DE LATA, FÓRMULA PARA BEBÉS 3F. ALGÚN OTRO LÍQUIDO? 3G. ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (PAPILLA/PURÉ/MANGÚ)?	Y N NS  A. Suplementos vitamínicos ..... 1 2 9 B. Agua..... 1 2 9 C. Agua azucarada o jugos..... 1 2 9 D. SRO..... 1 2 9 E. Leche ..... 1 2 9 F. Otros líquidos ( <i>especifique</i> ) ..... 1 2 9 G. Papilla/puré/mangú ..... 1 2 9	
4. DESDE EL DÍA DE AYER HASTA ESTE MOMENTO, ¿SE LE HA DADO A ( <i>nombre</i> ) ALGO DE BEBER EN BIBERÓN O TETERO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒

No. conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
No. línea niño/a \_\_\_\_

MÓDULO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES		
1. ¿HA TENIDO ( <i>nombre</i> ) DIARREA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?  <i>La diarrea es definida como la madre o tutora lo perciba, o como tres deposiciones flojas o aguadas por día, o deposiciones con sangre</i>	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	1⇒P.3
2. DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO ( <i>nombre</i> ) ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, TAL COMO TOS, FIEBRE, U OTRO PROBLEMA DE SALUD?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	1⇒P.4 2⇒P.11 9⇒P.11
3. DURANTE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO DIARREA, ¿LE DIÓ DE TOMAR A ( <i>nombre</i> ) ALGO DE LO SIGUIENTE:  <i>Lea cada rubro en voz alta y anote antes de pasar al próximo.</i>	S N NS  3A. LECHE DEL SENO ? ..... 1 2 9 3B. PAPILLA DE CEREAL O PAPILLA, PURÉ, MANGÚ HECHA DE VÍVERES O SOPA ? ..... 1 2 9 3C. Otros líquidos caseros como (suero casero, agua de arroz, agua de coco, jugos naturales, yogurt)? ..... 1 2 9 3D. SOBRES DE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)? ..... 1 2 9 3E. OTRA LECHE O FÓRMULAS PARA BEBÉS? ..... 1 2 9 3F. AGUA CON LA COMIDA DURANTE ALGUNOS MOMENTOS DEL DÍA? ..... 1 2 9 3G. AGUA SOLA ? ..... 1 2 9 3H. Otros líquidos como (refresco de botella, jugos de lata o cartón) ..... 1 2 9 3I. NADA ..... 1 2 9	1⇒P.5
4. DURANTE LA ENFERMEDAD DE ( <i>nombre</i> ) ¿BEBIÓ ÉL/ELLA MUCHO MENOS, LO MISMO O MÁS LÍQUIDOS QUE LOS DE COSTUMBRE?	Mucho menos o nada..... 1 Lo mismo (o algo menos)..... 2 Más ..... 3 NS..... 9	
5. DURANTE LA ENFERMEDAD DE ( <i>nombre</i> ) ¿COMIO ÉL/ELLA MENOS, LO MISMO O MÁS COMIDA QUE DE COSTUMBRE?  <i>Si “menos”, indague: ¿MUCHO MENOS O UN POCO MENOS?</i>	Nada ..... 1  Mucho menos..... 2 Un poco menos..... 3 Lo mismo ..... 4 Más ..... 5 NS..... 9	
6. ¿HA ESTADO ( <i>nombre</i> ) ENFERMO/A CON TOS EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ES DECIR, DESDE ( <i>día de la semana</i> ) DE LA SEMANA ANTERIOR A LA ÚLTIMA?	Si ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.11 9⇒P.11

<p>7. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTABA ENFERMO/A CON TOS, ¿ÉL/ELLA RESPIRABA MÁS RÁPIDO QUE DE COSTUMBRE, CON RESPIRACIONES RÁPIDAS Y CORTAS O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9</p>	<p>2⇒P.11 9⇒P.11</p>
<p>8. ¿LOS SÍNTOMAS FUERON DEBIDOS A PROBLEMAS EN EL PECHO O LA NARIZ BLOQUEADA (TAPADA)?</p>	<p>Nariz tapada/bloqueada..... 1 Problemas en el pecho..... 2 Ambos..... 3  Otro (<i>especifique</i>) ..... 4 NS..... 9</p>	<p>1⇒P.11 4⇒P.11</p>
<p>9. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD FUERA DEL HOGAR?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9</p>	<p>2⇒P.11 9⇒P.11</p>
<p>10. ¿DÓNDE BUSCÓ USTED ATENCIÓN?  ¿ALGÚN OTRO LUGAR?  <i>Circule todos los proveedores mencionados pero NO sugiera o insinúe la respuesta</i></p>	<p>Hospital..... 01 Centro de salud..... 02 Dispensario ..... 03 Trabajador/a comunitario/a de salud..... 04 SMI Clínica..... 05 Médico/a privado/a..... 06 Curandero/a ..... 07 Farmacia ..... 08 Promotor/a..... 09 UROC..... 10 Parientes o amigos/as ..... 11  Otros (<i>especifique</i>) ..... 12</p>	
<p><i>Haga esta pregunta (P.11) solamente una vez por cada tutora.</i></p> <p>11. ALGUNAS VECES LOS/AS NIÑOS/AS ESTÁN ENFERMOS/AS Y DEBEN SER LLEVADOS/AS INMEDIATAMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ¿CUÁLES SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA AL NIÑO O A LA NIÑA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p><i>Continúe preguntando por más síntomas o signos hasta que la tutora no pueda recordar más síntomas. Circule todos los síntomas mencionados, Pero no se adelante a hacer ninguna sugerencia.</i></p>	<p>Si el/la niño/a no puede beber ni coger el seno ..... 01 Si se pone más enfermo/a..... 02 Si le da fiebre ..... 03 Si tiene respiraciones rápidas..... 04 Si tiene dificultad para respirar..... 05 Si hace evacuaciones con sangre..... 06 Si bebe poco..... 07 Si tiene convulsiones/ataques..... 08  Otra (<i>especifique</i>) ..... 09  Otra (<i>especifique</i>) ..... 10</p>	

**PASE AL PRÓXIMO MÓDULO⇒**

No. conglomerado \_\_\_\_ No. Selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
No. línea niño/a \_\_\_\_

MÓDULO DE VACUNAS							
Si la tarjeta de vacunación está disponible, copie las fechas en Ps.2-6 para cada tipo de vacuna registrada en el documento. Las Ps.8-16 son para anotar las vacunas que no fueron registradas en la tarjeta. Ps.8-16 sólo se harán cuando la tarjeta no está disponible.							
1. ¿TIENE (nombre) TARJETA DE VACUNACIÓN?		Si, Vista ..... 1					
Si "SI", ¿ME PERMITE VERLA POR FAVOR?		Si, No Vista..... 2				2⇒P.8	
		No Tiene Tarjeta ..... 3				3⇒P.8	
a) Copie de la tarjeta las fechas de las vacunas; b) Anote '44' en la columna de 'DIA' si la tarjeta muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación.		Fecha de vacunación					
		DIA		MES		ANO	
2. BCG	BCG						
3A. POLIO 0 (RECIENTE NACIDO)	POL 0						
3B. POLIO 1	POL 1						
3C. POLIO 2	POL 2						
3D. POLIO 3	POL 3						
4A. DPT1	DPT1						
4B. DPT2	DPT2						
4C. DPT3	DPT3						
5. SARAMPION	SARAMP						
6A. HEPATITIS B1	HEP B1						
6B. HEPATITIS B2	HEPB2						
6C. HEPATITIS B RESFUERZO	HEPB R						
7. ADEMÁS DE LAS VACUNAS MARCADAS EN ESTA TARJETA (CARNET), ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA OTRA VACUNA -INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA DE VACUNACION?		Si .....1 (indague por vacunas y escriba "66" en la columna correspondiente a día en P.2a, P.6 y luego pase a la P.16).....				1⇒P.16	
MARQUE "SI" SOLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3 Y/O SARAMPION		No.....2				2⇒P.16	
		NS.....9				9⇒P.16	
8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER VACUNA QUE (nombre) HAYA RECIBIDO PARA PREVENIRLO CONTRA LAS ENFERMEDADES, INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA DE VACUNACIÓN. ALGUNA VEZ LE PUSIERON A (NOMBRE) UNA VACUNA PARA PREVENIRLE ENFERMEDADES?		Si ..... 1					
		No ..... 2				2⇒P.16	
		NS..... 9				9⇒P.16	
9. ¿HA RECIBIDO (nombre) LA VACUNA BCG, VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS- ESO ES, UNA INYECCIÓN EN EL HOMBRO IZQUIERDO QUE DEJA UNA CICATRIZ?		Si ..... 1					
		No ..... 2					
		NS..... 9					

10. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VACUNA PARA PROTEGERLO A ÉL/ELLA DE POLIO (UNA VACUNA EN FORMA DE GOTAS EN LA BOCA)?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.13 9⇒P.13
11. ¿QUÉ EDAD TENIA ÉL/ELLA CUANDO LE DIERON LA PRIMERA DOSIS?	Días..... Meses..... Años.....	
12. ¿CUÁNTAS VECES LE DIERON ESAS GOTAS A ÉL/ELLA?	No. de veces ..... NS.....99	
13. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA “VACUNA INYECTADA” – ESO ES, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN LA NALGA PARA PROTEGERLO DEL TÉTANO, TOSFERINA, DIFTERIA? (ALGUNAS VECES SE APLICA JUNTO CON LA DEL POLIO)	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	2⇒P.15 9⇒P.15
14. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces ..... NS.....99	
15. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA “VACUNA INYECTADA”- ESO ES, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LA EDAD DE 9 MESES O MÁS – PARA PROTEGERLO DEL SARAMPIÓN?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 9	
16. POR FAVOR, DÍGAME SI ( <i>nombre</i> ) HA PARTICIPADO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DÍAS DE <b>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN</b> :	<div style="text-align: right;">S N NN. NS</div> POLIO/SARAMPIÓN EN NOV-DIC. 1998 <i>Campaña Nov. Dic. 1998</i> .....1 2 3 9 POLIO/SARAMPIÓN EN NOV-DIC. 1999 <i>Campaña Nov-Dic. 1999</i> .....1 2 3 9	

**PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒**



No. conglomerado \_\_\_\_ No. selec. vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ No. línea tutora \_\_\_\_  
 No. línea niño/a \_\_\_\_

<b>MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA</b>		
<i>Después que los cuestionarios para todos/as los/as niños/as estén completos, el/la técnico/a pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla debajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño o la niña y el número de línea del Listado de Hogar antes de registrar las medidas.</i>		
Sexo del niño/a: Hombre.....1    Mujer.....2	<b>Fecha entrevista (día ,mes año)</b>  ____ ____ ____	
1. <i>Peso del niño/a.</i>	Kilogramos (kg)..... ____ . ____	
2. <i>Peso y talla del niño/a.</i>  <i>Verifique la edad del niño/a:</i>  <input type="checkbox"/> <i>Niños/as menores de 2 años. ⇒ medido (acostado).</i>  <input type="checkbox"/> <i>Niños/as 2 años o mayores. ⇒ medido(parado).</i>	Medido (acostado)..... 1 ____ . ____  Medido (parado)..... 2 ____ . ____	
3. <i>Código de identificación de la persona que midió.</i>	Código..... ____	
4. <i>Resultado.</i>	Medido..... 1 Ausente..... 2 Rechazo ..... 3 Otra (especifique) ..... 4	
5. <i>¿Hay otro/a niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</i>  <input type="checkbox"/> <i>Si. ⇒ Mida y anote las medidas para el próximo niño/a.</i>  <input type="checkbox"/> <i>No. ⇒ Finalice la entrevista con este hogar agradeciendo a todos los participantes por su cooperación. Reúna todos los cuestionarios de este hogar y verifique que el número de identificación esté en la parte superior de cada página. Anote en la portada el número de entrevistas completas.</i>		