

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. ¿PUEDO COMENZAR AHORA? *Si el permiso es concedido, inicie la entrevista.*

INFORMACION DEL HOGAR																	
1. Número del conglomerado: _____	2a. Número selección de la vivienda: _____																
2. Número del hogar _____	Hogar: _____																
3. Día/Mes/Año de la entrevista: _____ / _____ / _____	4. Número del entrevistador/a: _____																
5. Nombre del jefe/a del hogar: _____																	
5ª. Dirección _____																	
6. Area: Urbana1 Rural2	7. Provincia: _____																
8. Material predominante de la vivienda: 8ª. Material predominante del piso: Estiércol.....01 Tierra/arena.....02 Tablas de madera..... 03 Palma/bamboó..... 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:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</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	10A. Electricidad?	1	2	10B. Radio?	1	2	10C. Televisión?	1	2	10D. Nevera?		
	Sí	No															
10A. Electricidad?	1	2															
10B. Radio?	1	2															
10C. Televisión?	1	2															
10D. Nevera?																	

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, EMPEZANDO CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR (Use la definición de miembros de hogar de la encuesta).
 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

				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. No de Línea	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	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																		
<p>Para ser aplicado al tutor o tutora de cada niño/a residente habitual del hogar de 5 a 14 años de edad Copie el número de línea de cada niño/a elegible de la lista de miembros del hogar. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TRABAJO QUE HAGAN LOS/AS NIÑO/AS DE ESTE HOGAR.</p>																		
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), ¿APROXIMADAMENTE 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 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), ¿APROXIMADAMENTE 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), ¿APROXIMADAMENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO ÉL/ELLA ESE TRABAJO?	
NO. LÍNEA	NOMBRE	SI			SI			SI		SI		SI		SI				
		PAG	NO PAG	NO	NO. HORAS	PAG	NO PAG	NO	SI	NO	NO. HORAS	SI	NO	NO. HORAS	SI	NO	NO. HORAS	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	
----		1	2	3	----	1	2	3	1	2	----	1	2	----	1	2	----	

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

MÓDULO DE AGUA Y SANEAMIENTO		
<i>Este módulo debe ser aplicado una sola vez por cada hogar visitado.</i>		
		<i>Para cada pregunta marque una sola respuesta.</i>
<i>Si da más de una respuesta, anote la fuente o servicio más corriente.</i>		
1. ¿CUAL ES LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER USADA POR LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?	Tubería dentro de la vivienda01 Tubería en el patio/parcela02 Llave pública03 Pozo con tubería /pozo con bomba.....04 Pozo protegido/cubierto05 Manantial protegido.....06 Agua lluvia.....07 Agua embotellada08 Pozo no protegido/descubierto09 Manantial no protegido10 Charca/estanque, río o arroyo11 Camión-tanque, vendedor12 Otro (<i>especifique</i>)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 con sistema de alcantarillado o pozo séptico 1 Letrina sanitaria..... 2 Letrina tradicional 3 Letrina expuesta.....4 Otro (<i>especifique</i>) 5 No tiene sanitario, usa matorral o campo6 No tiene sanitario, usa el río.....7	6⇒ P.6 7⇒ P.6
4. ¿ESTE SERVICIO SANITARIO ES INDIVIDUAL O COLECTIVO?	Individual1 Colectivo2	
5. ¿TIENE ESTE SERVICIO DENTRO DE LA VIVIENDA?	Sí, en la vivienda 1 No, fuera de la vivienda2 NS9	
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 (<i>especifique</i>)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 (<i>especifique</i>) 6	
SALUD		
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>	
MÓDULO DE YODACIÓN DE SAL		
<p>1. NOS GUSTARÍA VERIFICAR SI LA SAL QUE SE UTILIZA EN ESTE HOGAR ESTÁ YODADA . PUEDE 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. PUEDE 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

INFORMACIÓN DE LA MUJER		
<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	5. AUSENTE PERMANENTE	
2. RESPONDIDA PARCIALMENTE	6. Rechazada	
3. APLAZADA	7. Otra (Especifique).....	
4. Ausente temporal		
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⇒

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> ¿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⇒ MODULO ANTICONCEPTIVO</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. <i>Sume las respuestas de P. 4, 6, y 8.</i></p>	<p>Total..... _ _ _</p>	
<p>10. SÓLO PARA ESTAR SEGURA DE QUE TENGO LA INFORMACION CORRECTA: USTED HA TENIDO EN TOTAL (<i>número total</i>) HIJOS/HIJAS NACIDOS/AS VIVOS/AS DURANTE TODA SU VIDA. ¿ES ESTO CORRECTO?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ⇒ <i>Pase a P.11</i></p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ <i>Verifique las respuestas y haga las correcciones necesarias antes de continuar con P.11</i></p>		

<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)?</p>	<p>Fecha del último nacimiento Día/Mes/Año.....__/__/____</p>	
<p>12. <i>El último nacimiento/parto ocurrió durante el último año, es decir, desde (noviembre de 1999)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Si, nacido/a vivo/a en el último año. ⇒ PASE A MÓDULO DEL TOXOIDE TETÁNICO</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No tuvo nacido/a vivo/a en el último año. ⇒ PASE A MÓDULO DE ANTICONCEPCIÓN</i></p>		

No. del conglomerado ____ No. selec. Vivienda ____ Hogar ____ No. línea mujer ____

MÓDULO TOXOIDE TETÁNICO (TT)		
<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>	Si (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)?	Si 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?	Si 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? O:	Fecha de la última Dosis, Mes/Año..... / NS fecha..... 999999 O:	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		
<i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacido/a vivo/a en el año anterior a la fecha de la entrevista.</i>		
1. EN LOS DOS MESES DESPUÉS DE SU ÚLTIMO NACIMIENTO/PARTO, ¿RECIBIO USTED UNA DOSIS DE VITAMINA A COMO ÉSTA? <i>Muestre cápsulas o dispensador de 200,000 IU.</i>	Si 1 No 2 NS 9	
2. ¿VIÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL DE ESTE EMBARAZO? <i>Si 'SI': ¿A QUIÉN VIÓ USTED? ¿ALGUIEN MÁS? Indague por otro tipo de persona vista y circule todas las respuestas dadas.</i>	Profesional de la salud: Doctor/a 1 Enfermero/a 2 Partera 3 Otra persona Comadrona 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 Nadie 7	
2b. Si "SI": ¿Cuántos chequeos se hizo usted?	No. de chequeos.....__ __	
3. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ (ATENDIÓ) EN EL PARTO DE SU ÚLTIMO NIÑO/A (<i>o nombre</i>)? ¿ALGUIEN MÁS? <i>Indague por otro tipo de persona que la asistió en el parto y circule todas las respuestas dadas.</i>	Profesional de la salud: Doctor/a 1 Enfermero/a 2 Partera 3 Otra persona Comadrona 4 Parientes/amigos/as 5 Otro (<i>especifique</i>) 6 Nadie 7	
4. CUANDO SU ÚLTIMO/A HIJO/HIJA (<i>nombre</i>) 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 (<i>nombre</i>) CUANDO NACIÓ?	Si 1 No 2 NS 9	2⇒P.7 9⇒P.7
6. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i>	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 ____

MÓDULO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
<p>Haga P.1 a todas las mujeres de 12-49 años y siga las instrucciones de pase cuidadosamente. 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. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE OTRO TEMA –PLANIFICACIÓN FAMILIAR- Y SU SALUD REPRODUCTIVA. TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PROPORCIONE SE MANTENDRÁ EN ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD. USTED NUNCA SERA IDENTIFICADA POR LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS. ¿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. ¿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? <i>No insinúe o sugiera una respuesta 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 ___

MÓDULO DE VIH/SIDA		
<i>Este módulo es para ser aplicado a todas las mujeres de 12-49 años.</i>		
<i>Ver Instrucciones de la Entrevistadora para discusiones adicionales sobre estas preguntas.</i>		
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 ENFERM O/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. <i>¿Es la mujer una madre o tutora de niños/as menores de 5 años de edad?</i> <input type="checkbox"/> <i>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.</i> <input type="checkbox"/> <i>No. ⇒ CONTINUE CON P.19</i>		
19. <i>¿Vive en este hogar otra mujer elegible?</i> <input type="checkbox"/> <i>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.</i> <input type="checkbox"/> <i>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.</i>		

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)? <i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS? <i>Si la madre sabe la fecha exacta de nacimiento, también anote el día; de lo contrario, anote '99' para día.</i>	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año __ / __ / ____	
4. ¿TIENE (nombre) ACTA DE NACIMIENTO? ¿PUEDO VERLO? <i>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.</i>	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	

<p>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 JARDIN INFANTIL O GUARDERÍA, PREESCOLAR?</p>	<p>Si 1 No 2 NS..... 9</p>	<p>2⇒P. 10 9⇒P. 10</p>
<p>9. EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ (nombre) ?</p>	<p>No. de horas ___</p>	
TRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO		
<p>10. CUANDO SU NIÑO/A HACE ALGO INCORRECTO O SE PORTA MAL, ¿QUÉ HACE USTED REGULARMENTE?</p>	<p>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</p>	
<p>11. ¿Y ESTO QUE USTED HACE LE DA RESULTADO?</p>	<p>Si.....1 No.....2</p>	
<p>12. CUANDO SU NIÑO/A SE PORTA BIEN, ¿QUÉ HACE USTED REGULARMENTE?</p>	<p>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</p>	
<p>13. ¿Y ESTO QUE USTED HACE LE DA RESULTADO?</p>	<p>Si.....1 No.....2</p>	

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	2⇒PROX. MODULO 9⇒PROX. MODULO
	No 2	
	NS..... 9	
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>		Y N NS
3A. VITAMINAS, MINERALES SUPLEMENTARIOS O MEDICINA?	A. Suplementos vitamínicos 1 2 9	
3B. AGUA ?	B. Agua..... 1 2 9	
3C. AGUA AZUCARADA, AGUA CON SABOR, JUGOS DE FRUTAS, TE O INFUSIÓN?	C. Agua azucarada o jugos..... 1 2 9	
3D. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)?	D. SRO..... 1 2 9	
3E. LECHE FRESCA, EN POLVO O DE LATA, FÓRMULA PARA BEBÉS	E. Leche 1 2 9	
3F. ALGÚN OTRO LÍQUIDO?	F. Otros líquidos (<i>especifique</i>) 1 2 9	
3G. ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (PAPILLA/PURÉ/MANGÚ)?	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 A. Leche de seno 1 2 9 B. Papillas 1 2 9 C. Otros aceptables 1 2 9 D. Sobres de SRO 1 2 9 E. Otra leche 1 2 9 F. Agua con la comida 1 2 9 G. Agua sola 1 2 9 H. Líquidos no aceptables 1 2 9 I. Nada..... 1 2 9	1⇒P.5
3A. LECHE DEL SENO ? 3B. PAPILLA DE CEREAL O PAPILLA, PURÉ, MANGÚ HECHA DE VÍVERES O SOPA ? 3C. Otros líquidos caseros como (suero casero, agua de arroz, agua de coco, jugos naturales, yogurt)? 3D. SOBRES DE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)? 3E. OTRA LECHE O FÓRMULAS PARA BEBÉS? 3F. AGUA CON LA COMIDA DURANTE ALGUNOS MOMENTOS DEL DÍA? 3G. AGUA SOLA ? 3H. Otros líquidos como (refresco de botella, jugos de lata o cartón) 3I. NADA	Mucho menos o nada..... 1 Lo mismo (o algo menos)..... 2 Más 3 NS..... 9	
4. DURANTE LA ENFERMEDAD DE (<i>nombre</i>) ¿BEBIÓ ÉL/ELLA MUCHO MENOS, LO MISMO O MÁS LÍQUIDOS QUE LOS DE COSTUMBRE?	Nada 1 Mucho menos..... 2 Un poco menos..... 3 Lo mismo 4 Más 5 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>	Si 1 No 2 NS..... 9	2⇒P.11 9⇒P.11
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>Si 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>Si 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			2⇒P.8		
SI "SI", ¿ME PERMITE VERLA POR FAVOR?		Si, No Vista..... 2			3⇒P.8		
		No Tiene Tarjeta 3					
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 (RECIEN 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. SARAMPIÓN	SARAMP						
6A. HEPATITIS B1	HEPB1						
6B. HEPATITIS B2	HEPB2						
6C. HEPATITIS B RESFUERZO	HEPB R						
7. ADEMÁS DE LAS VACUNAS MARCADAS EN ESTA TARJETA (CARNET), ¿RECIBÍO (NOMBRE) ALGUNA OTRA VACUNA -INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA DE VACUNACION?		Si1 (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 SARAMPIÓN		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			2⇒P.16		
		No 2			9⇒P.16		
		NS..... 9					
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 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN : POLIO/SARAMPIÓN EN NOV-DIC. 1998 POLIO/SARAMPIÓN EN NOV-DIC. 1999	<p style="text-align: right;">S N NN. NS</p> <i>Campaña Nov. Dic. 1998</i>1 2 3 9 <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 ____

MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		
<p><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></p>		
Sexo del niño/a: Hombre.....1 Mujer.....2	Fecha entrevista (día ,mes año) _____	
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 (<i>especifique</i>) 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>		