



ECUADOR
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
(ENDEMAIN 1994)
CUESTIONARIO DEL HOGAR
IDENTIFICACION

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA		
REGION _____	REGION	┌┐
PROVINCIA _____	PROV	┌┌┌
CANTON _____	CANTON	┌┌┌
CIUDAD O PARROQUIA _____	PARROQ	┌┌┌
AREA: URBANA		1
RURAL		2
	AREA	

B. IDENTIFICACION MUESTRAL		
CUESTIONARIO N.º _____	CUES	
ZONA N.º _____	┌┌┌┌┌	ZONA
SECTOR N.º _____	┌┌┌	SECTOR
SEGMENTO N.º _____	┌┌┌┌┌	SEGMENT
VIVIENDA N.º _____	┌┌┌┌┌	VIVIENDA

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Recinto/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote N.º _____ Piso N.º: _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR: _____

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
Número de la visita	1	2	3	VISITNO
Código de la entrevistadora	┌┌	┌┌	┌┌	ENTCOD
Fecha visita	Día	┌┌	Día	┌┌
	Mes	┌┌	Mes	┌┌
Hora inicial de la entrevista	Hora	┌┌	Hora	┌┌
	Min.	┌┌	Min.	┌┌
Resultado (*)	┌┌	┌┌	┌┌	RESULT
(*) Código de Resultado	Entrevista completa	1	Rechazo de MEF	5
	MEF ausente	2	Vivienda desocupada	6
	Moradores ausentes	3	No hay MEF	7
	Rechazo de vivienda	4	Otro _____	8
			(Especifique)	

D. OBSERVACIONES: _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Criticado	┌┌	┌┌	┌┌
Codificado	┌┌	┌┌	┌┌
Digitado	┌┌	┌┌	┌┌
Verificado	┌┌	┌┌	┌┌

I. SELECCION DE LA MUJER ENTREVISTADA

100	¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?	N.º. TOTAL DE VARONES <input type="text"/> <input type="text"/> P100VARO
		N.º. TOTAL DE MUJERES <input type="text"/> <input type="text"/> P100HEMB
		N.º. TOTAL DE PERSONAS <input type="text"/> <input type="text"/> P100PERS

- LEA: *Por favor, Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en este hogar, empezando con la de más edad?*
 - SI NO HAY MEF, ANOTE 00 EN 102 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
 - SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

101 Linea de MEF	Nombre de la Mujer en Edad Fértil (MEF)	EDAD (Años cumplidos)	ESTADO CIVIL O CONYUGAL	NIVEL Y GRADO DE INSTRUCCION APROBADO	
			UNIDA.....1 CASADA.....2 VIUDA.....3 SEPARADA.....4 DIVORCIADA.....5 SOLTERA.....6 NO SABE.....9	NIVEL	GRADO
1.		P100ED1	P100EC1	P100NIV1	: P100GRA1
2.		P100ED2	P100EC2	P100NIV2	: P100GRA2
3.		P100ED3	P100EC3	P100NIV3	: P100GRA3
4.		P100ED4	P100EC4	P100NIV4	: P100GRA4
5.		P100ED5	P100EC5	P100NIV5	: P100GRA5
6.		P100ED6	P100EC6	P100NIV6	: P100GRA6
7.		P100ED7	P100EC7	P100NIV7	: P100GRA7
8.		P100ED8	P100EC8	P100NIV8	: P100GRA8

102	¿Entonces, en esta casa viven en total mujeres de 15 a 49 años de edad?	N.º. DE MEF <input type="text"/> <input type="text"/> P102
		SI ES 00 PONER CODIGO 7 EN RESULTADO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR

ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	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

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA _____
N.º. DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA <input type="text"/> <input type="text"/> MEFSSEL



ECUADOR
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
(ENDEMAIN 1994)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACION

IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL

CUESTIONARIO N.º.	<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"/>
LINEA MEF N.º.	<input type="text"/>	<input type="text"/> LINEA
PROVINCIA:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> PROVI
CANTON:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> CANTONI
CIUDAD O PARROQUIA:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> CIUDADI
ZONA N.º.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> ZONAI
SECTOR N.º.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> SECTORI
SEGMENTO N.º.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> SEGMENTI
VIVIENDA N.º.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> VIVIENDI

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Recinto/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote N.º. ____ Piso N.º. ____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES:

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
207	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> P207NIV NIVEL GRADO P207GRA </div> <p>NINGUNO 0 0</p> <p>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</p> <p>SECUNDARIO 2 1 2 3 4 5 6</p> <p>SUPERIOR 3 1 2 3 4 5 6+</p> <p>CENTRO DE ALFABETIZACION 4 1 2 3 4</p>	
208	¿Es Ud. afiliada o beneficiaria del Seguro Social o Seguro Social Campesino?	<p>AFILIADA:</p> <p>- IESS 1</p> <p>- SSC 2</p> <p>BENEFICIARIA:</p> <p>- IESS 3</p> <p>- SSC 4</p> <p>NO AFILIADA/BENEFICIARIA..... 5</p>	P208AFIL
209	¿Tiene Ud. acceso a algún plan de Seguro Privado de Salud (que no sea Seguro Social)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>	P209SPRI
210	¿Trabaja Ud. actualmente por dinero u otra forma de pago, aunque sea en forma ocasional o ayudando sin remuneración en un negocio propio o de un familiar?	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2----</p>	P210TRAB -> 300
211	¿Trabaja fuera o dentro del hogar?	<p>FUERA DEL HOGAR 1</p> <p>DENTRO DEL HOGAR 2</p>	P211TRAB

III. HISTORIA DE NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud. haya tenido durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
300	¿Actualmente está Ud. embarazada?	SI..... 1 NO .....2---- NO SABE .....9----	P300EMB 1 ↳ 303
301	En este embarazo, ¿Quería Ud. quedar embarazada <u>entonces</u> , quería <u>esperar más tiempo</u> o <u>no quería el embarazo</u> ?	QUERIA ENTONCES.....1---- ESPERAR MAS TIEMPO 2 NO QUERIA .....3----	→ 304 P301DES → 304
302	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES .....1 |_|_| AÑOS .....2 |_|_| NO SABE .....9 98----	P302TIE } 304
303	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	SI..... 1---- NO .....2----	→ 306 → 500 P303EMB
304	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES ..... |_|_|	P304MES
305	¿Es su primer embarazo?	SI.....1----- NO .....2	→ 500 P305PEM
306	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA |_|_| B. HIJAS EN CASA |_|_| C. TOTAL HIJOS EN CASA |_|_| (SI NO TIENE ANOTE 00)	P306A P306B P306C
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA |_|_| B. HIJAS FUERA DE CASA |_|_| C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA |_|_| (SI NO TIENE ANOTE 00)	P307A P307B P307C
308	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI..... 1 NO .....2----	P308HMU →310
309	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON |_|_| B. HIJAS QUE MURIERON |_|_| C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON |_|_| (SI NO TIENE ANOTE 00)	P309A P309B P309C

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
310	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?	SI .....1 NO .....2-----	P310MOR -> 313
311	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	No. DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input type="checkbox"/>	P311MOR
312	¿Presentó el(los) niño(s) algunos signos de vida, por ejemplo, respiró o lloró?	SI .....1 NO .....2	P312SIG
<p>SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 308, 309, 310 Y 311. EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s).</p>			
313	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes (abortos)?	SI .....1 NO .....2-----	P313ABO -> 315
314	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud. antes de completar el sexto mes de embarazo?	N1 DE PERDIDAS <input type="checkbox"/>	P314PER
315	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 306C, 307C, 309C, 311 Y 314</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total embarazos?</p> <p>SI EL TOTAL COINCIDE CON EL NUMERO DE EMBARAZOS, CONTINUE CON 316.</p> <p>SI NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "PARTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE</p>	<p>300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTA EMBARAZADA MARQUE 0 AQUI) <input type="checkbox"/> P315A</p> <p>306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="checkbox"/> P315B</p> <p>307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> P315C</p> <p>309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> P315D</p> <p>311. MORTINATOS <input type="checkbox"/> P315E</p> <p>314. PERDIDAS <input type="checkbox"/> P315F</p> <hr/> <p>SUMA TOTAL <input type="checkbox"/> P315G</p> <p>NUMERO DE PARTOS MULTIPLES <input type="checkbox"/> P315H</p>	
316	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 306C, 307C Y 309C</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos?</p>	<p>306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="checkbox"/> P316A</p> <p>307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="checkbox"/> P316B</p> <p>309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="checkbox"/> P316C</p> <p>SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> P316D</p> <p>SI ES 00 PASE A 500</p>	

Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)

- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE

- EN COLUMNA f., ANOTE DIAS SI LA EDAD ES < DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES > O = 1 MES Y < 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES > O = 2 AÑOS

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. ----- ULTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE .....1 SEXH1 MUJER .....2	DIA DNAC1 <input type="text"/> MES MNAC1 <input type="text"/> AÑO ANAC1 <input type="text"/>	SI.....1--> VIVO1 NO.....2 v Pasa a col. e	EDAH1 PASE A SIG. NIÑO	MES..... MFALL1 AÑO..... AFALL1	DIAS..... 1 EDMUR1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
02. ----- PENULTIMO	HOMBRE .....1 SEXH2 MUJER .....2	DIA DNAC2 <input type="text"/> MES MNAC2 <input type="text"/> AÑO ANAC2 <input type="text"/>	SI.....1--> VIVO2 NO.....2 v Pasa a col. e	EDAH2 PASE A SIG. NIÑO	MES..... MFALL2 AÑO..... AFALL2	DIAS..... 1 EDMUR2 MESES..... 2 AÑOS..... 3
03. ----- ANTEPENULTIMO	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	..... PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO.....	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
04. ----- CUARTO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	..... PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO.....	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
05. ----- QUINTO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	..... PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO.....	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
06. ----- SEXTO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	..... PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO.....	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
07. ----- SEPTIMO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	..... PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO.....	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3
08. ----- OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 SEXH8 MUJER .....2	DIA DNAC8 <input type="text"/> MES MNAC8 <input type="text"/> AÑO ANAC8 <input type="text"/>	SI.....1--> VIVO8 NO.....2 v Pasa a col. e	EDAH8 PASE A SIG. NIÑO	MES..... MFALL8 AÑO..... AFALL8	DIAS..... 1 EDMUR8 MESES..... 2 AÑOS..... 3

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
09. ----- NOVENO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
10. ----- DECIMO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
11. ----- ONCEAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
12. ----- DOCEAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
13. ----- TRECEAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. ----- CATORCEAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
15. ----- QUINCEAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
16. ----- DIECISEISAVO ANTERIOR	HOMBRE .....1 MUJER .....2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1--> NO.....2 v Pasa a col. e	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 400	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
400	VEA EN 317 b. SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE ENERO DE 1989	ANTES DE ENERO DE 1989 1----- A PARTIR DE ENERO DE 1989..... 2	-> 500 P400F
401	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____		
402	¿Durante el parto de (NOMBRE) o después del parto, fue operada para no tener más hijos?	SI, DURANTE EL PARTO 1 SI, DESPUES DEL PARTO..... 2 NO 3	P402OPE
403	¿Le dió el seno a (NOMBRE) ?	SI..... 1----- NO 2	-> 405 P403SEN
404 (*)	¿Porqué no le dió el seno a (NOMBRE) ?	MADRE NO QUERIA..... 1 NIÑO MURIO 2----- NIÑO SE ENFERMO 3 NO TENIA LECHE 4 LA MADRE ENFERMO 5 PEZON INVERTIDO O LESIONES 6 OTRO _____ 7 (Especifique)	-> 415 P404A P404B P404C P404D P404E P404F P404G

PASE A 413

405	¿A qué tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el seno?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> DIAS 3 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	P405TIE
406	VEA EN 317 c. SI (NOMBRE) SE MURIO	VIVO 1 MUERTO..... 2-----	-> 408 P406F
407	¿Está dándole el seno actualmente?	SI..... 1----- NO 2	-> 410 P407SEN

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
408 (*)	¿Porqué dejó de darle el seno?	NIÑO SE ENFERMO DE DIARREA..... P408A 1 NIÑO SE ENFERMO POR OTRA CAUSA..... P408B 2 NIÑO FALLECIO..... P408C 3 NIÑO NO QUERIA..... P408D 4 POCA LECHE..... P408E 5 SALIA A TRABAJAR/ESTUDIAR..... P408F 6 ERA INCONVENIENTE..... P408G 7 LA MADRE ENFERMO..... P408H 8 SENOS DOLOROSOS..... P408I 9 FIN DEL DESTETE..... P408J 10 QUEDO EMBARAZADA..... P408K 11 EMPEZO A UTILIZAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS..... P408L 12 OTRA..... P408L 13 (Especifique)	
409	¿Hasta qué edad le dió el seno a (NOMBRE)?	DIAS DE EDAD..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES DE EDAD..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P409TIE
ENTREVISTADORA: VEA 406 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO		VIVO..... 1---- MUERTO..... 2----	->413 FILTROV ->415
410	Durante las últimas 24 horas y durante el día, ¿Cuál fue el <u>mayor intervalo</u> de tiempo (en horas) entre lactadas de (NOMBRE)?	N1 DE HORAS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P410HOR
411	¿Extrae su leche para darle a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	P411EXT
412	¿Se separa de su hijo más de 6 horas?	SIEMPRE..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 RARA VEZ..... 3 NUNCA..... 4	P412SEP
413	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente? LEALE UNA A UNA	N1 DE VECES a. AGUA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. LECHE DE VACA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. LECHE DE TARRO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. OTROS LIQUIDOS, JUGOS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. COMIDA SOLIDA O ESPESA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P413A P413B P413C P413D P413E
414 (*)	Durante las últimas 24 horas, ¿Cómo alimentó a (NOMBRE)?	BIBERON..... 1 CUCHARITA..... 2 GOTERO..... 3 SENO MATERNO..... 4	P414A P414B P414C P414D
415	¿Ha recibido consejos sobre los beneficios de la lactancia materna?	SI..... 1 NO..... 2----	-> 417 P415CONS
416	¿Quién le ha dado esos consejos?	FAMILIARES..... 1 AMIGAS/VECINAS..... 2 PERSONAL DE SALUD..... 3 MEDIOS DE COMUNICACION..... 4	P416QUI
417	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO LE HA VUELTO AUN..... 97	P417REG
418	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO HA VUELTO A TENER..... 97	P418RSEX
419	VEA 317 b. CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989	<input type="checkbox"/>	P419F

VEA 317 Y ANOTE EN PREGUNTAS 420 Y 421 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989, AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
420 NOMBRE (VEA 317, COL. b.)					
421 ESTA VIVO (VEA 317, COL. c.)	SI <input type="checkbox"/> P421_1 1 NO.....2	SI <input type="checkbox"/> P421_2 1 NO.....2	SI <input type="checkbox"/> P421_3 1 NO.....2	SI <input type="checkbox"/> P421_4 1 NO.....2	SI <input type="checkbox"/> P421_5 1 NO.....2
422 En la época en la que quedó embarazada de(NOMBRE), ¿Quería Ud.tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERIA ENTONCES.....1->424 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA <input type="checkbox"/> P422_1 3->424 MAS HIJOS	QUERIA ENTONCES.....1->424 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA <input type="checkbox"/> P422_2 3->424 MAS HIJOS	QUERIA ENTONCES.....1->424 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA <input type="checkbox"/> P422_3 3->424 MAS HIJOS	QUERIA ENTONCES.....1->424 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA <input type="checkbox"/> P422_4 3->424 MAS HIJOS	QUERIA ENTONCES.....1->424 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA <input type="checkbox"/> P422_5 3->424 MAS HIJOS
423 ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES <input type="checkbox"/> P423_1 1 <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> NO SABE.....9 98				
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI <input type="checkbox"/> P424_1 1 NO.....2->429	SI <input type="checkbox"/> P424_2 1 NO.....2->429	SI <input type="checkbox"/> P424_3 1 NO.....2->429	SI <input type="checkbox"/> P424_4 1 NO.....2->429	SI <input type="checkbox"/> P424_5 1 NO.....2->429
425 ¿Dónde se hizo el control? HOSPITAL/MATERNIDAD MSP .....1 CENTROS DE SALUD/SIMILARES MSP .....2 HOSPITAL/CLIN./DISP. DEL IESS.....3 SEGURO SOCIAL CAMPESINO.....4 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA .....5 JUNTA DE BENEFICENCIA.....6 PATRONATO SAN JOSE.....7 APROFE .....8 CEMOPLAF.....9 COF .....10 CLINICA/MEDICO PRIVADO .....11 PARTERA .....12 OTRO.....13 NO SABE/NO RESPONDE.....98	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> P425_1] > 427	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> P425_2] > 427	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> P425_3] > 427	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> P425_4] > 427	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> P425_5] > 427
426 ¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde se hizo el control?	<input type="checkbox"/> P426_1N NOMBRE <input type="checkbox"/> P426_1 LUGAR NS/NR.....98	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
427 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	<input type="checkbox"/> P427_1 MESES..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P427_2 MESES..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P427_3 MESES..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P427_4 MESES..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P427_5 MESES..... <input type="checkbox"/>
428 ¿En total, cuántos controles tuvo?	N1 DE <input type="checkbox"/> P428_1 CONTROLES..... <input type="checkbox"/>	N1 DE <input type="checkbox"/> P428_2 CONTROLES..... <input type="checkbox"/>	N1 DE <input type="checkbox"/> P428_3 CONTROLES..... <input type="checkbox"/>	N1 DE <input type="checkbox"/> P428_4 CONTROLES..... <input type="checkbox"/>	N1 DE <input type="checkbox"/> P428_5 CONTROLES..... <input type="checkbox"/>
429 Durante este embarazo, ¿Le vacunaron a Ud. contra el tétano (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)?	SI <input type="checkbox"/> P429_1 1 NO.....2 NR.....9	SI <input type="checkbox"/> P429_2 1 NO.....2 NR.....9	SI <input type="checkbox"/> P429_3 1 NO.....2 NR.....9	SI <input type="checkbox"/> P429_4 1 NO.....2 NR.....9	SI <input type="checkbox"/> P429_5 1 NO.....2 NR.....9

<p>430 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)?</p> <p>HOSPITAL/MATERNIDAD MSP .....1 CENTROS DE SALUD/SIMILARES MSP .....2 HOSPITAL/CLIN./DISP. DEL IESS .....3 SEGURO SOCIAL CAMPESINO .....4 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA .....5 JUNTA DE BENEFICENCIA .....6 PATRONATO SAN JOSE .....7 CLINICA/MEDICO PRIVADO .....8 EN CASA CON PARTERA CAPACITADA .....9 EN CASA CON PARTERA NO CAPACITADA .....10 EN CASA CON FAMILIARES .....11 PARTO SOLA .....12 OTRO .....13 NO SABE/NO RECUERDA .....98</p>	<p style="text-align: center;">Código</p> <p style="text-align: center;">P430_1</p> <p style="text-align: right;">→ 432</p>	<p style="text-align: center;">Código</p> <p style="text-align: center;">P430_2</p> <p style="text-align: right;">→ 432</p>	<p style="text-align: center;">Código</p> <p style="text-align: center;">P430_3</p> <p style="text-align: right;">→ 432</p>	<p style="text-align: center;">Código</p> <p style="text-align: center;">P430_4</p> <p style="text-align: right;">→ 432</p>	<p style="text-align: center;">Código</p> <p style="text-align: center;">P430_5</p> <p style="text-align: right;">→ 432</p>
<p>430A ¿Qué profesional le atendió?</p>	<p>MEDICO .....1 OBSTETRIZ .....2 ENFERMERA .....3 AUX.ENFERMERIA .....4 OTRO .....5 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P430_1A</p>	<p>MEDICO .....1 OBSTETRIZ .....2 ENFERMERA .....3 AUX.ENFERMERIA .....4 OTRO .....5 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P430_2A</p>	<p>MEDICO .....1 OBSTETRIZ .....2 ENFERMERA .....3 AUX.ENFERMERIA .....4 OTRO .....5 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P430_3A</p>	<p>MEDICO .....1 OBSTETRIZ .....2 ENFERMERA .....3 AUX.ENFERMERIA .....4 OTRO .....5 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P430_4A</p>	<p>MEDICO .....1 OBSTETRIZ .....2 ENFERMERA .....3 AUX.ENFERMERIA .....4 OTRO .....5 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P430_5A</p>
<p>431 ¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde tuvo su último parto?</p>	<p style="text-align: center;">P431_1N</p> <p>NOMBRE</p> <p style="text-align: center;">P431_1L</p> <p>LUGAR</p> <p>NS/NR .....98</p>				
<p>432 ¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea?</p>	<p>VAGINAL .....1 CESAREA .....2</p> <p style="text-align: center;">P432_1</p>	<p>VAGINAL .....1 CESAREA .....2</p> <p style="text-align: center;">P432_2</p>	<p>VAGINAL .....1 CESAREA .....2</p> <p style="text-align: center;">P432_3</p>	<p>VAGINAL .....1 CESAREA .....2</p> <p style="text-align: center;">P432_4</p>	<p>VAGINAL .....1 CESAREA .....2</p> <p style="text-align: center;">P432_5</p>
<p>433 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (premature, sietemesino)?</p>	<p>A TIEMPO .....1-> 435 PREMATURO .....2 NO SABE .....9-> 435</p> <p style="text-align: center;">P433_1</p>	<p>A TIEMPO .....1-> 435 PREMATURO .....2 NO SABE .....9-> 435</p> <p style="text-align: center;">P433_2</p>	<p>A TIEMPO .....1-> 435 PREMATURO .....2 NO SABE .....9-> 435</p> <p style="text-align: center;">P433_3</p>	<p>A TIEMPO .....1-> 435 PREMATURO .....2 NO SABE .....9-> 435</p> <p style="text-align: center;">P433_4</p>	<p>A TIEMPO .....1-> 435 PREMATURO .....2 NO SABE .....9-> 435</p> <p style="text-align: center;">P433_5</p>
<p>434 ¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?</p>	<p>SEMANAS NO RECUERDA .....98</p> <p style="text-align: center;">P434_1</p>	<p>SEMANAS NO RECUERDA .....98</p> <p style="text-align: center;">P434_2</p>	<p>SEMANAS NO RECUERDA .....98</p> <p style="text-align: center;">P434_3</p>	<p>SEMANAS NO RECUERDA .....98</p> <p style="text-align: center;">P434_4</p>	<p>SEMANAS NO RECUERDA .....98</p> <p style="text-align: center;">P434_5</p>
<p>435 ¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?</p>	<p>SI .....1 NO .....2-> 437</p> <p style="text-align: center;">P435_1</p>	<p>SI .....1 NO .....2-> 437</p> <p style="text-align: center;">P435_2</p>	<p>SI .....1 NO .....2-> 437</p> <p style="text-align: center;">P435_3</p>	<p>SI .....1 NO .....2-> 437</p> <p style="text-align: center;">P435_4</p>	<p>SI .....1 NO .....2-> 437</p> <p style="text-align: center;">P435_5</p>
<p>436 ¿Cuánto pesó (NOMBRE)?</p>	<p style="text-align: center;">-> PASE A 437</p> <p>P436_1L P436_1O (lbs.) (onz.) NS.. 98</p>	<p style="text-align: center;">-> PASE A 437</p> <p>P436_2L P436_2O (lbs.) (onz.) NS.. 98</p>	<p style="text-align: center;">-> PASE A 437</p> <p>P436_3L P436_3O (lbs.) (onz.) NS.. 98</p>	<p style="text-align: center;">-> PASE A 437</p> <p>P436_4L P436_4O (lbs.) (onz.) NS.. 98</p>	<p style="text-align: center;">-> PASE A 437</p> <p>P436_5L P436_5O (lbs.) (onz.) NS.. 98</p>
<p>436A ¿Pesó menos de 5.5 libras?</p>	<p>SI .....1 NO .....2</p> <p style="text-align: center;">P436A_1</p>	<p>SI .....1 NO .....2</p> <p style="text-align: center;">P436A_2</p>	<p>SI .....1 NO .....2</p> <p style="text-align: center;">P436A_3</p>	<p>SI .....1 NO .....2</p> <p style="text-align: center;">P436A_4</p>	<p>SI .....1 NO .....2</p> <p style="text-align: center;">P436A_5</p>
<p>437 En comparación con otros niños recién nacidos, ¿Cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era muy pequeño, pequeño, mediano o grande?</p>	<p>MUY PEQUEÑO .....1 PEQUEÑO .....2 NORMAL O GRANDE .....3 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P437_1</p>	<p>MUY PEQUEÑO .....1 PEQUEÑO .....2 NORMAL O GRANDE .....3 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P437_2</p>	<p>MUY PEQUEÑO .....1 PEQUEÑO .....2 NORMAL O GRANDE .....3 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P437_3</p>	<p>MUY PEQUEÑO .....1 PEQUEÑO .....2 NORMAL O GRANDE .....3 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P437_4</p>	<p>MUY PEQUEÑO .....1 PEQUEÑO .....2 NORMAL O GRANDE .....3 NO SABE .....9</p> <p style="text-align: center;">P437_5</p>
<p>438 ¿Le dió seno a (NOMBRE)?</p>		<p>SI .....1 NO .....2->440</p> <p style="text-align: center;">P438_2</p>	<p>SI .....1 NO .....2->440</p> <p style="text-align: center;">P438_3</p>	<p>SI .....1 NO .....2->440</p> <p style="text-align: center;">P438_4</p>	<p>SI .....1 NO .....2->440</p> <p style="text-align: center;">P438_5</p>
<p>439 ¿Hasta qué edad le dió el seno a (NOMBRE)?</p>		<p>DIAS .....1 MESES .....2</p> <p style="text-align: center;">P439_2</p>	<p>DIAS .....1 MESES .....2</p> <p style="text-align: center;">P439_3</p>	<p>DIAS .....1 MESES .....2</p> <p style="text-align: center;">P439_4</p>	<p>DIAS .....1 MESES .....2</p> <p style="text-align: center;">P439_5</p>

ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1989 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGUN DATOS DE PREGUNTAS 420 Y 421

<u>ORDEN</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>ESTA VIVO</u>	
		SI	NO
ULTIMO 1 _____		1	2
PENULTIMO 2 _____		1	2
TERCERO ANTERIOR3 _____		1	2
CUARTO ANTERIOR4 _____		1	2
QUINTO ANTERIOR5 _____		1	2

CUADRO PARA SELECCION DEL NIÑO A INVESTIGAR

PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
440	A. NUMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: _____ B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____ C. ¿ESTA VIVO? SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> P440NRO <input type="checkbox"/> P440VIV	
441	Hablando de (NOMBRE) , ¿Tuvo Ud. algún control después del parto?	SI..... 1 NO 2-----	P441CON -> 445
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control?	DIAS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P442CON

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
443	¿Dónde tuvo ese control?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA. 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA/MEDICO PRIVADO 9--- PARTERA 10--- OTRO 11--- (Especifique) NO RECUERDA 98---	P443DON } > 445
444	¿Cuál es el nombre del establecimiento y del lugar donde se hizo el control?	NOMBRE: _____ L L L LUGAR: _____ L L L NO RECUERDA 98	P444NOM P444LUG
445	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI..... 1 NO 2----	P445CON -> 450
446	¿A qué tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez?	DIAS 1 L L L SEMANAS..... 2 L L L MESES 3 L L L	P446TIE
447	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P447SANO
448	¿A dónde le llevó al control?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA. 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 CLINICA/MEDICO PRIVADO 9--- PARTERA 10--- OTRO 11--- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98---	P448DON } > 450
449	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le llevó al control?	NOMBRE: _____ L L L LUGAR: _____ L L L NO RECUERDA 98	P449NOM P449LUG
450	VEA 440C: ¿ESTA VIVO (NOMBRE)?	SI..... 1 NO 2----	P450F -> 500
451	¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente?	SI..... 1 NO 2----	P451 -> 500

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
452	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas (INCLUYENDO ESTE DIA)?	SI..... 1 NO .....2----- NO SABE .....9-----	P452DIA J-> 463
453	¿Cuántos días le duró la diarrea?	DIAS L L L MENOS DE UN DIA..... 00	P453TIE
454	¿Todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO .....2 NO SABE .....9	P454DIA
455	¿Cuántos asientos líquidos hacía en un período de 24 horas?	No. DE ASIENTOS L L L NO SABE/NO RECUERDA..... 98	P455NRO
456	Durante la diarrea, ¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias?: LEALE UNO A UNO	SI NO NS/NR a. MOCO Y/O SANGRE..... 1 2 9 b. PIEL RESECA Y/O ARRUGADA..... 1 2 9 c. OJOS HUNDIDOS Y SIN LAGRIMAS..... 1 2 9 d. MOLLERA HUNDIDA (< 1 año)..... 1 2 9 e. LABIOS SECOS..... 1 2 9 f. VOMITOS 1 2 9	P456A P456B P546C P456D P456E P456F
457	¿Hizo Ud. algo para aliviarle?	SI..... 1 NO .....2-----	P457ALGO -> 459
458	¿Qué tratamiento recibió el niño? NO LEA, PERO INDAGUE:	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS 1 2 9 b. ANTIDIARREICOS 1 2 9 c. REMEDIOS CASEROS 1 2 9 d. AGUITAS CASERAS 1 2 9 e. SUERO ORAL 1 2 9 f. MEDICINA TRADICIONAL 1 2 9 g. TRATAMIENTO ENDOVENOSO(Sueros) 1 2 9 h. HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS 1 2 9 i. OTROS TRATAMIENTOS 1 2 9	P458A P458B P548C P458D ->460 P458E P458F P458G P458H P458I
459	¿Porqué no hizo nada para aliviarle?	NO LO CONSIDERO NECESARIO 1 DEMASIADO LEJOS 2 SERVICIOS MALOS 3 POR DESCUIDO 4 FALTA DE DINERO..... 5 DEMASIADO OCUPADA 6 FALTA DE TRANSPORTE 7 NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS..... 8 MARIDO/PARIENTES NO LE PERMITIERON..... 9 OTRO 10 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	P459ALIV
460	¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?	SI..... 1 NO 2	P460MED
461	Durante la diarrea, ¿Le dió de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS..... 2 MISMA CANTIDAD 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P461LIQ
462	Durante la diarrea ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME..... 4 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P462SOL

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
463	¿En las últimas dos semanas ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias?: LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. NARIZ TAPADA/MOCO LIQUIDO 1 2 9 b. TOS 1 2 9 c. FIEBRE O CALENTURA ALTA 1 2 9 d. DOLOR DE GARGANTA..... 1 2 9 e. RONQUERA 1 2 9 f. DIFICULTAD PARA TRAGAR O ALIMENTARSE 1 2 9 g. DOLOR DE OIDOS O SECRESIONES DEL OIDO 1 2 9 h. RESPIRACION RAPIDA..... 1 2 9 i. RESPIRACION DIFICIL 1 2 9 j. PECHO HUNDIDO..... 1 2 9 k. LABIOS AZULES O MORADOS..... 1 2 9	P463A P463B P563C P463D P463E P463F P463G P463H P463I P463J P463K

**SI TODAS LAS RESPUESTAS EN PREGUNTA 463 TIENEN CODIGO 2 ó 9,
PASE A PREGUNTA 470**

464	¿Cuántos días estuvo enfermo?	No. DE DIAS <input type="text"/> MENOS DE UN DIA 00 MAS DE UN MES 33 NO RECUERDA 98	P464DIA
465	¿Todavía tiene alguno de estos síntomas?	SI 1 NO 2 NO SABE 9	P465SINT
466	¿Hizo algo para aliviarle?	SI 1 NO 2	P466ALIV -> 468
467	¿Qué tratamiento recibió el niño? : LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS..... 1 2 9 b. ASPIRINA/ANTIFEBRILES 1 2 9 c. ANTIGRIPALES/EXPECT./MUCOLITOS 1 2 9 d. REMEDIOS CASEROS 1 2 9 e. LE HOSPITALIZARON 1 2 9 f. OTRO 1 2 9 (Especifique)	P467A P467B P567C P467D P467E P467F → 469
468	¿Porqué no hizo nada para aliviarle?	NO LO CONSIDERO NECESARIO 1 DEMASIADO LEJOS 2 SERVICIOS MALOS 3 POR DESCUIDO 4 FALTA DE DINERO 5 DEMASIADO OCUPADA 6 FALTA DE TRANSPORTE 7 NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS..... 8 MARIDO/PARIENTES NO LE PERMITIERON 9 OTRO 10 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98	P468ALIV
469	¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?	SI 1 NO 2	P469MED

473 ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (VACUNA/DOSIS) A (NOMBRE)?. SI NO HAY CARNET DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

	SEGUN CARNET				SEGUN MADRE			
	TIENE DOSIS		MES Y AÑO		¿TIENE LA VACUNA?			
	SI	NO			SI	NO	NS/NR	
- BCG	BCGCAR	1 2	BCGMES	/	BCGANO	1 2 9	BCGMAM	
- BCG (REFUERZO)	BCGRCAR	1 2	BCGRMES	/	BCGRANO	1 2 9	BCGRMAM	
- DPT - 1	DPT1CAR	1 2	DPT1MES	/	DPT1ANO	1 2 9	DPT1MAM	
- DPT - 2	DPT2CAR	1 2	DPT2MES	/	DPT2ANO	1 2 9	DPT2MAM	
- DPT - 3	DPT3CAR	1 2	DPT3MES	/	DPT3ANO	1 2 9	DPT3MAM	
- DPT (REFUERZO)	DPTRCAR	1 2	DPTRMES	/	DPTRANO	1 2 9	DPTRMAM	
- POLIO - 1	POL1CAR	1 2	POL1MES	/	POL1ANO	1 2 9	POL1MAM	
- POLIO - 2	POL2CAR	1 2	POL2MES	/	POL2ANO	1 2 9	POL2MAM	
- POLIO - 3	POL3CAR	1 2	POL3MES	/	POL3ANO	1 2 9	POL3MAM	
- POLIO (REFUERZO)	POLRCAR	1 2	POLRMES	/	POLRANO	1 2 9	POLRMAM	
- SARAMPION	SARCAR	1 2	SARMES	/	SARANO	1 2 9	SARMAM	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
474	¿Puedo verle el brazo derecho a (NOMBRE)? OBSERVE SI HAY O NO CICATRIZ	HAY CICATRIZ .....1 NO HAY CICATRIZ .....2 NO SE DISTINGUE .....3 SE OPONE LA MADRE .....4 NIÑO AUSENTE .....5 NIÑO NO QUIZO .....6	P474BRAZ
475	¿El niño tiene menos de un año?	SI .....1---- NO .....2	→ 500 P4751ANO
476	ENTREVISTADORA: VEA EN 473 SI EL NIÑO HA TENIDO TODAS LAS DOSIS DE CADA VACUNA	SI .....1---- NO .....2	→ 500 P476F
477	¿Porqué no ha cumplido con todo el esquema de vacunación?	DESCUIDO .....1 NO LE INDICO EL PERSONAL DE SALUD .....2 NIÑO SE ENFERMO .....3 TUVO REACCIONES ADVERSAS .....4 OTRA .....5 (Especifique) NO RESPONDE .....9	P477

V. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION

METODO	500 Conoce o ha oído hablar de..? (SI NO HA OÍDO, PASE A SIGUIENTE METODO)		501 Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE METODO)		502 Usa actualmente? (últimos 30 días)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1 Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2	<input type="checkbox"/> P500PIL	<input type="checkbox"/> P501PIL	1	2	<input type="checkbox"/> P502PIL
2 DIU, espiral o T de Cobre	1	2	<input type="checkbox"/> P500DIU	<input type="checkbox"/> P501DIU	1	2	<input type="checkbox"/> P502DIU
3 Condón o preservativo	1	2	<input type="checkbox"/> P500CON	<input type="checkbox"/> P501CON	1	2	<input type="checkbox"/> P502CON
4 Inyección anticonceptiva	1	2	<input type="checkbox"/> P500INY	<input type="checkbox"/> P501INY	1	2	<input type="checkbox"/> P502INY
5 Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/ovulos/ tabletas)	1	2	<input type="checkbox"/> P500VAG	<input type="checkbox"/> P501VAG	1	2	<input type="checkbox"/> P502VAG
6 NORPLANT o implante	1	2	<input type="checkbox"/> P500NOR	<input type="checkbox"/> P501NOR	1	2	<input type="checkbox"/> P502NOR
7 Esterilización femenina o ligadura	1	2	<input type="checkbox"/> P500FEM	<input type="checkbox"/> P501FEM	1	2	<input type="checkbox"/> P502FEM
8 Vasectomía o esterilización masculina	1	2	<input type="checkbox"/> P500MAS	<input type="checkbox"/> P501MAS	1	2	<input type="checkbox"/> P502MAS
9 Métodos Billings o moco cervical	1	2	<input type="checkbox"/> P500BIL	<input type="checkbox"/> P501BIL	1	2	<input type="checkbox"/> P502BIL
10 Ritmo, calendario o control de la temperatura	1	2	<input type="checkbox"/> P500RIT	<input type="checkbox"/> P501RIT	1	2	<input type="checkbox"/> P502RIT
11 Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	<input type="checkbox"/> P500RET	<input type="checkbox"/> P501RET	1	2	<input type="checkbox"/> P502RET

ENTREVISTADORA: SI EN 501 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACION (CODIGO 1), PONER TAMBIEN CODIGO 1 EN LA PREGUNTA 502 (USO ACTUAL).

503	<p>ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 501 Y 502 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE</p> <p>LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE..... 1 ---- --> 526</p> <p>LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS 2 ---- --> 516</p> <p>LA ENTREVISTADA HA USADO METODOS PERO NO USA ACTUALMENTE..... 3 ---- --> 504</p>	<input type="checkbox"/> P503F
-----	---	--------------------------------

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
504	¿Cuál fue el último método que usó (Ud. o su pareja)?	PASTILLAS 1 DIU/ESPIRAL/T DE COBRE 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 VASECTOMIA 7 METODO BILLINGS 8 RITMO 9 RETIRO 10 NO SABE/NO RECUERDA 98	P504UMET } > 509
505	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE DEL METODO)?	P505MES P505ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
506	¿En qué mes y año dejó de usar (NOMBRE DEL METODO)?	P506MES P506ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
507	¿Dónde obtuvo el último método que Ud. usó?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE 6 CEMOPLAF 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 FARMACIA O BOTICA 10 PARTERA 11 OTRO 12 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98	P507DON } > 509
508	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde obtuvo ese método?	NOMBRE: P508NOM <input type="text"/> <input type="text"/> LUGAR: P508LUG <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98	} > 511

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
509	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9--- CENTRO DE EDUCACION 10--- IGLESIA..... 11--- ESPOSO/COMPAÑERO 12--- AMIGA/VECINA/PARIENTE 13--- OTRO 14--- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98---	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P509DON</div> } > 511
510	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde recibió orientación sobre el método?	NOMBRE: P510NOM <input type="text"/> LUGAR: P510LUG <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
511	¿Porqué razón dejó de usarlo?	PARA EMBARAZARSE 1 NO HABIA EN EXISTENCIA 2 LE QUEDO LEJOS..... 3 NO TUVO DINERO PARA COMPRAR 4 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 5 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 6 NO FUE EFICAZ/LE FALLO 7 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 8 DIFICULTAD DE USO 9 FATALISMO (NO VALE LA PENA)..... 10 DESCUIDO 11 SIN VIDA SEXUAL..... 12 RECOMENDACION MEDICA 13 MENOPAUSIA 14 MALA ATENCION..... 15 RAZONES RELIGIOSAS..... 16 OTRA 17 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P511RAZ</div>
512	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó?	PASTILLAS 1 DIU..... 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA..... 7 VASECTOMIA..... 8 METODO DE BILLINGS..... 9 RITMO 10 RETIRO..... 11 NO RECUERDA 98	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P5121MET</div>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
513	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	P513MES P513ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 98	->515
514	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	P514EDAD
515	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	N1 DE HIJOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/>	P515HIJO

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE Y ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON ANTICONCEPTIVOS

516	VEA EN 300 SI ESTA EMBARAZADA	EMBARAZADA 1---- NO EMBARAZADA 2 NO SABE 9	->521 P516F
517	¿Cree Ud. que puede quedar embarazada?	SI 1---- NO 2 NO SABE 9----	->519 P517EM ->519
518	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS 1---- MENOPAUSIA 2---- YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO 3---- SIN VIDA SEXUAL 4---- AMAMANTAMIENTO 5---- OTRA 6---- (Especifique)	P518NEMB } > 600 } > 521 -> 519
519	¿Porqué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO 1---- POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO 2---- SIN VIDA SEXUAL 3---- FATALISMO (NO VALE LA PENA) 4---- MIEDO A EFECTOS COLATERALES 5 TUVO EFECTOS COLATERALES 6 NO TIENE DINERO PARA COMPRAR ... 7 FALTA DE CONOCIMIENTO DE METODOS 8 LE QUEDA LEJOS 9 RAZONES RELIGIOSAS 10 EL COMPAÑERO SE OPONE 11 POR EDAD AVANZADA 12---- NO LE GUSTA 13---- DIFICULTAD DE USO 14 MALA ATENCION 15 OTRA 16 (Especifique) NO RESPONDE 98	} > 521 P519NUSA } > 600

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
520	¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI..... 1---- NO 2 NO SABE/NO RESPONDE 9	->522 P520USAR
521	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RESPONDE 9----	P521USAR ->600 ->523
522	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT 6 ESTERILIZACION FEMENINA..... 7 VASECTOMIA..... 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 NO SABE/NO RESPONDE 98	P522CUAL
523	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?	SI..... 1 NO 2----	P523DON ->600
524	¿A qué lugar iría?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 FARMACIA O BOTICA 10 PARTERA 11 IGLESIA..... 12 AMIGA/VECINA/PARIENTE 13 OTRO 14 (Especifique)	P524LUG
525	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MAS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS..... 1 <u> </u> HORAS..... 2 <u> </u> NO SABE 9 98	P525TIE

PASE A 600

SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
526	ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO QUE USA (VEA 502). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO	PASTILLAS 1---- DIU.....2---- CONDON .....3---- INYECCION .....4---- METODOS VAGINALES .....5---- NORPLANT .....6---- ESTERILIZACION FEMENINA.....7---- VASECTOMIA.....8---- METODO DE BILLINGS.....9---- RITMO .....10---- RETIRO.....11----	} P526F }-> 532 }-> 527 }-> 531
527	¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)?	P527MES P527ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	->529
528	¿Qué edad tenía cuando le operaron (a Ud. o a él)?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	P528EDAD
529	¿En qué lugar le hicieron la operación?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS.....2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA.....3 JUNTA DE BENEFICENCIA .....4 PATRONATO SAN JOSE .....5 APROFE.....6 CEMOPLAF.....7 COF .....8 CLINICA O MEDICO PRIVADO .....9---- OTRO LUGAR .....10---- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA.....98----	} P529LUG }-> 537
530	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le hicieron la operación?	NOMBRE: P529NOM <input type="text"/> <input type="text"/> LUGAR: P530LUG <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA .....98----	}-> 537
531	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO) ?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS.....2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA.....3 JUNTA DE BENEFICENCIA .....4 PATRONATO SAN JOSE .....5 APROFE.....6 CEMOPLAF.....7 COF .....8 CLINICA O MEDICO PRIVADO .....9 IGLESIA.....10 ESPOSO/COMPAÑERO .....11 OTRO .....12 (Especifique) NO SABE 98	P531DON

PASE A 537

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
532	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS.....2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA.....3 JUNTA DE BENEFICENCIA .....4 PATRONATO SAN JOSE .....5 APROFE.....6 CEMOPLAF.....7 COF .....8 CLINICA O MEDICO PRIVADO .....9---- FARMACIA O BOTICA .....10---- PARTERA .....11---- IGLESIA.....12---- OTRO .....13---- (Especifique) NO SABE .....98----	P532DON } > 534 -> 536
533	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde obtiene Ud. el método que usa?	NOMBRE: P533NOM <input type="text"/> LUGAR: P533LUG <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
534	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MAS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> HORAS.....2 <input type="text"/> NO SABE 9 98	P534TIE
535	¿El precio que paga por consulta o método anticonceptivo, le parece caro, normal, barato o no pagó nada?	P535CONS CONSULTA P535MET METODO CARO 1 1 NORMAL 2 2 BARATO 3 3 NO PAGO 4 4 NO SABE 9 9	
536	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE DEL METODO)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98	P536MES P536ANO
537	Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener más hijos, para espaciar o posponer los embarazos y por otras razones, ¿Para qué lo usa Ud.?	YA NO QUIERE TENER MAS HIJOS 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS 2 PARA PROTECCION DEL SIDA Y OTRAS ETS..... 3 POR OTRAS RAZONES DE SALUD 4 OTRA 5 (Especifique) NO SABE/NO RESPONDE 9	P537RAZ
538	Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	EL MISMO 1---- PREFERIRIA OTRO .....2 NO USARIA NINGUNO .....3---- NO SABE .....9----	→541 P538OMET ↳ 541

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
539	¿Cuál método preferiría usar Ud.?	PASTILLAS 1 DIU.....2 CONDON .....3 INYECCION .....4 METODOS VAGINALES .....5 NORPLANT .....6 ESTERILIZACION FEMENINA.....7 VASECTOMIA.....8 METODO DE BILLINGS.....9 RITMO .....10 RETIRO.....11 NO SABE .....98	P539MET
540	¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?	FALTA DE DINERO.....1 ES MAS PRACTICO PARA ELLA.....2 ES MAS BARATO.....3 SIN DIFICULTAD DE USO.....4 RECOMENDACION MEDICA .....5 RECOMENDACION (AMIGA/PARIENTE) .....6 RAZONES RELIGIOSAS.....7 FALTA DE TIEMPO .....8 PROTECCION DEL SIDA .....9 ES DEFINITIVO .....10 OTRO .....11 (Especifique) NO SABE .....98	P540RAZ
541	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó?	PASTILLAS 1 DIU.....2 CONDON .....3 INYECCION .....4 METODOS VAGINALES .....5 NORPLANT .....6 ESTERILIZACION FEMENINA.....7 VASECTOMIA.....8 METODO DE BILLINGS.....9 RITMO .....10 RETIRO.....11 NO RECUERDA .....98	P5411MET
542	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	P542MES P542ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NO SABE/NO RECUERDA.....98	->544
543	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	P543EDA
544	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	No. DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	P544HIJ

VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
600	<p align="center">ENTREVISTADORA: VEA 502 CODIGO 7</p> <p align="center"> ESTERILIZADA P600F NO ESTERILIZADA 1 2 └──┬──┘ └──┬──┘ PASE A 605 PASE A 601 </p>		
601	<p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA └──┬──┘ ¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?</p> <p>EMBARAZADA └──┬──┘ ¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>QUIERE HIJO 1</p> <p>NO QUIERE MAS HIJOS 2----</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 3----</p> <p>INDECISA O NO SABE 9----</p>	<p align="right">P601DES</p> <p align="right">} > 608</p>
602	<p>VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA └──┬──┘ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> <p>EMBARAZADA └──┬──┘ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES 1 └──┬──┘</p> <p>AÑOS 2 └──┬──┘</p> <p>PRONTO/AHORA..... 94----</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 95----</p> <p>OTRO _____ 96 (Especifique)</p> <p>NO SABE 98</p>	<p align="right">} > 608</p> <p align="right">P602TIE</p>
603	<p>VEA: 300 y 317c ESTA EMBARAZADA Y/O TIENE HIJO(S) VIVO(S)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2----</p>	<p align="right">P603F</p> <p align="right">-> 608</p>
604	<p>VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA └──┬──┘ De quedar embarazada otra vez, ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo menor?</p> <p>EMBARAZADA └──┬──┘ ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo que está esperando, cuando nazca su próximo hijo?</p>	<p>AÑOS DE EDAD └──┬──┘</p> <p>NO SABE 98</p>	<p align="right">P604INT</p> <p align="right">} > 608</p>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
605	Dada la situación actual, si tuviera que elegir nuevamente, ¿Tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 NO 2	P605OPER
606	¿Ud. lamenta que haya sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO 2-----	P606LAM -> 608
607	¿Porqué lo lamenta?	ELLA QUIERE OTRO HIJO 1 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO 2 EFECTOS SECUNDARIOS 3 OTRO 4 (Especifique)	P607RAZ
608	VEA 317c: TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="text"/> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="text"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? ANOTE NUMERO U OTRA RESPUESTA	NUMERO <input type="text"/> OTRA RESPUESTA 98 (Especifique)	P608IDHI
609	VEA 600 SI LA MUJER ESTA ESTERILIZADA	SI..... 1----- NO 2	-> 700 P609F
610	VEA 601 Y COPIE LA RESPUESTA	QUIERE HIJO 1----- NO QUIERE MAS HIJOS 2 MENOPAUSICA..... 3----- INDECISA..... 4-----	-> 700 P610F -> 700 -> 700
611	¿Porqué no desea tener más hijos?	PROBLEMAS ECONOMICOS 1 POR RAZONES DE SALUD 2 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS 3 SE SIENTE VIEJA 4 SU TRABAJO NO LE PERMITE 5 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS 6 INESTABILIDAD CONYUGAL 7 OTRO 8 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	P611DES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
612	¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 NO 2----	P612OPER -> 614
613	¿Porqué no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACION..... 1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO..... 3 COSTO MUY ELEVADO..... 4 RECHAZO DEL MEDICO..... 5 BARRERAS INSTITUCIONALES 6 NO TIENE TIEMPO 7 RAZONES RELIGIOSAS..... 8 NO LE GUSTA..... 9 CERCA DE LA MENOPAUSIA..... 10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES 11 COMPAÑERO SE OPONE 12 SIN VIDA SEXUAL..... 13 ES TODAVIA MUY JOVEN 14 NUNCA PENSO EN ELLO 15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO..... 16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES 17 OTRO 18 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	P613RAZ

PASE A 700

614	¿Porqué no estaría Ud. interesada en operarse?	MIEDO A LA OPERACION 1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO..... 3 COSTO MUY ELEVADO..... 4 RECHAZO DEL MEDICO 5 BARRERAS INSTITUCIONALES 6 NO TIENE TIEMPO 7 RAZONES RELIGIOSAS 8 NO LE GUSTA..... 9 CERCA DE LA MENOPAUSIA 10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES 11 COMPAÑERO SE OPONE 12 SIN VIDA SEXUAL 13 ES TODAVIA MUY JOVEN 14 NUNCA PENSO EN ELLO 15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO..... 16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES 17 OTRO 18 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	P614RAZ
-----	--	--	----------------

VII. MORTALIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
700	¿Tiene Ud. hermanas de la misma madre que actualmente estén vivas?	SI..... 1 NO 2-----	P700HER -> 703
701	¿Cuántas hermanas de la misma madre están actualmente vivas?	No. DE HERMANAS VIVAS █ █ █	P701HER

702 <i>Por favor, dígame los nombres y edades de sus hermanas de la misma madre que actualmente estén vivas. Comencemos por la de más edad</i>					
No.	NOMBRE	EDAD EN AÑOS	No.	NOMBRE	EDAD EN AÑOS
1	_____	█ █ █ AÑOS	7	_____	█ █ █ AÑOS
2	_____	█ █ █ AÑOS	8	_____	█ █ █ AÑOS
3	_____	█ █ █ AÑOS	9	_____	█ █ █ AÑOS
4	_____	█ █ █ AÑOS	10	_____	█ █ █ AÑOS
5	_____	█ █ █ AÑOS	11	_____	█ █ █ AÑOS
6	_____	█ █ █ AÑOS	12	_____	█ █ █ AÑOS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
703	¿Ha tenido Ud. hermanas de la misma madre que han fallecido?	SI..... 1 NO 2-----	P703HEFA -> 800
704	¿Cuántas hermanas de la misma madre han fallecido?	N1 DE HERMANAS FALLECIDAS █ █ █	P704HEFA

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su(s) hermana(s) de la misma madre que falleció(fallecieron)? SI HA FALLECIDO MAS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIO MAS RECIENTEMENTE.

705 ¿Cuál es el nombre? ANOTE EL NOMBRE	1 _____ _____	2 _____ _____	3 _____ _____	4 _____ _____	5 _____ _____
706 ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	P706TIE1 _____ N1 DE AÑOS	P706TIE2 _____ N1 DE AÑOS	P706TIE3 _____ N1 DE AÑOS	P706TIE4 _____ N1 DE AÑOS	P706TIE5 _____ N1 DE AÑOS
707 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	P707EDA1 _____ AÑOS # 10 AÑOS ₁ ∃ 55 AÑOS ₁ V SIG. COL.	P707EDA2 _____ AÑOS # 10 AÑOS ₁ ∃ 55 AÑOS ₁ V SIG. COL.	P707EDA3 _____ AÑOS # 10 AÑOS ₁ ∃ 55 AÑOS ₁ V SIG. COL.	P707EDA4 _____ AÑOS # 10 AÑOS ₁ ∃ 55 AÑOS ₁ V SIG. COL.	P707EDA5 _____ AÑOS # 10 AÑOS ₁ ∃ 55 AÑOS ₁ V 800
708 ¿Estuvo (NOMBRE) embarazada alguna vez?	P708EMB1 SI..... 1 ->709 NO..... 2- NS/NR..... 9- V SIG. COL.	P708EMB2 SI..... 1 ->709 NO..... 2- NS/NR..... 9- V SIG. COL.	P708EMB3 SI..... 1 ->709 NO..... 2- NS/NR..... 9- V SIG. COL.	P708EMB4 SI..... 1 ->709 NO..... 2- NS/NR..... 9- V SIG. COL.	P708EMB1 SI..... 1 ->709 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 800
709 ¿Murió (NOMBRE) cuando estaba embarazada, durante el parto o pérdida, o dentro de las 6 semanas después de terminar un embarazo (durante la dieta)?	P709CUE1 SI..... 1 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 712	P709CUE2 SI..... 1 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 712	P709CUE3 SI..... 1 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 712	P709CUE4 SI..... 1 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 712	P709CUE1 SI..... 1 NO..... 2- NS/NR..... 9- V 712
710 ¿Murió (NOMBRE) durante el?	P710DUE1 EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 DESPUES DEL PARTO..... 3	P710DUE2 EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 DESPUES DEL PARTO..... 3	P710DUE3 EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 DESPUES DEL PARTO..... 3	P710DUE4 EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 DESPUES DEL PARTO..... 3	P710DUE1 EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 DESPUES DEL PARTO..... 3
711 ¿Dónde murió (NOMBRE)?	P711DON1 HOSP./CLIN. 1 CASA..... 2 TRAYECTO..... 3 OTRO..... 4	P711DON2 HOSP./CLIN. 1 CASA..... 2 TRAYECTO..... 3 OTRO..... 4	P711DON3 HOSP./CLIN. 1 CASA..... 2 TRAYECTO..... 3 OTRO..... 4	P711DON4 HOSP./CLIN. 1 CASA..... 2 TRAYECTO..... 3 OTRO..... 4	P711DON1 HOSP./CLIN. 1 CASA..... 2 TRAYECTO..... 3 OTRO..... 4
712 ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	P712HIJ1 _____ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P712HIJ2 _____ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P712HIJ3 _____ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P712HIJ4 _____ HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P712HIJ1 _____ HIJOS

VIII. MORBILIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
800	ENTREVISTADORA: VEA EN 300, 303 Y 305. ACTUALMENTE EMBARAZADA O ALGUNA VEZ EMBARAZADA	ACTUALMENTE EMBARAZADA POR PRIMERA VEZ..... 1---- NUNCA ESTUVO EMBARAZADA 2---- ALGUNA VEZ EMBARAZADA..... 3	-> 900 -> 900 P800F
801	VEA EN 315 SI HAY PERDIDAS O MORTINATOS	SI 1 NO 2----	P801F ->805
802	En su último embarazo, ¿Perdió al niño antes del sexto mes, nació muerto a partir del sexto mes, o fue un nacido vivo?	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO 2 NACIDO VIVO 3----	P802PER ->805
803	En este último embarazo, ¿Quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo, o no quería ese embarazo?	QUERIA ENTONCES..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA..... 3	P803DES
804	¿En qué fecha terminó este último embarazo?	P804DIA P804MES P804ANO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	-> 806
805	VEA EN 317b LA FECHA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO	P805DIA P805MES P805ANO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
806	LA FECHA ES ANTES DE ENERO DE 1992 O A PARTIR DE ENERO DE 1992	ANTES DE ENERO DE 1992 1---- A PARTIR DE ENERO DE 1992 2	->900 P806F
807	En el último embarazo, ¿Ud. fumaba en los 3 meses anteriores a la fecha en que se dió cuenta que estaba embarazada?	SI 1 NO 2----	P807FUM -> 810
808	Durante ese embarazo, ¿Siguió fumando?	SI 1 NO 2----	P808FUDU -> 810
809	¿Cuántas unidades diarias?	N1 DE UNIDADES <input type="text"/> <input type="text"/>	P809NCIG
810	Durante el último embarazo, ¿Ha tenido el hábito de beber alcohol?	SI 1 NO 2----	P810ALC -> 812
811	¿Con qué frecuencia?	DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2	P811FRE
812	VEA 801 COMO TERMINO LA ENTREVISTADA EL ULTIMO EMBARAZO	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO 2 NACIDO VIVO 3----	P812F -> 828
813	¿Tuvo algún control prenatal por un profesional cuando estuvo embarazada?	SI 1 NO 2----	P813CONP -> 816
814	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES..... <input type="text"/>	P814MCON
815	En total, ¿Cuántos controles tuvo?	N1 DE CONTROLES <input type="text"/> <input type="text"/>	P815NCON

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
816	VEA 812. COMO TERMINO LA ENTREVISTADA EL ULTIMO EMBARAZO	PERDIDA 1 NACIDO MUERTO 2----	P816F -> 828
817	¿Cuántas semanas le duró este embarazo?	N1 DE SEMANAS..... <input type="text"/>	P817SEM
818	¿El sangrado que presentó con la pérdida (aborto), cuántos días duro?	N1 DE DIAS <input type="text"/>	P818SAN
819	¿Recibió atención cuando perdió el embarazo?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RESPONDE 9----	P819ATEN -> 823 -> 823
820	¿En qué lugar le atendieron?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9---- PARTERA 10---- OTRO 11---- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98----	P820LUG -> 821 -> 823
820A	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde le atendieron?	NOMBRE: P820NOM <input type="text"/> LUGAR: P820ALUG <input type="text"/> NO RECUERDA 98	
821	¿El tratamiento fue a base de? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS..... 1 2 9 b. TRANSFUSION DE SANGRE..... 1 2 9 c. LEGRADO (curetaje)..... 1 2 9 d. CIRUGIA 1 2 9 e. OTRO 1 2 9 (Especifique)	P821A P821B P821C P821D P821E
822	¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizada?	DIAS <input type="text"/> MENOS DE UN DIA..... 00	P822TIE
823	Al perder el embarazo, o en las dos semanas después, ¿Tuvo Ud.? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. SANGRADO ABUNDANTE 1 2 9 b. DOLORES INTENSOS DEL VIENTRE..... 1 2 9 c. FIEBRE O CALENTURA ALTA 1 2 9 d. ESCALOFRIOS..... 1 2 9 e. FLUJO O LIQUIDOS VAGINALES CON MAL OLORES..... 1 2 9	P823A P823B P823C P823D P823E
824	Como resultado de este embarazo, ¿Tuvo después algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. INFLAMACION O INFECCION..... 1 2 9 b. LE QUITARON LA MATRIZ (Histerectomía) 1 2 9 c. NO PUDO SALIR EMBARAZADA 1 2 9	P824A P824B P824C

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
825	¿Esta pérdida (aborto) fue espontáneo o inducido (provocado)?	ESPONTANEO 1 INDUCIDO (PROVOCADO) 2	→ 827 P825ESP
826	¿Qué hizo para no tener el hijo? LEALE UNA A UNA	SI NO a. TOMO PASTILLAS 1 2 b. SE PUSO INYECCIONES 1 2 c. USO UNA SONDA POR LA VAGINA 1 2 d. USO HIERBAS 1 2 e. SUFRIO UNA CAIDA 1 2 f. OTRA 1 2 (Especifique)	P826A P826B P826C P826D P826E P826F
827	Al perder el embarazo, ¿Le aconsejaron el uso de algún método anticonceptivo?	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 9	P827MET

PASE A 900

828	Durante el último embarazo, ¿Cuántas libras aumentó de peso desde que supo que estaba embarazada hasta el final de su embarazo?	LIBRAS _ _ NO SABE/NO RESPONDE 98	P828PESO																																																	
829	Durante el último embarazo, le dijo alguien que tenía la presión alta?	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 9	P829PREA																																																	
830	¿Le tomaron la presión?	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 3	P830TPRE ↓ 832																																																	
831	¿La presión era?	ALTA 1 NORMAL O BAJA 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	P831PRE																																																	
832	Alguien le dijo que tenía la presión alta sin estar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	P832PRE																																																	
833	Durante el último embarazo, ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS/NR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. LE DIJO ALGUIEN QUE TENIA ANEMIA (falta de hierro) 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td rowspan="5">P833A P833B P833C P833D P833E</td> </tr> <tr> <td>b. TOMO PASTILLAS DE HIERRO 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. SE LE HINCHARON LOS PIES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. SE LE HINCHO LA CARA 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. LA VISION ERA BORROSA 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. TUVO DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td rowspan="2">P833F P833G</td> </tr> <tr> <td>g. SENTIO MAREOS O DEBILIDAD 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. TUVO DESMAYOS O PERDIDA DE CONCIENCIA 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td rowspan="2">P833H P833I P833J</td> </tr> <tr> <td>i. TUVO ARDOR O DOLOR AL ORINAR ... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. LA ORINA TUVO COLOR OSCURO 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR		a. LE DIJO ALGUIEN QUE TENIA ANEMIA (falta de hierro) 1	2	9		P833A P833B P833C P833D P833E	b. TOMO PASTILLAS DE HIERRO 1	2	9		c. SE LE HINCHARON LOS PIES 1	2	9		d. SE LE HINCHO LA CARA 1	2	9		e. LA VISION ERA BORROSA 1	2	9		f. TUVO DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL 1	2	9		P833F P833G	g. SENTIO MAREOS O DEBILIDAD 1	2	9		h. TUVO DESMAYOS O PERDIDA DE CONCIENCIA 1	2	9		P833H P833I P833J	i. TUVO ARDOR O DOLOR AL ORINAR ... 1	2	9		j. LA ORINA TUVO COLOR OSCURO 1	2	9			
	SI	NO	NS/NR																																																	
a. LE DIJO ALGUIEN QUE TENIA ANEMIA (falta de hierro) 1	2	9		P833A P833B P833C P833D P833E																																																
b. TOMO PASTILLAS DE HIERRO 1	2	9																																																		
c. SE LE HINCHARON LOS PIES 1	2	9																																																		
d. SE LE HINCHO LA CARA 1	2	9																																																		
e. LA VISION ERA BORROSA 1	2	9																																																		
f. TUVO DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL 1	2	9		P833F P833G																																																
g. SENTIO MAREOS O DEBILIDAD 1	2	9																																																		
h. TUVO DESMAYOS O PERDIDA DE CONCIENCIA 1	2	9		P833H P833I P833J																																																
i. TUVO ARDOR O DOLOR AL ORINAR ... 1	2	9																																																		
j. LA ORINA TUVO COLOR OSCURO 1	2	9																																																		
834	¿Hubo sangrado antes que comenzaran los dolores de parto?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	P834SAN ↓ 836																																																	
835	¿El sangrado que presentó era?	LIGERO (manchó ropa interior) 1 MODERADO (manchó ropa exterior) 2 SEVERO (manchó ropa de cama) 3	P835SAN																																																	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
836	¿Tuvo ataques o convulsiones durante el último embarazo?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RECUERDA..... 9----	→ 838 P836ATQ
837	¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P837ATQ
838	¿Se le rompió la membrana (agua de fuente) antes que comenzaran los dolores de parto?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RESPONDE 9----	→ 840 P838AGUA
839	¿Cuánto tiempo antes?	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIAS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P839TIE
840	¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto (desde las primeras contracciones)?	HORAS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MAS DE 3 DIAS 77 NO TUVO..... 78	P840TIE
841	¿En qué lugar tuvo el parto?	HOSPITAL..... 1 CLINICA 2---- EN LA CASA 3---- OTRO 4---- (Especifique)	→ 842 → 844 P841DON
841A	¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde tuvo el parto?	NOMBRE: P841NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LUGAR: P841LUG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO RECUERDA 98	
842	¿Ud. planeó ir a dar a luz en ese establecimiento, o fue referida por algún problema durante el parto?	LO PLANEO..... 1---- FUE REFERIDA..... 2	→ 844 P842PLAN
843	¿Porqué la refirieron o mandaron al hospital o clínica?	PARTO DURO DEMASIADO 1 NIÑO EN MALA POSICION 2 NIÑO MUY GRANDE..... 3 HEMORRAGIA..... 4 NO LA PUDIERON ATENDER 5 OTRA 6 (Especifique)	P843RAZ
844	¿Tuvieron que romper la fuente para empezar a apurar el trabajo del parto?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P844ROM
845	¿Le dieron medicinas o remedios para empezar a apurarlo?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P845RDIO
846	¿Le sobaron el estómago o lo acomodaron durante el parto?	SI..... 1 NO 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	P846SOB
847	Durante el parto, ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. SANGRADO INTENSO 1 2 9 b. PRESION ALTA..... 1 2 9 c. CONVULSIONES O ATAQUES..... 1 2 9 d. DESMAYOS 1 2 9 e. VISION BORROSA..... 1 2 9 f. FIEBRES O ESCALOFRIOS..... 1 2 9 g. DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1 2 9 h. VOMITOS..... 1 2 9 i. CORTE DE LA VAGINA (episiotomía)..... 1 2 9 j. MALA POSICION DEL FETO 1 2 9	P847A P847B P847C P847D P847E P847F P847G P847H P847I P847J

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
848	En este embarazo, ¿El parto fue?	VAGINAL NORMAL 1 VAGINAL CON FORCEPS 2 CESAREA 3----	P848TIP -> 852
849	¿La placenta salió espontáneamente, es decir, sin ayuda?	SI 1----- NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9-----	-> 851 P849PLAC -> 851
850	¿Qué se hizo para que saliera la placenta?	LE SACARON CON LAS MANOS 1 SE LE PUSO INYECCION 2 SE DIO MASAJE EN EL ESTOMAGO 3 OTRA 4 (Especifique)	P850QHIZ
851	¿La placenta salió completa o en pedazos?	COMPLETA 1 INCOMPLETA (EN PEDAZOS) 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	P851CON
852	Durante el parto o en las 6 semanas subsiguientes, ¿Ud. recibió alguno de los siguientes tratamientos? LEALE UNA A UNA	SI NO NS/NR a. ANTIBIOTICOS 1 2 9 b. LE PUSIERON SANGRE 1 2 9 c. LE HICIERON LEGRADO 1 2 9 d. LE QUITARON LA MATRIZ (HISTERECTOMIA) 1 2 9	P852A P852B P852C P852D
Como consecuencia del parto, durante los 40 días (la dieta) después del parto, ¿Tuvo Ud. alguno de los siguientes problemas?			
	PROBLEMAS	853 ¿Tuvo este problema ?	854 ¿Cuánto tiempo le duró?
		855 ¿Recibió atención médica?	
a. Sangrado intenso de la vagina	SI P853A 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	DIAS P854A 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855A 1 NO 2 NS/NR 9
b. Desmayo o pérdida de conciencia	SI P853B 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	MINUTOS P854B 1 <input type="checkbox"/> HORAS 2 <input type="checkbox"/> DIAS 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855B 1 NO 2 NS/NR 9
c. Fiebre, calentura alta o escalofríos	SI P853C 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	DIAS P854C 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855C 1 NO 2 NS/NR 9
d. Infección de los senos	SI P853D 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	DIAS P854D 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855D 1 NO 2 NS/NR 9
e. Dolor o ardor al orinar	SI P853E 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	DIAS P854E 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855E 1 NO 2 NS/NR 9
f. Flujos o líquidos vaginales con mal olor (loquios)	SI P853F 1-----> NO 2-----> NS/NR 9-----> V	DIAS P854F 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS 2 <input type="checkbox"/> MESES 3 <input type="checkbox"/> AUN TIENE 777	SI P855F 1 NO 2 NS/NR 9
856	Después del parto, en los seis meses posteriores, ¿Le aconsejaron el uso de algún método anticonceptivo, a más de la lactancia materna?	SI 1 NO 2	P856MET

IX. ADULTAS JOVENES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
900	¿ Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada? LEA LAS ALTERNATIVAS 1 A 5	- UNA SEMANA ANTES QUE LA REGLA COMIENCE 1 - DURANTE LA REGLA..... 2 - UNA SEMANA DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 3 - DOS SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 4 - TRES SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE 5 - EN CUALQUIER TIEMPO..... 6 - OTRO 7 (Especifique) - NO SABE 8 - NO RESPONDE 9	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P900CUEM</div>
901	¿En qué mes y año tuvo Ud. su primera relación sexual?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P901MES</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P901ANO</div> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 22---- NO RECUERDA 98 NO RESPONDE 99----	-> 1002 -> 1000
902	¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. en ese momento?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P902EDA</div>
903	<p align="center">VEA 201 SI LA ENTREVISTADA TIENE ACTUALMENTE: ENTRE 15 Y 24 AÑOS</p> <p align="center">1 ┌───┐ | | └───┘ PASE A 904</p>	<p align="center">25 AÑOS Y MAS</p> <p align="center">2 ┌───┐ | | └───┘ PASE A 1000</p>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P903F</div>
904	¿Qué edad tenía la persona con quién Ud. tuvo esa primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P904EDA</div>
905	¿Qué relación había con esa persona?	ESPOSO O COMPAÑERO 1 ENAMORADO..... 2 NOVIO 3 AMIGO 4 PARIENTE 5 VIOLACION 6 OTRO 7 (Especifique) NO RESPONDE 9	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P905REL</div>
906	¿Qué tiempo conocía Ud. a esa persona con la que tuvo esa primera relación sexual?	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA/ NO RESPONDE 9 98	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P906TIE</div>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
907	¿Usó Ud. o su pareja algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	SI..... 1 NO 2----	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P907USO</div> -> 909
908	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual?	PASTILLAS 1---- DIU..... 2---- CONDON 3---- INYECCION 4---- METODOS VAGINALES 5---- METODO DE BILLINGS..... 6---- RITMO 7---- RETIRO 8---- OTRO 9---- (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98----	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P908MET</div> > 1000
909	¿Porqué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	- NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO 1 - NO CONOCIA NINGUN METODO 2 - CREIA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD 3 - LA RELIGION NO SE LO PERMITIA 4 - QUERIA EMBARAZARSE 5 - CONOCIA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABIA DONDE OBTENERLOS 6 - EL COMPAÑERO SE OPUSO 7 - QUERIA USAR, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO 8 - COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 9 - OTRO 10 (Especifique) - NO RECUERDA 98 - NO RESPONDE 99	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P909RAZ</div>

X. ACTIVIDAD SEXUAL Y NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1000	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas?	SI..... 1 NO 2---- NO RESPONDE 9----	P1000RL -> 1002
1001	¿Cuántas veces?	No. DE VECES <input type="text"/> NO RECUERDA 98 NO RESPONDE 99	P1001NRL
1002	¿Se ha hecho alguna vez el examen de papanicolaou (el DOC)?	SI..... 1 NO 2---- NO SABE/NO RECUERDA..... 9----	P1002PAP -> 1006
1003	¿Cuándo fue la última vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> P1003MES AÑO <input type="text"/> NO RECUERDA 98	P1003ANO
1004	¿Dónde se lo hizo?	ESTABLECIMIENTO MSP 1 ESTABLECIMIENTO IESS..... 2 HOSPITAL FF.AA. O POLICIA..... 3 JUNTA DE BENEFICENCIA 4 PATRONATO SAN JOSE 5 APROFE..... 6 CEMOPLAF..... 7 COF 8 CLINICA O MEDICO PRIVADO 9 SOLCA 10 OTRO 11 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 98	P1004DON
1005	¿Supo el resultado del examen?	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 9	P1005RES
1006	¿Hace cuanto tiempo tuvo su última regla? MENOS DE UN MES ANOTE 00	MESES <input type="text"/> YA NO MENSTRUA..... 95 ANTES DEL ULTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 96 NUNCA HA MENSTRUADO 97	P1006MES
1007	¿Es Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	UNIDA 1---- CASADA..... 2---- VIUDA..... 3---- SEPARADA..... 4---- DIVORCIADA 5---- SOLTERA 6	P1007EC -> 1009
1008	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI 1 NO 2----	P1008CU -> 1100

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1009	¿En qué mes y año se casó/unió Ud. por primera vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> --- P1009MES P1009ANO NO RECUERDA 98	->1011
1010	¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P1010EDA
1011	ENTREVISTADORA: VEA 1007	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 OTRO ESTADO.....2----- SOLTERA .....3-----	P1010F 1 ↓> 1100
1012	¿Ha conversado alguna vez con su esposo o compañero sobre el número de hijos que les gustaría tener?	SI..... 1 NO 2	P1012HIJ
1013	¿Cree Ud. que su esposo o compañero quiere el mismo número de hijos que Ud., el quiere más o quiere menos hijos de los que Ud. quiere tener?	MISMO NUMERO DE HIJOS 1 MAS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 9	P1013QUE

XI. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1100	ENTREVISTADORA: VEA 317c Y 317d. TIENE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS CON UNA EDAD ENTRE 6 Y 14 AÑOS	SI .....1 NO .....2-----	P1100F -> 1200
1101	ENTREVISTADORA: VEA EN 317c. Y 317d. CUANTOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD TIENE LA ENTREVISTADA	N1 DE HIJOS..... <input type="checkbox"/>	P1101HIJ

COPIAR LOS NOMBRES, SEXO Y EDADES DE LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y CON UNA EDAD ENTRE 6 Y 14 AÑOS, EMPEZANDO POR EL MENOR DE LAS PREGUNTAS 317A A 317D.

PREGUNTAS	ULTIMO ESCOLAR	PENULTIMO ESCOLAR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1102 NOMBRE.....	P1103_1	P1103_2	P1103_3	P1103_4	P1103_5
1103 SEXO	HOMBRE.....1 MUJER.....2	HOMBRE.....1 MUJER.....2	HOMBRE.....1 MUJER.....2	HOMBRE.....1 MUJER.....2	HOMBRE.....1 MUJER.....2
1104 EDAD EN AÑOS	P1104_1 <input type="checkbox"/> AÑOS	P1104_2 <input type="checkbox"/> AÑOS	P1104_3 <input type="checkbox"/> AÑOS	P1104_4 <input type="checkbox"/> AÑOS	P1104_5 <input type="checkbox"/> AÑOS
1105 ¿Cuál fue el grado o curso más alto que ha aprobado (NOMBRE) y en qué nivel?	NIVEL P1105N_1 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1105G_1 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1105N_2 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1105G_2 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1105N_3 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1105G_3 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1105N_4 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1105G_4 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1105N_5 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1105G_5 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>
1106 ¿Asiste o asistió a la escuela o colegio en el año lectivo 1993-1994? SIERRA OCT.93/JUL.94 COSTA MAY.93/ENE.94	P1106_1 SI .....1 NO.....2- V PASE A 1110	P1106_2 SI .....1 NO.....2- V PASE A 1110	P1106_3 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1110	P1106_4 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1110	P1106_5 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1110
1107 ¿A qué grado o curso asiste o asistió?	NIVEL P1107N_1 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1107G_1 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1107N_2 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1107G_2 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1107N_3 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1107G_3 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1107N_4 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1107G_4 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>	NIVEL P1107N_5 NINGUNO 0 PRIMARIO 1 SECUNDARIO 2 P1107G_5 GRADO O CURSO <input type="checkbox"/>
1108 ¿Abandonó (NOMBRE) la escuela o colegio en el año lectivo 1993-1994?	P1108_1 SI .....1 NO.....2- V PASE A 1112	P1108_2 SI .....1 NO.....2- V PASE A 1112	P1108_3 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1112	P1108_4 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1112	P1108_5 SI .....1 NO .....2- V PASE A 1112

PREGUNTAS	ULTIMO ESCOLAR	PENULTIMO ESCOLAR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1109 ¿Porqué abandonó la escuela o colegio? PROBLEMAS FAMILIARES .....1 PROBLEMAS EN LA ESCUELA .....2 CAMBIO DE DOMICILIO.....3 CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO .....4 POR TRABAJO.....6 MUCHA DISTANCIA .....7 NIÑO SE ENFERMO .....8 BAJO RENDIMIENTO .....9 OTRO .....10	P1109_1 CODIGO V 1112	P1109_2 CODIGO V 1112	P1109_3 CODIGO V 1112	P1109_4 CODIGO V 1112	P1109_5 CODIGO V 1112
1110 ¿Porqué no asistió a la escuela o colegio? PROBLEMAS FAMILIARES .....1 PROBLEMAS EN LA ESCUELA .....2 CAMBIO DE DOMICILIO.....3 CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO .....4 NO HAY ESCUELA/COLEGIO .....5 POR TRABAJO.....6 MUCHA DISTANCIA .....7 NIÑO SE ENFERMO .....8 BAJO RENDIMIENTO .....9 OTRO .....10	P1110_1 CODIGO	P1110_2 CODIGO	P1110_3 CODIGO	P1110_4 CODIGO	P1110_5 CODIGO
1111 ¿Cuántos años hace que no asiste a la escuela o colegio?	P1111_1 AÑOS NUNCA ASISTIO .....99	P1111_2 AÑOS NUNCA ASISTIO .....99	P1111_3 AÑOS NUNCA ASISTIO .....99	P1111_4 AÑOS NUNCA ASISTIO .....99	P1111_5 AÑOS NUNCA ASISTIO .....99
1112 ¿Vive (NOMBRE) con Ud.?	P1112_1 SI.....1 V SIG. COL. NO.....2	P1112_2 SI.....1 V SIG. COL. NO.....2	P1112_3 SI.....1 V SIG. COL. NO.....2	P1112_4 SI.....1 V SIG. COL. NO.....2	P1112_5 SI.....1 V SIG. COL. NO.....2
1113 ¿Con quién vive?	P1113_1 PADRE .....1 FAMILIAR .....2 OTRO .....3 NO SABE.....9	P1113_2 PADRE .....1 FAMILIAR .....2 OTRO .....3 NO SABE.....9	P1113_3 PADRE .....1 FAMILIAR.....2 OTRO.....3 NO SABE .....9	P1113_4 PADRE .....1 FAMILIAR.....2 OTRO.....3 NO SABE .....9	P1113_5 PADRE .....1 FAMILIAR.....2 OTRO .....3 NO SABE .....9

XII. COMUNICACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA																																				
1200	ENTREVISTADORA: VEA 500 SI LA ENTREVISTADA CONOCE SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	SI..... 1 NO2----	P1200F -> 1204																																				
1201	¿Aprueba o desaprueba Ud. el uso de métodos anticonceptivos para espaciar el nacimiento de los hijos o evitar el embarazo?	APRUEBA 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	P1201APR																																				
1202	¿Acepta o no acepta Ud. que la información sobre anticonceptivos se transmita por medio de la radio?	ACEPTA..... 1 NO ACEPTA 2	P1202ACE																																				
1203	¿Acepta o no acepta Ud. que la información sobre anticonceptivos se muestre en la televisión?	ACEPTA..... 1 NO ACEPTA 2	P1203ACE																																				
1204	¿Ha visto o escuchado Ud. algún anuncio o mensaje sobre Planificación Familiar en los últimos seis meses?	SI..... 1 NO2----	P1204VIS -> 1206																																				
1205	¿Porqué medios ha visto o escuchado los mensajes? LEALE UNA A UNA	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>EN LA RADIO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>EN LA TELEVISION</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>EN PERIODICO O REVISTA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>EN UN AFICHE.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>EN FOLLETOS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>EN CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>DE TRABAJADORES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EN SALUD</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>DE PROFESORES.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">(Especifique)</td> </tr> </table>		SI	NO	EN LA RADIO	1	2	EN LA TELEVISION	1	2	EN PERIODICO O REVISTA	1	2	EN UN AFICHE.....	1	2	EN FOLLETOS	1	2	EN CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	1	2	DE TRABAJADORES			EN SALUD	1	2	DE PROFESORES.....	1	2	OTRO _____	1	2	(Especifique)			P1205A P1205B P1205C P1205D P1205E P1205F P1205G P1205H P1205I
	SI	NO																																					
EN LA RADIO	1	2																																					
EN LA TELEVISION	1	2																																					
EN PERIODICO O REVISTA	1	2																																					
EN UN AFICHE.....	1	2																																					
EN FOLLETOS	1	2																																					
EN CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	1	2																																					
DE TRABAJADORES																																							
EN SALUD	1	2																																					
DE PROFESORES.....	1	2																																					
OTRO _____	1	2																																					
(Especifique)																																							
1206	¿Ha recibido Ud. información sobre Planificación Familiar?	SI..... 1 NO2----	P1206IPF -> 1300																																				
1207	¿En dónde ha recibido principalmente Ud. información sobre Planificación Familiar?	CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR 1 HOSPITAL..... 2 CENTRO DE SALUD 3 DOCTOR..... 4 TRABAJADOR DE SALUD 5 FARMACIA O BOTICA 6 AMIGO..... 7 MEDIOS DE COMUNICACION 8 FAMILIARES 9 OTRO _____ 10 (Especifique)	P1207DPF																																				

XIII. VIVIENDA

N1	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1300	¿Qué parentesco o relación tiene Ud. con el jefe del hogar?	ELLA ES JEFE DEL HOGAR 1 ESPOSA O COMPAÑERA 2 HIJA 3 HERMANA 4 OTRO PARIENTE 5 OTRO NO PARIENTE 6 EMPLEADA DOMESTICA 7	P1300PAR
1301	Tipo de vivienda ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	CASA INDEPENDIENTE 1 DEPARTAMENTO 2 CUARTOS EN CASA DE INQUILINATO 3 MEDIAGUA 4 COVACHA 5 OTRO 6 (Especifique)	P1301TIP
1302	¿Es esta vivienda propia, alquilada, cedida, prestada, u ocupa este hogar bajo otra condición?	PROPIA 1 ARRENDADA 2 GRATUITA O POR SERVICIO 3 OTRA 4 (Especifique)	P1302PRO
1303	Principal material del piso. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	TIERRA 1 MADERA 2 PARQUET, BALDOSA O VYNIL 3 LADRILLO O CEMENTO 4 OTRO 5 (Especifique)	P1303PIS
1304	Principal material de construcción de las paredes. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	HORMIGON, LADRILLO O BLOQUE 1 ADOBE O TAPIA 2 MADERA/TABLA 3 CAÑA O BAHAREQUE 4 PAJA O PALMA 5 OTRO 6 (Especifique)	P1304PAR
1305	¿De cuántos cuartos dispone su vivienda para dormir?	NUMERO DE DORMITORIOS <input type="text"/>	P1305DOR
1306	¿Cuál es el principal combustible o energía que utilizan para cocinar?	GAS 1 CARBON 2 LEÑA 3 ELECTRICIDAD 4 KEREX 5 OTRO 6 (Especifique) NO COCINAN 7	P1306COC

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA																																																				
1307	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para uso doméstico?	AGUA POR TUBERIA DE RED PUBLICA: DENTRO DE LA VIVIENDA 1 FUERA DE LA VIVIENDA 2 AGUA DE POZO..... 3 RIO/VERTIENTE/ACEQUIA/CANAL 4 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE 5 CAMION TANQUERO 6 OTRO 7 (Especifique)	P1307H2O																																																				
1308	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene este hogar?	ESCUSADO USO EXCLUSIVO..... 1 ESCUSADO USO COMUN..... 2 LETRINA 3 NO TIENE 4 OTRO 5 (Especifique)	P1308SSH																																																				
1309	¿Tiene en su hogar? LEALE UNA A UNA	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">SI</td> <td style="text-align:right;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENERGIA ELECTRICA</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td rowspan="3">P1309LUZ P1309TEL P1309VEN</td> </tr> <tr> <td>TELEFONO.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>VENTILADOR</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>PLANCHA ELECTRICA</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td rowspan="3">P1309PLA P1309LIC P1309RAD P1309E_S P1309AIR P1309TV P1309REF P1309LAV P1309CAL P1309BOM</td> </tr> <tr> <td>LICUADORA</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>EQUIPO DE MUSICA</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIRE ACONDICIONADO.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>REFRIGERADORA</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LAVADORA DE ROPA.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CALENTADOR DE AGUA.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBA DE AGUA.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO		ENERGIA ELECTRICA	1	2	P1309LUZ P1309TEL P1309VEN	TELEFONO.....	1	2	VENTILADOR	1	2	PLANCHA ELECTRICA	1	2	P1309PLA P1309LIC P1309RAD P1309E_S P1309AIR P1309TV P1309REF P1309LAV P1309CAL P1309BOM	LICUADORA	1	2	RADIO	1	2	EQUIPO DE MUSICA	1	2		AIRE ACONDICIONADO.....	1	2		TELEVISOR	1	2		REFRIGERADORA	1	2		LAVADORA DE ROPA.....	1	2		CALENTADOR DE AGUA.....	1	2		BOMBA DE AGUA.....	1	2		
	SI	NO																																																					
ENERGIA ELECTRICA	1	2	P1309LUZ P1309TEL P1309VEN																																																				
TELEFONO.....	1	2																																																					
VENTILADOR	1	2																																																					
PLANCHA ELECTRICA	1	2	P1309PLA P1309LIC P1309RAD P1309E_S P1309AIR P1309TV P1309REF P1309LAV P1309CAL P1309BOM																																																				
LICUADORA	1	2																																																					
RADIO	1	2																																																					
EQUIPO DE MUSICA	1	2																																																					
AIRE ACONDICIONADO.....	1	2																																																					
TELEVISOR	1	2																																																					
REFRIGERADORA	1	2																																																					
LAVADORA DE ROPA.....	1	2																																																					
CALENTADOR DE AGUA.....	1	2																																																					
BOMBA DE AGUA.....	1	2																																																					
1310	¿Algún miembro de su vivienda tiene?: LEALE UNA A UNA	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">SI</td> <td style="text-align:right;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CARRO PARTICULAR.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td rowspan="4">P1310CAR P1310MOT P1310BIC P1310TRA</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>BIBICLETA.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>TRACTOR (Solo rural).....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO		CARRO PARTICULAR.....	1	2	P1310CAR P1310MOT P1310BIC P1310TRA	MOTOCICLETA.....	1	2	BIBICLETA.....	1	2	TRACTOR (Solo rural).....	1	2																																				
	SI	NO																																																					
CARRO PARTICULAR.....	1	2	P1310CAR P1310MOT P1310BIC P1310TRA																																																				
MOTOCICLETA.....	1	2																																																					
BIBICLETA.....	1	2																																																					
TRACTOR (Solo rural).....	1	2																																																					

1311	Hora de finalización de la entrevista	HORA <input type="text"/> <input type="text"/>	P1311HOR
		MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	P1311MIN

AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO, REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO. GRACIAS!

ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL