

# Apéndice F.

## Cuestionarios



### CUESTIONARIO DEL HOGAR

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR			
1. Provincia: _____	2. Municipio: _____	3. Área de Salud: _____	4. Consultorio: _____
HH1. Código del consultorio: _____		HH2. Número de hogar: _____	
HH3. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____		HH4. Nombre y número del supervisor: Nombre _____	
HH5. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / _____			
HH6. Área: Urbana.....1 Rural.....2		HH7. Región: Occidente.....1 Ciudad Habana.....2 Centro.....3 Oriente.....4	

Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos trabajando en un proyecto sobre salud y educación familiar. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos 12 minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea del equipo de trabajo.

¿Podemos comenzar?

- Sí, se otorgó el permiso ⇨ Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.
- No, no se obtuvo permiso ⇨ Complete HH9. Analice el resultado con su supervisor.

<i>Una vez completados todos los cuestionarios de hogares, complete la siguiente información:</i>	
HH8. Nombre del(a) jefe del hogar: _____	
HH9. Resultado de la entrevista de hogares: Completa.....01 Nadie capacitado para responder.....02 Ausentes por un período largo.....03 Rechazada.....04 Vivienda vacía / No es una vivienda.....05 Vivienda destruida.....06 Vivienda no encontrada.....07 Otros (detallar) .....96	HH10. Entrevistado/a de la encuesta de hogares: Nombre: _____ Número de línea: _____
HH12. Número de mujeres entre 15 y 49 años: _____	HH11. Número total de miembros del hogar: _____
HH14. Número de niños menores de 5 años: _____	HH13. Número de cuestionarios de mujeres completados: _____
HH16. Revisado en campo por (nombre y número): Nombre _____	HH15. Número de cuestionarios de niños menores de 5 años completados: Nombre _____
HH17. Digitado por (nombre y número): Nombre _____	

<p><b>HH18.</b> Anote la hora:</p> <p>Hora _____ Minutos _____</p>		<p><b>LISTADO de los miembros del HOGAR</b></p> <p>¿Podría decirme el nombre de cada una de las personas que habitualmente viven aquí, comenzando por el/la jefe/a del hogar?  <i>Anote el nombre del/la jefe/a del hogar en la línea 01. Anote los nombres de los miembros del hogar (HL2), su relación con el/la jefe/a del hogar (HL3) y el sexo.</i>                  Luego pregunte: ¿Hay alguna otra persona que viva aquí aunque no se encuentre en este momento?  <i>Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. A continuación, pregunte a cada una de las personas, comenzando por HL5.</i>  <i>Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del formulario de listado del hogar.</i></p>										<p>HL Para niños de 0 a 17 años, pregunte HL11-HL13</p>	
HL1. Número de línea	HL2. Nombre	HL3. ¿Cuál es la relación de parentesco de (nombre) con el/la jefe/a del hogar?	HL4. ¿Es (nombre) hombre o mujer? 1 Hombre 2 Mujer	HL5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento (nombre)? 98 NS Mes Año 99 98 NS	HL6. ¿Cuántos años tiene (nombre)? Anote en años completos. Si la edad es 95 o más, anote '95'	HL7. Circule el número de línea si la edad de la mujer es entre 15 y 49 años.	HL8. ¿Quién es la madre o el encargado principal de este/a niño/a? Anote el número de línea de la madre/encargado	HL9. ¿Quién es la madre o el encargado principal de este/a niño/a? Anote el número de línea de la madre/encargado	HL11. ¿Está viva la madre natural de (nombre)? 1 Sí 2 No HL13 8 NS HL13	HL12. ¿Vive la madre natural de (nombre) en esta casa? Anote el número de línea de la madre o 00 si responde "no"	HL13. ¿Está vivo el padre natural de (Nombre)? 1 Sí 2 No Siguiendo línea 8 NS Siguiendo línea	HL14. ¿Vive el padre natural de (nombre) en esta casa? Anote el número de línea del padre o 00 si responde "no"	

Línea	Nombre	Relación*	M	F	Edad	15-49	Madre	Madre	s n ns	Madre	s n ns	Padre
01		0 1	1	2	---	01	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
02		---	1	2	---	02	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
03		---	1	2	---	03	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
04		---	1	2	---	04	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
05		---	1	2	---	05	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
06		---	1	2	---	06	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
07		---	1	2	---	07	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
08		---	1	2	---	08	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
09		---	1	2	---	09	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
10		---	1	2	---	10	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
11		---	1	2	---	11	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
12		---	1	2	---	12	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
13		---	1	2	---	13	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
14		---	1	2	---	14	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
15		---	1	2	---	15	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---

**Marque aquí si usó algún cuestionario adicional**

Pregunte si vive alguna otra persona.  
 Pregunte especialmente por algún niño o niña pequeño/a no en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (tales como empleados domésticos, amigos) pero que por lo general vivan en el hogar.  
 Incluya los nombres de estas miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.  
 Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en un Cuestionario Individual de Mujeres aparte.  
 Para cada niño menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea y el número de línea de su madre o encargado en el panel de información de un Cuestionario para menores de 5 años aparte.  
 Usted debe tener ahora un cuestionario por separado para cada mujer y cada niño en el hogar que reúnan los requisitos para ser entrevistados.

\* Referencias para HL3: Relación con el/la jefe/a del hogar:  
 01 Jefe/a      05 Nieto/ Nieta      07 Suegros      11 Sobrina / Sobrino      13 Adoptado / Hijo/a de crianza/ Hijastro/a      98 No sabe  
 02 Esposa/Esposo      06 Padre o Madre      08 Hermano / Hermana      12 Otro parentesco      14 Sin parentesco

EDUCACIÓN				ED	
Para miembros del hogar de 5 años de edad y mayores					
ED1. Número de línea	ED2. Nombre y edad <i>Copie del Listado del Hogar, HL2 y HL6</i>		ED3. ¿Asistió (nombre) alguna vez a la escuela o al pre-escolar?	ED4. ¿Cuál fue el nivel más alto al que asistió (nombre) en la escuela? ¿Cuál es el grado más alto que (nombre) completó de ese nivel?	
			1 Sí 2 No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Siguiente línea	Nivel: 0 PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA (00 A 06) 2 SECUNDARIA (00 A 03) 3 OBRERO CALIFICADO(00 A 05) 4 PREUNIVERSITA./TEC (00 A 05) 5 SUPERIOR (00 A 07) 8 NS <i>Si el nivel es=0, vaya directamente a siguiente línea o WS1 si es la última persona</i>	Grado: 98 NS  <i>(Cada nivel contiene entre paréntesis la cantidad de grados posibles según el nivel de que se trate)</i>  <i>Si el grado es menos de 1 grado, anote 00.</i>
Línea		Edad	Sí No	Nivel	Grado
01		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
02		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
03		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
04		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
05		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
06		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
07		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
08		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
09		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
10		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
11		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
12		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
13		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
14		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
15		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 8	__ __

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿Cuál es la fuente principal de agua potable de los miembros de su hogar?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda.....11	11⇒WS6
	Tubería dentro del patio o parcela.....12	12⇒WS6
	Tubería al vecino.....13	13⇒WS6
	Llave pública.....14	WS3
	Pozo con tubería.....21	
	Pozo cavado	
	Pozo protegido.....31	
	Pozo no protegido.....32	
	Agua de manantial	
	Manantial protegido.....41	
	Manantial no protegido.....42	
	Recogen agua de lluvia.....51	
	Camión cisterna (pipa).....61	
	Carreta con tanque.....71	
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....81	
Agua embotellada/envasada.....91		
Otras (detallar).....96	96⇒WS3	
WS2. ¿Cuál es la fuente principal de agua utilizada en su hogar para otros fines tales como cocinar y lavarse las manos?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda.....11	11⇒WS6
	Tubería dentro del patio o parcela.....12	12⇒WS6
	Tubería al vecino.....13	13⇒WS6
	Llave pública.....14	
	Pozo con tubería.....21	
	Pozo cavado	
	Pozo protegido.....31	
	Pozo no protegido.....32	
	Agua de manantial	
	Manantial protegido.....41	
	Manantial no protegido.....42	
	Recogen agua de lluvia.....51	
	Camión cisterna.....61	
	Carreta con tanque.....71	
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....81	
Otras (detallar).....96		
WS3. ¿Dónde se encuentra la fuente de agua?	En el interior de la propia vivienda.....1	1⇒WS6
	En el propio patio / parcela.....2	2⇒WS6
	En otro lado.....3	
WS4. ¿Cuánto tiempo se lleva ir hasta allí, recoger agua y regresar?	Cantidad de minutos.....__ __ __	
	NS.....998	
WS5. ¿Quién va habitualmente a ese fuente a buscar agua para su hogar? <i>Indague:</i> ¿Esa persona es menor de 15 años? ¿De qué sexo es?	Mujer adulta (de 15 años o más).....1	
	Hombre adulto (de 15 años o más).....2	
	Niña (menor de 15).....3	
	Niño (menor de 15).....4	
	NS.....8	
WS6. ¿Trata usted el agua de alguna forma para hacerla más segura para beber?	Sí.....1	
	No.....2	2⇒WS8
	NS.....8	8⇒WS8
WS7. ¿Qué tratamiento le hace por lo general al agua para hacerla más segura para beber? <i>Indague:</i> ¿Alguna otra cosa?  <i>Anote todas las cosas que se mencionen.</i>	La hierve.....A	
	Le añade blanqueador / cloro.....B	
	La filtra con una tela.....C	
	Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.).....D	
	Desinfección solar.....E	
	La deja reposar y asentar.....F	
	Otras (detallar).....X	
	NS.....Z	

<p>WS8. ¿Qué clase de instalación sanitaria utilizan por lo general los miembros de su hogar?</p> <p><i>Si responde "inodoro" o "letrina con cierre hidráulico", indague: ¿Hacia dónde descarga?</i></p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i></p>	<p>Con agua para descargar o baldear</p> <p>Inodoro conectado al alcantarillado.....11</p> <p>Inodoro conectado al tanque séptico.....12</p> <p>Letrina (pozo negro, hoyo).....13</p> <p>Inodoro conectado a otro sistema.....14</p> <p>Inodoro conectado a sitio desconocido / no está seguro dónde.....15</p> <p>Letrina de fosa</p> <p>Letrina mejorada con ventilación.....21</p> <p>Letrina con plataforma.....22</p> <p>Letrina sin plataforma / Foso abierto.....23</p> <p>Inodoro de compostaje.....31</p> <p>Balde.....41</p> <p>Inodoro colgante, Letrina colgante.....51</p> <p>No hay instalación sanitaria, va al monte, campo.....95</p> <p>Otros (<i>detallar</i>).....96</p>	<p>95⇒HH19</p>
<p>WS9. ¿Comparte usted esta instalación con otras personas que no son miembros de su hogar?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>2⇒HH19</p>
<p>WS10. ¿Comparte usted esta instalación únicamente con integrantes de otros hogares que usted conoce, o la instalación está abierta al uso del público en general?</p>	<p>Con otros hogares únicamente (no con el público en general).....1</p> <p>Instalación pública.....2</p>	<p>2⇒HH19</p>
<p>WS11. ¿Cuántos hogares en total utilizan esta instalación sanitaria, incluidos los miembros de su hogar?</p>	<p>Número de hogares (si menos de 10).....0__</p> <p>Diez hogares o más.....10</p> <p>NS.....98</p>	

HH19. Anote la hora: Hora y minutos \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HH20. ¿Hay alguna mujer elegible entre 15-49 años de edad que sea parte del hogar?

Verifique en el listado del hogar en la columna HL7 si hay una mujer elegible.  
Debe tener un cuestionario con el Panel de Información completado para cada mujer elegible.

Sí. ⇒ Vaya al CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES para aplicar el cuestionario a la primera mujer elegible.

No. ⇒ Continúe.

HH21. ¿Hay algún niño(a) menor de 5 años que sea parte de este hogar?

Verifique el listado del hogar en la columna HL9 si hay algún/a niño/a elegible.  
Debe tener un cuestionario con el Panel de Información completado para cada niño/a elegible

Sí. ⇒ Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS para aplicar el cuestionario a la madre o encargado del/la primer/a niño/a que reúna las condiciones de edad.

Sí. ⇒ Concluya la entrevista agradeciéndole al/la entrevistado(a) por su cooperación.  
Junte todos los cuestionarios correspondientes a este hogar y complete la información pertinente en la portada.

Observaciones del entrevistador

Observaciones del editor de campo

Observaciones del supervisor



CUESTIONARIO DE MUJER

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<p><i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver columna HL7 del Formulario de Listado de Hogares). Llene un formulario para cada mujer elegible</i></p>		
WM1. Código del consultorio: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de línea de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / _____	

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

Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos trabajando en un proyecto sobre salud y educación familiar. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos 15 minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de trabajo.

¿Puedo comenzar?

- Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a la pregunta WM10 para tomar nota de la hora y luego comenzar la encuesta.
- No, no se concede permiso ⇒ Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisor.

WM7. Resultado de la encuesta con la mujer	Completa.....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta.....04 Incapacitada.....05 Otro (especifique).....96
--	--

WM8. Revisado en campo por (Nombre y número): Nombre _____	WM9. Digitado por (Nombre y número): Nombre _____
---	--

WM10. Anote la hora: Hora y minutos \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿En qué mes y año nació?	Fecha de nacimiento: Mes..... No sabe el mes.....98 Año..... No sabe el año.....9998	
WB2. ¿Cuántos años tiene? <i>Indague: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos).....	
WB3. ¿Ha asistido alguna vez a la escuela o preescolar?	Sí.....1 No.....2	2⇒ Siguiente módulo
WB4. ¿Cuál es el nivel más alto al que ha asistido usted en la escuela?	Preescolar.....0 Primaria (00 - 06).....1 Secundaria (00 - 03).....2 Obrera calificada (00 - 05).....3 Preuniversita/Téc. (00 - 05).....4 Superior (00 - 07).....5	0⇒ Siguiente módulo
WB5. ¿Cuál es el grado más alto que completó en ese nivel? <i>Si es menos de 1 grado, anote "00"</i>	Grado.....	

MÓDULO DE NACIMIENTOS		CM
<i>Todas las preguntas se refieren sólo a los niños (as) nacidos vivos.</i>		
CM1. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿ha dado usted a luz alguna vez?	Sí.....1 No.....2	2⇒CM8
CM2. ¿Cuál fue la fecha nacimiento de su primer hijo?  Me refiero a la primera vez que usted ha dado a luz, aunque el niño/ a no esté vivo/ a o si el niño/ a es de otro hombre diferente a su actual esposo/ compañero.  <i>Salte directamente a CM4 sólo si se informa el año del primer nacimiento. De lo contrario, continúe con CM3.</i>	Fecha del primer nacimiento Día..... No sabe el día.....98 Mes..... No sabe el mes.....98 Año..... No sabe el año.....9998	2⇒CM4 Si sólo sabe el año
CM3. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE USTED TUVO SU PRIMER HIJO?	Años completos desde el primer nacimiento.....	
CM4. ¿Tiene usted algún hijo/ a, a quién haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted?	Sí.....1 No.....2	2⇒CM6
CM5. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted? ¿Cuántas hijas mujeres viven ahora con usted? <i>Si la respuesta es ninguna, anote '00'.</i>	Hijos en la casa..... Hijas en la casa.....	
CM6. ¿Tiene algún hijo/ a vivo a quien haya dado a luz pero no esté viviendo con usted ahora?	Sí.....1 No.....2	2⇒CM8
CM7. ¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas mujeres están vivas pero no viven con usted ahora? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos en otro lugar..... Hijas en otro lugar.....	
CM8. ¿Ha dado a luz alguna vez algún hijo o hija que nació con vida pero falleció después?  <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente: Me refiero a un niño que alguna vez respiró o lloró, o mostró algún signo de vida- aun cuando haya estado vivo por sólo unos pocos minutos u horas</i>	Sí.....1 No.....2	2⇒CM10
CM9. ¿Cuántos niños han fallecido? ¿Cuántas niñas han fallecido? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Niños fallecidos..... Niñas fallecidas.....	
CM10. Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.	Total.....	
CM11. Sólo para estar segura de que tengo la información correcta, usted tuvo en total ( <i>número total</i> ) hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es esto correcto? <input type="checkbox"/> Sí. Marque abajo: <input type="checkbox"/> Ningún parto ⇒ Vaya al Módulo SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> Dos o más partos ⇒ Continúe con CM12, si un solo parto continúe en CM13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Verifique las respuestas a las preguntas CM1-CM10 y realice las correcciones que sean necesarias antes de continuar con la pregunta CM12		
CM12. De estos ( <i>número total</i> ) nacimientos que usted ha tenido, ¿cuándo dio a luz el último hijo (aun cuando él/ ella haya fallecido)?  Se deben anotar el mes y el año.	Fecha del último nacimiento Día..... No sabe el día.....98 Mes..... Año.....	
CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2010 <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD. <input type="checkbox"/> Sí, tuvo nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Pregunte el nombre del niño Nombre del niño..... <i>Si el niño ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes. Continúe con el siguiente módulo.</i>		

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
<p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un niño o niña nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i>  <i>Verifique el módulo de nacimientos CM13 y anote aquí el nombre del último hijo/última hija _____.</i>  <i>Utilice el nombre del niño/de la niña en las próximas preguntas, donde se indique.</i></p>		
DB1. Cuando quedó embarazada de (nombre), ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?	Sí.....1 No.....2	1⇒Siguiente módulo
DB2. ¿Quería usted tener un hijo más tarde o no quería tener (más) hijos?	Más tarde.....1 No más.....2	2⇒Siguiente módulo
DB3. ¿Cuánto más quería usted esperar?	Meses.....1 ___ Años.....2 ___ No sabe.....998	

MÓDULO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO		MN
<p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un niño o niña nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i>  <i>Verifique el módulo de nacimientos CM13 y anote aquí el nombre del último hijo/última hija _____.</i>  <i>Utilice el nombre del niño/de la niña en las próximas preguntas, donde se indique.</i></p>		
MN23. ¿Volvió su período menstrual después del nacimiento de (nombre)?	Sí.....1 No.....2	
MN24. ¿Alguna vez le dio pecho a (nombre)?	Sí.....1 No.....2	2⇒Siguiente módulo
MN25. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento transcurrió hasta que le dio pecho a (nombre) por primera vez? <i>Si la respuesta es "menos de una hora", anote '00' horas.</i> <i>Si la respuesta es 'menos de 24 horas', anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente.....000 Horas.....1 ___ Días.....2 ___ No sabe/ no recuerda.....998	
MN26. Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (nombre) que no sea leche materna?	Sí.....1 No.....2	2⇒Siguiente módulo
MN27. ¿Qué se le dio a (nombre) de tomar?  <i>Indague:</i> ¿Algo más?	Leche (que no sea leche materna).....A Agua.....B Agua dulce o con glucosa.....C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés.....D Solución de agua con azúcar y sal.....E Jugo de frutas.....F Fórmula para bebés.....G Té / Infusiones.....H Miel.....I Otro (especifique).....X	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
<p>IS1. Verifique el Listado de Hogar, columna HL9                  ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/ alguna niña menor de 5 años?  <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con la pregunta IS2.  <input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya al Siguiente Módulo.</p>		
IS2. Algunas veces, los niños tienen enfermedades severas y deberían ser llevados inmediatamente a un centro de salud. ¿Qué tipos de síntomas harían que usted lleve al niño al centro de salud inmediatamente?  <i>Indague:</i> ¿Algún otro síntoma?  Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/ encargada no pueda recordar ningún otro.  <i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero NO induzca la respuesta con sugerencias</i>	El niño no puede ingerir líquido o amamantarse.....A El niño empeora.....B El niño comienza a tener fiebre.....C El niño tiene respiración rápida.....D El niño tiene dificultades para respirar.....E El niño tiene sangre en las heces.....F El niño ingiere poco líquido.....G Otro (especifique).....X Otro (especifique).....Y Otro (especifique).....Z	



MÓDULO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		CP
CP1. Me gustaría hablar con usted de otro tema: planificación familiar. ¿Está usted embarazada ahora?	Sí, embarazada en la actualidad.....1 No.....2 No está segura o no sabe.....8	1⇒ Siguiente módulo
CP2. Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo. ¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí.....1 No.....2	2⇒ Siguiente módulo
CP3. ¿Qué está haciendo usted ahora para demorar o evitar un embarazo? <i>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i>	Esterilización femenina.....A Esterilización masculina.....B DIU.....C Inyecciones.....D Implantes.....E Píldoras.....F Condón masculino.....G Condón femenino.....H Diafragma.....I Jalea/ Espuma espermicida.....J Amenorrea por Lactancia (MELA).....K Ritmo/ abstinencia periódica.....L Retiro.....M Otro ( <i>especifique</i> ).....X	

NECESIDAD INSATISFECHA		UN
UN1. Verifique CP1. <i>Está embarazada actualmente.</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5		
UN2. Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando quedó embarazada, ¿quería estar embarazada en ese momento?	Sí.....1 No.....2	1⇒ UN4
UN3. ¿Quería usted tener un hijo más tarde o no tener más hijos?	Más tarde.....1 No más.....2	
UN4. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo que ahora está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	Tener otro hijo.....1 No más / Ninguno.....2 No ha decidido / No sabe.....8	1⇒ UN7 2⇒ UN13 8⇒ UN13
UN5. Verifique CP3. <i>Está utilizando ahora "esterilización femenina"</i> <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6		
UN6. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijos?	Tener un (otro) hijo.....1 No más / Ninguno.....2 Dice que no puede quedar embarazada.....3 No ha decidido / No sabe.....8	2⇒ UN9 3⇒ UN11 8⇒ UN9
UN7. ¿Cuánto le gustaría esperar hasta el nacimiento de un (otro) hijo?	Meses.....1 ___ Años.....2 ___ Pronto / Ahora.....993 Dice que no puede quedar embarazada.....994 Después del casamiento.....995 Otro.....996 No sabe.....998	994⇒ UN11
UN8. Verifique CP1. <i>¿Está embarazada actualmente?</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		

UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10		
UN10. ¿Cree que se encuentra en condiciones físicas de quedar embarazada en este momento?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	1⇒ UN13 8⇒ N13
UN11. ¿Por qué cree que no es físicamente capaz de quedar embarazada?	Relaciones sexuales infrecuentes / No tiene relaciones sexuales.....A Menopausia.....B Nunca menstruó.....C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero).....D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados.....E Amenorrea postparto.....F Amamantamiento.....G Muy vieja.....H Fatalista.....I Otro (especifique).....X No sabe.....Z	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó "nunca menstruó"? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya al Siguiete Módulo <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN13		
UN13. ¿Cuándo comenzó su último período menstrual?	Hace (días).....1 ___ Hace (semanas).....2 ___ Hace (meses).....3 ___ Hace (años).....4 ___ En la menopausia/ Se le ha realizado histerectomía.....994 Antes del último nacimiento.....995 Nunca menstruó.....996	

MATRIMONIO/UNION		MA
MA1. ¿Está usted actualmente casada o viviendo con un hombre como si estuviera casada?	Sí, actualmente casada.....1 Sí, viviendo con un hombre.....2 No, no en unión.....3	3⇒MA5
MA2. ¿Cuántos años tenía su esposo/ pareja en su último cumpleaños?	Edad en años.....___ No sabe.....98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre como si lo estuviera?	Sí, casada en el pasado.....1 Sí, vivió con un hombre en el pasado.....2 No.....3	3⇒Siguiete módulo
MA6. Cuál es su estado civil ahora: ¿es usted viuda, divorciada o separada?	Viuda.....1 Divorciada.....2 Separada.....3	
MA7. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre sólo una vez o más de una vez?	Sólo una vez.....1 Más de una vez.....2	
MA8. ¿En qué mes y qué año se casó usted <u>por primera vez</u> o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?	Fecha de primer matrimonio o unión Mes.....___ No sabe en qué mes.....98 Año.....___ No sabe en qué año.....9998	⇒Siguiete módulo
MA9. ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su primer esposo/ pareja?	Edad en años.....___	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
<i>Verifique la presencia de otras personas. Antes de continuar asegure que hay privacidad.</i>		
SB1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la actividad sexual para poder tener una mejor comprensión de algunos temas importantes de la vida. La información que usted brinda será tratada con total confidencialidad. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	Nunca tuvo relaciones sexuales.....00 Edad en años..... Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja.....95	00⇒Siguiendo módulo
SB2. ¿Se utilizó condón la primera vez que usted tuvo relaciones sexuales?	Sí.....1 No.....2 No sabe/ No recuerda.....8	
SB3. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales? Anote la respuesta en "años" sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años. Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.	Días atrás.....1 Semanas atrás.....2 Meses atrás.....3 Años atrás.....4	4⇒SB15
SB4. ¿Utilizó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales?	Sí.....1 No.....2	
SB5. ¿Qué relación tenía usted con el hombre con quien tuvo relaciones sexuales la última vez? Si la persona es el "novio" o "prometido", preguntar: ¿Vivía su novio/ prometido con usted como si estuvieran casados? Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"	Esposo.....1 Conviviente.....2 Novio/prometido.....3 Compañero casual.....4 Otro (especifique).....6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Verifique MA1: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇒ Vaya a SB8 <input type="checkbox"/> No casada / No en unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7		
SB7. ¿Qué edad tiene esta persona? Si la respuesta es "no sabe", indague: ¿Más o menos qué edad tiene esta persona?	Edad del compañero sexual..... No sabe.....98	
SB8. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con algún otro hombre en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2	2⇒SB15
SB9. ¿Se utilizó condón la última vez que usted tuvo relaciones sexuales con ese otro hombre?	Sí.....1 No.....2	
SB10. ¿Qué relación tiene usted con ese hombre? Si la persona es el "novio" o "prometido", preguntar: ¿Vivía su novio/ prometido con usted como si estuvieran casados? Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"	Esposo.....1 Conviviente.....2 Novio/prometido.....3 Compañero casual.....4 Otro (especificar).....6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) y Casada o viviendo con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Vaya a SB13 <input type="checkbox"/> Si no ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿Qué edad tiene esa persona? Si la respuesta es "no sabe", indague: ¿Más o menos qué edad tiene esta persona?	Edad del compañero sexual..... No sabe.....98	
SB13. Aparte de estos dos hombres, ¿ha tenido relaciones sexuales con algún otro hombre en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2	2⇒SB15
SB14. En total, ¿con cuántos hombres diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	Cantidad de compañeros.....	
SB15. En total, ¿con cuántos hombres diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda su vida? Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada. Si la cantidad de compañeros es mayor a 95, anote "95"	Cantidad de compañeros en toda su vida..... No sabe.....98	

MÓDULO DE VIH/SIDA		HA		
HA1. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más. ¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada SIDA?	Sí.....1 No.....2	2⇒WM11		
HA2. ¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el sida ni tenga otras parejas?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA3. ¿Se pueden infectar las personas con el virus del SIDA por brujerías o a través de medios sobrenaturales?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA4. PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA5. ¿Puede una persona contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA DE SIDA?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA7. ¿Es posible que una persona de aspecto saludable tenga el virus del SIDA?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
HA8. ¿Puede el virus del SIDA ser transmitido de la madre al hijo? [A] ¿Durante el embarazo? [B] ¿Durante el parto? [C] ¿Mientras está lactando o amamantando?	Sí No NS Durante el embarazo.....1 2 8 Durante el parto.....1 2 8 Lactando.....1 2 8			
HA9. Si una profesora o un profesor tiene el virus del SIDA pero no está enferma/o, ¿se le debe permitir que continúe enseñando en la escuela?	Sí.....1 No.....2 No sabe / No está segura / Depende.....8			
HA10. ¿Usted le compraría verduras frescas a un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene el virus del SIDA?	Sí.....1 No.....2 No sabe / No está segura / Depende.....8			
HA11. Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿querría Ud. que eso permaneciera en secreto?	Sí.....1 No.....2 No sabe / No está segura / Depende.....8			
HA12. Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿Estaría Ud. dispuesta a cuidar de él/ella en su casa?	Sí.....1 No.....2 No sabe / No está segura / Depende.....8			
HA13. Verifique CM13: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Vaya a la pregunta HA24. <input type="checkbox"/> Sí, tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con la pregunta HA15.				
HA15. EN alguna de las consultas prenatales cuando estaba embarazada de (nombre) Se le brindó a usted información sobre: [A] Los bebés pueden adquirir el virus del VIH de su madre [B] Lo que puede hacer para prevenir infectarse con el virus del SIDA [C] Hacerse la prueba del SIDA [D] Le ofrecieron hacerse la prueba del sida	Sí No NS No fue a ninguna consulta.....1 2 8 VIH de la madre.....1 2 8 Medidas de prevención.....1 2 8 Hacerse la prueba del sida.....1 2 8 Ofrecieron la prueba.....1 2 8	2⇒HA24		
HA16.No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el virus del SIDA como parte de sus cuidados prenatales?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒HA20 8⇒HA20		
HA17. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒HA22 8⇒HA22		

HA18. Independientemente del resultado, todas las mujeres a quienes se les realiza esa prueba pueden recibir consejería después de obtener el resultado. ¿Recibió usted consejería después de la prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA20. No quiero saber los resultados, pero ¿se le realizó alguna prueba para detectar el virus del SIDA durante su labor de parto?	Sí.....1 No.....2 Parió fuera de un hospital.....3	2⇒HA24 3⇒HA24
HA21. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba?	Sí.....1 No.....2	
HA22. ¿Le han hecho otra prueba para detectar el virus del SIDA desde aquella vez en que se le realizó una prueba durante su embarazo?	Sí.....1 No.....2	1⇒HA25
HA23. ¿Cuándo fue la última vez que se le hizo la prueba para detectar el virus del SIDA?	Hace menos de 12 meses.....1 12-23 meses atrás.....2 Hace dos o más años.....3	1⇒WM11 2⇒WM11 3⇒WM11
HA24. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna vez alguna prueba para saber si tiene el virus del SIDA?	Sí.....1 No.....2	2⇒HA27
HA25. ¿Cuándo fue la última vez que se le hizo esta prueba?	Hace menos de 12 meses.....1 12-23 meses atrás.....2 Hace dos o más años.....3	
HA26. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11
HA27. ¿Conoce algún lugar al que la gente puede ir para que se le haga una prueba para detectar el virus del SIDA?	Sí.....1 No.....2	

WM11. Anote la hora: Hora y minutos \_\_\_\_ : \_\_\_\_

WM12. ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/alguna niña de 0 a 4 años que vive en este hogar? Verifique el listado de hogar, columna HL9.

- Sí. ⇒ Vaya al CUESTIONARIO PARA MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/esa niña y comenzar la entrevista con esta entrevistada.
- No. ⇒ Finalice la encuesta con esta entrevistada agradeciéndole por su cooperación.  
Verifique la presencia de alguna otra mujer elegible o niño(a) menor de cinco años en el hogar.

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del editor de campo

Observaciones del supervisor



CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o encargados (ver columna HL9 del listado de hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del listado de hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño(a) encuestado(a).		
UF1. Código del consultorio: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de línea del niño/a: _____	
UF5. Nombre de la madre/encargado: Nombre _____	UF6. Número de línea de la madre/encargado: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____/_____/_____	

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

Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos trabajando en un proyecto sobre salud y educación familiar. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos 15 minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de trabajo.

¿Podemos comenzar?

Sí, se otorgó el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.

No, no se obtuvo permiso ⇒ Complete UF9. Analice el resultado con su supervisor.

UF9. Resultado de la entrevista para niños menores de 5 años Los códigos se refieren a la madre/encargado.	Completa.....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta.....04 Incapacitada.....05 Otro (especifique).....96
UF10. Supervisado en campo por (Nombre y número): Nombre _____	UF11. Digitado por (nombre y número): Nombre _____

WM12. Anote la hora: Hora y minutos \_\_\_\_ : \_\_\_\_

EDAD	AG
AG1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud de (nombre), ¿En qué mes y año nació (nombre)?  Indague: ¿Cuándo es su cumpleaños? Si la madre o tutora/tutor sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también introduzca el día; de otro modo, circule 98 para el día. Debe anotar el mes y el año.	Fecha de nacimiento Día..... NS día.....98 Mes..... Año.....
AG2. ¿Cuántos años tiene (nombre)?  Indague: ¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños? Anote la edad en años completos. Anote '0' si tiene menos de 1 año. Compare y corrija AG1 o AG2 si no coinciden.	Edad (en años completos).....

LACTANCIA		BF
BF1. ¿Ha sido amamantado ( <i>nombre</i> ) alguna vez?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. ¿Todavía está ( <i>nombre</i> ) siendo amamantado?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF3. Quisiera preguntarle sobre los líquidos que ( <i>nombre</i> ) pueda haber tomado ayer durante el día o a la noche. Me interesa saber si ( <i>nombre</i> ) ingirió algo aun si fue en combinación con otra comida. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) agua ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF4. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) leche de fórmula para bebés ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5. ¿Cuántas veces tomó ( <i>nombre</i> ) leche de fórmula para bebés?	Cantidad de veces.....__ __	
BF6. ¿Tomó ayer ( <i>nombre</i> ) leche envasada, en polvo o fresca de vaca u otro animal, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7. ¿Cuántas veces tomó ( <i>nombre</i> ) leche envasada, en polvo o fresca?	Cantidad de veces.....__ __	
BF8. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) jugos naturales o en conserva ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF9. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) sopa ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF10. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF11. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) algún suero de rehidratación oral (sro) en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF12. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) ayer algún otro líquido, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF13. ¿Tomó ( <i>nombre</i> ) yogur ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BF15 8⇒BF15
BF14. ¿Cuántas veces tomó ( <i>nombre</i> ) yogur ayer, durante el día o a la noche?	Cantidad de veces.....__ __	
BF15. ¿Comió ( <i>nombre</i> ) cereales ayer, durante el día o a la noche? Se refiere a papillas u hojuelas a base de avena y/o maíz, trigo, arroz, soya, etc.	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF16. ¿Comió ( <i>nombre</i> ) alimentos sólidos o semisólidos (suaves, blandos) ayer, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BF18 8⇒BF18
BF17. ¿Cuántas veces comió ( <i>nombre</i> ) alimentos sólidos o semisólidos (suaves, blandos) ayer, durante el día o a la noche?	Cantidad de veces.....__ __	
BF18. Ayer, ya sea durante el día o a la noche, ¿bebió ( <i>nombre</i> ) algún líquido utilizando un biberón?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA												
CA1. ¿Tuvo ( <i>nombre</i> ) diarrea en las últimas dos semanas?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA7 8⇒CA7												
CA2. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a ( <i>nombre</i> ) mientras estuvo con diarrea (incluso leche materna). Durante el tiempo en que ( <i>nombre</i> ) tuvo diarrea, ¿le dio a beber menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual? <i>Si bebió menos, indague:</i> ¿Le dió mucho menos de lo habitual o un poco menos?	Mucho menos.....1 Un poco menos.....2 Casi lo mismo.....3 Más.....4 No se le dio nada para tomar.....5 NS.....8													
CA3. Durante el tiempo que ( <i>nombre</i> ) estuvo con diarrea, ¿le dió de comer menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no comió nada? <i>Si responde "menos", indague:</i> ¿Mucho menos o un poco menos?	Mucho menos.....1 Un poco menos.....2 Casi lo mismo.....3 Más.....4 Interrumpimos la comida.....5 Nunca le dimos de comer.....6 NS.....8													
CA4. Durante el episodio de diarrea, ¿le dio ( <i>nombre</i> ) a tomar alguna de estas cosas?: Lea cada punto en voz alta y escriba la respuesta antes de pasar al siguiente punto. [A] ¿Un líquido preparado con sales que vienen en un paquete llamado Sales de Rehidratación Oral? [B] ¿Algún fluido de sro para diarrea?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de sales de rehidratación en Paquete</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fluido de solución oral rehidratante preenvasada</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de sales de rehidratación en Paquete	1	2	8	Fluido de solución oral rehidratante preenvasada	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Fluido de sales de rehidratación en Paquete	1	2	8											
Fluido de solución oral rehidratante preenvasada	1	2	8											
CA5. ¿Se le dio alguna (otra) cosa para tratar la diarrea?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA7 8⇒CA7												
CA6. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea? <i>Indague:</i> ¿Algo más? <i>Escriba todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i>  _____ (Nombre)	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A Antiespasmódico.....B Zinc.....C Otros (no antibióticos, antiespasmódicos o zinc).....G Píldora o jarabe desconocido.....H Inyección Antibiótica.....L No antibiótica.....M Inyección desconocida.....N Intravenosa.....O Remedio casero / medicina a base de hierbas.....Q Otros ( <i>detallar</i> ).....X													
CA7. En algún momento de las últimas dos semanas, ¿contrajo ( <i>nombre</i> ) alguna enfermedad con tos?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA14 8⇒CA14												
CA8. Cuando ( <i>nombre</i> ) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA14 8⇒CA14												
CA9. ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o estar resfriado?	Problema en el pecho.....1 Nariz tapada o tupidia, resfrio.....2 Ambos.....3 Otros ( <i>detallar</i> ).....6 NS.....8	2⇒CA14 6⇒CA14												
CA10. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA12 8⇒CA12												



<p>CA11. ¿De dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p>¿A algún otro lugar?</p> <p>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital.....A</p> <p>Policlínico.....B</p> <p>Consultorio del médico de la familia.....C</p> <p>Médico pariente, vecino o amigo.....D</p> <p>Enfermera pariente, vecina/o o amiga/o.....E</p> <p>Otro público (detallar).....H</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amiga/o no médico.....P</p> <p>Tienda.....Q</p> <p>Curandero/a.....R</p> <p>Otras (detallar).....X</p>	
<p>CA12. ¿Se le dio algún medicamento a (nombre) para tratar esta enfermedad?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA13. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?</p> <p>¿Algún otro medicamento?</p> <p>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Antibiótico</p> <p>Pastilla / Jarabe.....A</p> <p>Inyección.....B</p> <p>Paracetamol / Acetaminofeno.....P</p> <p>Aspirina.....Q</p> <p>Ibuprofeno.....R</p> <p>Otros (detallar).....X</p> <p>NS.....Z</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño menor de 3 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Pase al siguiente módulo</p>		
<p>CA15. La última vez que (nombre) hizo caca, ¿cómo se eliminó la deposición (caca)?</p>	<p>El niño usó el inodoro / letrina.....01</p> <p>Se botó en el inodoro o letrina.....02</p> <p>Se botó en el desagüe o vertedero.....03</p> <p>Se botó en la basura (residuo sólido).....04</p> <p>Se enterró.....05</p> <p>Se dejó al aire libre.....06</p> <p>Otros (detallar).....96</p> <p>NS.....98</p>	

INMUNIZACIÓN		IM							
IM1a. Verifique AG2: ¿Es un niño menor de 3 años? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con IM1 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Pase a UF13									
Si está disponible una tarjeta de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17 son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si no hay disponible una tarjeta de inmunización.									
IM1. ¿Tiene alguna tarjeta en donde estén escritas las vacunas que se le administraron a (nombre)? (Sí) ¿Puedo verla por favor?		Sí, visto.....1 Sí, no visto.....2 No hay tarjeta.....3			1⇒IM3 2⇒IM6				
IM2. ¿Alguna vez tuvo alguna tarjeta de inmunización de (nombre)?		Sí.....1 No.....2			1⇒IM6 2⇒IM6				
IM2A. Recuperado del vacunatorio		Sí.....1 No.....2							
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. (b) Anote '44' en la columna del día si la tarjeta muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha.		Fecha de inmunización							
		Día		Mes		Año			
BCG al nacer	BCG								
HB al nacer	H0								
HB1 (1 mes, madre positiva HBsAG)	H1								
HB2 (2 meses, madre positiva HBsAG)	H2								
HB3 (12 meses, madre positiva HBsAG)	H3								
DPT + HB + Hib (2 meses)	DPTHBH1								
DPT + HB + Hib (4 meses)	DPTHBH2								
DPT + HB + Hib (6 meses)	DPTHBH3								
AM-BC1 (3 meses)	AMBC1								
AM-BC2 (5 meses)	AMBC2								
PRS (1 año)	PRS								
DPT1 (2 meses, madre + HBsAG)	DPT1								
DPT2 (4 meses, madre + HBsAG)	DPT2								
DPT3 (6 meses, madre + HBsAG)	DPT3								
Hib1 (2 meses, madre + HBsAG)	Hib1								
Hib2 (4 meses, madre + HBsAG)	Hib2								
Hib3 (6 meses, madre + HBsAG)	Hib3								
Polio 1 (campana del 27/02-05/03 2009 1ra dosis)	OPV0								
Polio 2 (campana del 24/03-30/04 2009 2da dosis)	OPV1								
Polio 3 (campana del 05-11/03 2010 1ra dosis)	OPV2								
Polio 4 (campana del 23-29/04 2010 2da dosis)	OPV3								

IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Polio 4) anotadas?		
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a IM21 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5		
IM5. Además de lo registrado en esta tarjeta, ¿se le puso a (nombre) alguna otra vacuna –incluidas vacunas recibidas en jornadas o campañas de inmunización?  Anote ‘Sí’ únicamente si el entrevistado menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba.	Sí.....1 (Indague sobre las vacunas y escriba ‘66’ en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM21) No.....2 NS.....8	2⇒IM21 8⇒IM21
IM6. ¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒IM21 8⇒IM21
IM7. ¿Se le dio a (nombre) alguna vez la vacuna BCG contra la tuberculosis –es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que le dejó una cicatriz?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
IM8. ¿Recibió (nombre) alguna vez “vacuna en gotas por boca” para protegerlo de la polio?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM10. ¿Cuántas veces recibió (nombre) la vacuna contra la polio?	Cantidad de veces.....__ __	
IM11. ¿Recibió alguna vez (nombre) “inyecciones de la vacuna DPT + HB + Hib” –es decir, una inyección en el muslo– concida como pentavalente, para prevenir el tétano, la tos ferina, la difteria, la hepatitis b y el Hemophilus influenzae b?  <i>Indague e indique que la vacuna Pentavalente se pone a los 2 meses, a los 4 y a los 6 meses de edad</i>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12. ¿Cuántas veces se le dio la vacuna DPT + HB +Hib a (nombre)?	Cantidad de veces.....__ __	
IM13. ¿Se le dio a (nombre) alguna vez inyecciones de Hepatitis B –es decir, una inyección que se da en el muslo– para prevenir la Hepatitis B?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14. ¿La primera vacuna de hepatitis b recibida fue dentro de las 24 horas de nacer o más tarde?	Dentro de las 24 horas.....1 Más tarde.....2	
IM15. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis B?  <i>Indague e indique que la vacuna contra la Hepatitis B se pone al mes, a los 2 y a los 12 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B</i>	Cantidad de veces.....__ __	
IM16. ¿Recibió (nombre) alguna vez “inyecciones de vacuna contra la papera, rubéola y sarampión” o PRS –es decir, una inyección en el brazo a los 12 meses de nacer o después?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
IM17. ¿Alguna vez recibió (nombre) “inyecciones de la vacuna DPT” –es decir, una inyección en el muslo para prevenir la difteria, tosferina y tétanos?  <i>Indague e indique que la vacuna DPT se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B</i>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM18. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la DPT?	Cantidad de veces.....__ __	
IM19. ¿Alguna vez recibió (nombre) “inyecciones de la vacuna AM-BC” –es decir, una inyección en el muslo contra el meningococo b y c?  <i>Indague e indique que la vacuna AM-BC se pone a los 3 y 5 meses de edad</i>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
IM20. ¿Cuántas veces recibió la vacuna AM-BC?	Cantidad de veces.....__ __	

IM21. ¿Alguna vez su médico le ha indicado a ( <i>nombre</i> ) la ingestión de un suplemento de hierro llamado FORFERR?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒ UF13 8⇒ UF13
IM22. ¿Le ha suministrado según le indicó el médico a ( <i>nombre</i> ) el FORFERR?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	1⇒ UF13 8⇒ UF13
IM23. ¿Por qué razón no le suministró a ( <i>nombre</i> ) el FORFERR? (marque todas las que refiera)	Porque no lo encontró en la Farmacia.....A Está tomando otro suplemento de hierro.....B Piensa que no lo requiere.....C Otra (especifique).....X  _____ _____	

UF13. Anote la hora: Hora y minutos \_\_\_\_ : \_\_\_\_

UF14. ¿El/la entrevistado(a) es la madre o el encargado de algún otro niño(a) de 0 a 4 años que viva en esta casa?

Sí. ⇒ Vaya al siguiente CUESTIONARIO PARA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS para realizarle al mismo entrevistado.

No. ⇒ Finalice la entrevista con este entrevistado agradeciéndole su cooperación.  
 Verifique si no hay algún otro cuestionario de mujeres o de niños menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.  
 Vaya a otro cuestionario de mujeres o de niños menores de 5 años.

Observaciones del entrevistador

Observaciones del editor de campo

Observaciones del supervisor