

ENTREVISTADOR/A: El/La informante es la madre biológica del/la niño/ha seleccionado/a o la persona (preferiblemente señora) que sabe más sobre el hogar  
(la esposa del jefe del hogar)

CONTROL OPERATIVO

1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita		RÓTULO	
Día	Mes	Año						
1.	_ _	_ _	_ _ _ _	Acompañamiento	1 <input type="checkbox"/>	Completa		1 <input type="checkbox"/>
	_ _	_ _	_ _ _ _	Verificación personal	2 <input type="checkbox"/>	Incompleta		2 <input type="checkbox"/>
2.	_ _	_ _	_ _ _ _	Verificación telefónica	3 <input type="checkbox"/>	Ausente	3 <input type="checkbox"/>	
3.	_ _	_ _	_ _ _ _	Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	4 <input type="checkbox"/>	
4.	Encuestador/a	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Otra	5 <input type="checkbox"/>	5. ¿Revisó el formulario?	
6.	Supervisor/a	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

7. ¿En qué día de la semana se realiza la entrevista?	Lunes	1 <input type="checkbox"/>	Viernes	5 <input type="checkbox"/>
	Martes	2 <input type="checkbox"/>	Sábado	6 <input type="checkbox"/>
	Miércoles	3 <input type="checkbox"/>	Domingo	7 <input type="checkbox"/>
	Jueves	4 <input type="checkbox"/>		





	e. Mudez	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Dificultad para entender o aprender	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>
	g. Dificultad para moverse o caminar por sí mismo	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Dificultad para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>
325b1.	¿Le han diagnosticado a (hermano/a inmediatamente menor del niño/niña seleccionado/a) algún problema a nivel cognitivo?	Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____ No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>
325c.	¿El/la hermano/a inmediatamente menor del/la niño/niña seleccionado/a tiene más de 2 años (desde 24 meses y un día) de edad?	Si 1 <input type="checkbox"/> → IV No 2 <input type="checkbox"/> ↓
325d.	¿Cuántas semanas de embarazo tenía (ud. o madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a) en el nacimiento de (hermano/a inmediatamente menor del/la niño/niña seleccionado/a)	_ _

IV. DISTANCIAS			
Si alguien del hogar se desplazara a los siguientes lugares, en este o en otro municipio, ¿cómo lo haría y cuánto tiempo le llevaría?	401. ¿Queda en este municipio o en otro?  1. En este municipio 2. En otro municipio 3. NA	402. Desde el hogar hasta ____, ¿cómo se desplazaría?  1. Motorizado 2. No motorizado 3. A pie 9. NS/NR	403. Desde el hogar hasta ____, ¿cuánto tiempo gastaría? a. Horas      b. Minutos
b. Escuela de primaria más cercana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
e. El lugar de atención médica más cercano (público o privado)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
f. El hogar comunitario del ICBF más cercano	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
g. Guardería, preescolar, jardín infantil u otro centro para el cuidado de niños/as (excluyendo el hogar comunitario)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
h. El lugar donde habitualmente se realizan los encuentros de bienestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
j. La plaza de mercado o galería	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
k. La tienda (o supermercado) más cercano donde realiza sus compras	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
l. La tienda (de variedades, cacharrería o miscelánea) más cercano donde compra juguetes	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
m. La papelería más cercana donde compra libros para niños/niñas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓
n. La tienda de ropa más cercana donde compra ropa para niños/niñas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a.  __   __       b.  __   __  ↓

VII. GASTOS	
A. COMIDA	
701. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en alimentos?	\$ _____ NS/NR    1 <input type="checkbox"/> Adquiridos antes de los últimos 7 días    2 <input type="checkbox"/>

702. Durante los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que le regalaron, les entregaron o donaron?	<p style="text-align: right;">Sí      1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Donados antes de los últimos 7 días      2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No      3 <input type="checkbox"/></p>	→704
703. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que le regalaron, le entregaron o les donaron?	<p>\$ _____      NS/NR      1 <input type="checkbox"/></p>	
704. En los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que tomaron de su parcela, si la tienen, o consumieron animales propios si los tienen?	<p style="text-align: right;">Sí      1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No      2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No tienen      3 <input type="checkbox"/></p>	→706 →706
705. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que tomaron de su parcela o de los animales propios consumidos?	<p style="text-align: right;">\$ _____</p> <p style="text-align: right;">NS/NR      1 <input type="checkbox"/></p>	
B. OTROS		
706. En los últimos 7 días, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en cigarrillos, tabaco y bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, etc.)?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	
707. En el último mes, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en artículos de aseo personal para niños/niñas menores de 6 años de edad (pañales desechables, toallitas húmedas, talcos, jabón, champú, etc.)?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	
708. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en juguetes para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	
708a. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en libros para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	
709. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en ropa para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	
710. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en periódicos, revistas y libros para adultos?	<p>\$ _____      No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>	

IX. INCIDENTES		
901. Desde hace <i>DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> , ¿sufrió este hogar la muerte de alguno de sus integrantes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> → 906
902. ¿Cuántos miembros del hogar murieron desde <i>hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> ?	_	
<p>ENTREVISTADOR/A: Preguntar 903 a 905 para un máximo de 2 personas. Si más de 2 miembros del hogar murieron desde <i>hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> preguntar por las 2 personas más cercanas al/la entrevistado/a.</p>		
903. ¿Cuál era el parentesco con usted?	904. ¿Era hombre o mujer? 1. <i>Hombre</i> 2. <i>Mujer</i>	905. ¿Qué edad (años) tenía su "_____" cuando murió?
1. Hijo/a 2. Hermano/a 3. Padre/Madre 4. Otro		
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _  Años
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _  Años

906. En los últimos 2 años, ¿tuvo este hogar una mala cosecha o la pérdida de la cosecha?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> →908</p> <p>No tuvieron cosecha o No cultivan 3 <input type="checkbox"/> →908</p>	
906b. ¿Cuál fue la causa de la mala cosecha o de la pérdida de la cosecha?	<p>Inundaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Derrumbes o avalanchas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Incendio 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Plagas o enfermedades 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Cambios Climáticos (invierno/verano/heladas) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra 6 <input type="checkbox"/></p>	
907. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	<p>\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>	
<p>908. En los últimos 2 años, ¿tuvo este hogar alguna pérdida en un negocio por causa de, por ejemplo, un incendio u otro desastre?</p> <p>ENTREVISTADORA: Incluir negocios agropecuarios</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> →X</p> <p>No ha tenido negocio 3 <input type="checkbox"/> →X</p>	
908b. ¿Cuál fue la causa principal de esta pérdida?	<p>Inundaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Robo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad del propietario o de los empleados 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de comercialización 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Cambios Climáticos (invierno/verano/heladas) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra 6 <input type="checkbox"/></p>	
909. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	<p>\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>	

**X. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS NIÑOS DEL HOGAR**

1001. ¿Cuántos/as niños/niñas hay en el hogar mayores de 6 meses y menores de 6 años de edad?	<p>□</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----------

ENTREVISTADORA: En pregunta 1002a y 1002b transcriba del reporte de seguimiento 301 y 302 el número de orden y nombre del/la niño/niña seleccionado/a y el/la hermano/a inmediatamente menor y pregunte por todos los alimentos que el/la niño/niña ha consumido en los últimos 7 días, incluyendo lo que haya comido fuera del hogar: en el hogar comunitario, en la guardería, en el jardín, en el preescolar, en casa de parientes, en la calle, etc.

1002a. Nombre:	_____	_____		
1002b. No. de orden:	__ __	__ __		
1002. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿____ consumió (alimento)?				
ENTREVISTADORA: Si la respuesta es SÍ para algún alimento, registre cuántos días lo consumió y pase al siguiente alimento.				
ALIMENTO	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?
XA. CEREALES				
a1. Arroz	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
a. Pan y/o pastas	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
b. Preparación con harina de trigo y maíz (arepa, galletas, otros productos de panadería diferentes al pan)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
XB. RAICES TUBÉRCULOS PLÁTANOS				
c. Papa, plátano verde, maduro, guineo, yuca, arracacha, etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
XC. HORTALIZAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS VERDES				
d. Arveja, frijol, habas verdes (en cáscara), etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
e. Ahuyama, zanahoria, pimentón, espinacas, repollo, lechuga, acelgas, habichuela, brócoli, guatila, etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __
XD. FRUTAS				
f. Fruta entera ó en jugo (mango, naranja, guayaba, mandarina, banano, piña, tomate de árbol, etc.)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	__ __

XE. CARNES				
g. Carne de res, hígado, vísceras	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
h. Pollo, gallina u otras aves	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
i. Carne de cerdo, cordero, cabrito, conejo	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
j. Pescado	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
k. Huevo	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
XF. LÁCTEOS Y DERIVADOS				
l. Leche de fórmula (en tarro ó lata)	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
m. Leche sola o en diferentes preparaciones, Kumis ó yogurt, queso ó cuajada	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
XG. GRASAS				
n. Fritos en aceite, manteca, mayonesa, salsa de tomate.	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
XH. AZÚCARES Y DULCES				
o. Azúcar, panela (preparaciones), dulces, golosinas, gaseosas, comida de paquete.	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
XI. LEGUMINOSAS SECAS Y MEZCLAS VEGETALES				
p. Frijol y arveja seca, lenteja, garbanzo, etc.	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
q. Bienestarina	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>
r. Suplemento vitamínico (vitaminas y minerales)	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ↓ Sí <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>

XI. PARTICIPACIÓN EN FAMILIAS EN ACCIÓN				
1101. ¿Reciben el subsidio de Familias en Acción en este hogar?			Sí <input type="checkbox"/>	→XII

		No	2 <input type="checkbox"/>
1102. ¿Por qué razón no recibe el subsidio el hogar?	Cumplía requisitos y nunca lo recibí	1 <input type="checkbox"/>	→ XII
	Cumplía requisitos pero ya no	2 <input type="checkbox"/>	
	Otra	3 <input type="checkbox"/>	
1103. ¿Desde cuándo dejó de recibir el subsidio?	a. <input type="text"/> <input type="text"/> Mes	b. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	


