

ECUADOR
CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
ENDEMAIN - 2004
CUESTIONARIO DEL HOGAR



I. INFORMACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

CUESTIONARIO No.

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA				
PROVINCIA:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		
CANTÓN:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		
CIUDAD O PARROQUIA:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		
B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
Zona No:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Sector No:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Segmento No:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Vivienda No:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
C. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA				
Calle/camino/Km.: _____				
Recinto/Caserío/Barrio: _____				
N° de la casa/Dpto./Lote: _____ Piso: _____				
D. GRUPO ÉTNICO DEL HOGAR (OBSERVACIÓN)				
- Blanco..... 1 - Mestizo..... 2 - Indígena..... 3 - Negro..... 4 - Otra, cuál?..... 8				
E. NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR				

F. SEGUIMIENTO Y RESULTADO DE LA ENTREVISTA				
No. de Visita	1	2	3	4
Fecha de Visita	Día <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Mes <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Día <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Mes <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Día <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Mes <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Día <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Mes <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Hora de inicio de la entrevista	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Hora de finalización de la entrevista	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Hora <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> Min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Resultado de la entrevista: - Completa..... 1 - Desocupada..... 4 - Informante no disponibles..... 2 - Otro, cuál?..... 8 - Rechazo..... 3				

G. PERSONAL DE CAMPO			
Nombre Entrevistador(a): _____			
Nombre Supervisor(a): _____			
H. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificador(a)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Digitador(a)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>

II. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS					
CARACTERÍSTICAS GENERALES (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)					
<div>Registre el nombre y apellidos de todas las personas que COMEN Y DUERMEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR:</div>					
<div></div>	<div>Sexo de (.....) Hombre ... 1 Mujer 2</div>	<div>Cuántos años cumplidos tiene(.....)?</div>	<div>Cuál es el parentesco de (.....) con el JEFE(A) de este hogar? - JEFE o JEFA 1 - Esposa(o) 2 - Conviviente..... 2 - Hijo - Hija 3 - Yerno o Nuera..... 4 - Padres o suegros..... 5 - Nieto o Nieta..... 6 - Otros Parientes 7 - Otros no Parientes .. 8 - Empleada(o) doméstica(o) (puertas adentro)..... 9</div>	<div>MENOS DE 12 AÑOS Pase >> 301, Pág. 1</div> <div>Cuál es el estado civil o conyugal actual de (.....)? - Unión libre..... 1 - Casado..... 2 - Separado..... 3 - Divorciado..... 4 - Viudo..... 5 - Soltero..... 6</div>	
		<div>MENOS DE 1 AÑO = 00</div>			
		<div>AÑOS</div>			
<div>CP</div>	<div>201</div>	<div>202</div>	<div>203</div>	<div>204</div>	<div>205</div>
<div>1</div>					
<div>2</div>					
<div>3</div>					
<div>4</div>					
<div>5</div>					
<div>6</div>					
<div>7</div>					
<div>8</div>					
<div>9</div>					
<div>10</div>					

III. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES (PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

ANALFABETISMO	ASISTENCIA	TIPO ESTABLECIM.	GASTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		GASTOS MENSUALES			NO ASISTENCIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
<p>MENOS DE 5 AÑOS Pase >>401, Pág. 2</p> <p>Sabe leer y escribir (.....)?</p> <p>(SI SOLO SABE LEER O SI SOLO SABE ESCRIBIR ANOTE CÓDIGO 2</p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	<p>(.....) <u>Durante los últimos 12 meses</u> (de.....a.....) asistió a algún establecimiento educativo? (Jardín, Escuela, Colegio, Instituto Superior, Universidad)</p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2 Pase >>309</p>	<p>El establecimiento donde asiste o asistió (.....) es:</p> <p>- Fiscal?..... 1</p> <p>- Particular?..... 2</p> <p>- Municipal, del Consejo Provincial, Fiscomisional, de la JBG?..... 3</p>	<p><u>Durante los últimos 12 meses</u> (de.....a.....) cuánto pagó por concepto de uniformes, matrícula o inscripción de (.....)?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p>	<p><u>Durante los últimos 12 meses</u> (de.....a.....) cuánto pagó por concepto de textos, útiles y material escolar de (.....) ?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p>	<p><u>Durante el mes pasado o el último que pagó</u>, cuánto canceló por concepto de pensión de (.....)?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p>	<p><u>Durante el mes pasado o el último que pagó</u>, cuánto gastó por concepto de transporte escolar y/o pasajes de (.....)?</p> <p>NO GASTÓ=00</p>	<p><u>Durante el mes pasado o el último que pagó</u>, cuánto canceló por concepto de cuotas u otros gastos relacionados con la educación de (.....)?</p> <p>PASE >>310</p>	<p>Por qué razón (.....) no asiste o asistió a algún establecimiento educativo? (Jardín, Escuela, Colegio, Instituto Superior, Universidad)</p> <p>- Edad..... 1</p> <p>- Costo..... 2</p> <p>- Trabajo..... 3</p> <p>- Lab. Domésticas..... 4</p> <p>- Terminó los estudios..... 5</p> <p>- Enfermedad..... 6</p> <p>- Falta de establecimiento o profesores..... 7</p> <p>- Embarazo..... 8</p> <p>- Distancia, transporte..... 9</p> <p>- Otra, cuál?..... 88</p>	<p>Cuál es o fue el nivel de instrucción más avanzado que (.....) aprobó?</p> <p>- Ninguno..... 1 >> 312</p> <p>- Educación Básica de Adultos (E.B.A.) 2</p> <p>- Preprimario..... 3</p> <p>- Primaria 4</p> <p>- Secundaria 5</p> <p>- Superior 6</p> <p>- Postgrado 7</p>	<p>Qué grado, curso o año aprobó (.....) ?</p> <p>GRADO/CURSO</p>
CP ➡ 301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311 ➡
1										1
2										2
3										3
4										4
5										5
6										6
7										7
8										8
9										9
10										10

III. SOCIOECONÓMICAS			
CAPACITACIÓN		OCUPACIONALES	
PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS			
<div>MENOS DE 10 AÑOS Pase >> 401</div>	<div>Durante los últimos 12 meses (de.....a.....), cuánto pagó por concepto de matrícula, inscripción, textos, materiales y transporte?</div> <div>NO PAGÓ = 00</div>	<div>MENOS DE 10 AÑOS Pase >> 401</div> <div>Qué hizo (.....) durante la semana pasada:</div> <div>- Trabajó al menos una hora?..... 1 - Buscó trabajo habiendo trabajado antes?..... 2 - Buscó trabajo por primera vez?..... 3 - Realizó solamente las labores del hogar?..... 4 - Solo estudió?..... 5 - Es rentista?..... 6 - Es jubilado o pensionado?..... 7 - Está incapacitado para trabajar?..... 8 - Edad avanzada para trabajar?..... 9 - Otra, cuál?..... 88</div>	
<div>SI.....1</div>			
<div>NO.....2 Pase >> 401</div>			
DÓLARES			
CP 312	313	314	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

IV: ACCESO A SEGURO DE SALUD						
(PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)						
SEGURO SOCIAL			OTRO TIPO DE SEGURO			
<div>(.....) actualmente está afiliado o cubierto por:</div> <div>- El Seguro General del IESS?..... 1 - El Seguro Campesino?..... 2 - Ninguno..... 3</div>	<div>Cuál es la razón principal por la que (.....) no está afiliado o cubierto por el IESS o Seguro Campesino?</div> <div>- Trabaja independiente..... 1 - No trabaja..... 2 - El patrono no le afilia..... 3 - Los padres no son afiliados..... 4 - El costo del servicio es alto..... 5 - El servicio que brinda es malo..... 6 - Los centros de atención quedan lejos..... 7 - No tienen edad..... 8 - No le interesa..... 9 - Otra, cuál?..... 88</div>	<div>(.....) actualmente tiene otro tipo de seguro?</div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2 Pase >>SP</div> <div>Última Persona Pase >>501</div>	<div>(.....) tiene:</div> <div>- Seguro privado?..... 1 - Seguro del ISSFA o SSPOL..... 2 Última Persona Pase >>501</div>	<div>Cuál es la razón principal por la que (.....) tiene un seguro de salud privado?</div> <div>- La empresa donde trabaja contrató el seguro..... 1 - Calidad del servicio..... 2 - Precios bajos..... 3 - Facilidad de acceso al servicio..... 4 - Está enfermo..... 5 - Reduce el riesgo de pagos altos por salud..... 6 - Le da seguridad..... 7 - Seguro social malo..... 8 - Otra, cuál?..... 88</div>	<div>(.....) Cuánto paga al mes por el seguro privado?</div> <div>NO PAGA= 00</div> <div>Pase >> S P,</div> <div>Última Persona Pase >>501</div>	<div>DÓLARES</div>
401	402	403	404	405	406	
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: PROBLEMAS DE SALUD (Llenar en forma vertical)

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS

<p>(.....) en los últimos 30 días (dea.....) tuvo alguna enfermedad aunque haya sido pasajera (incluido gripe, diarrea, etc.), enfermedad crónica (gastritis, presión alta, diabetes, asma, etc.) malestar (incluido dolor de muela, cólico menstrual), accidente (incluye complicación de embarazo), problemas de depresión, estrés, en general algún problema de salud (incluye mal aire, espanto, mal de ojos)?</p>	<p>Cuál(es) fueron la (s) dos enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves que tuvo (.....) en los últimos 30 días?</p>	<p>PROBLEMA DE SALUD</p>	<p>ENCUESTADOR(A):</p> <p>REGISTRE EL NOMBRE Y CÓDIGO (CP) DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE EN LA PREGUNTA 501 y 502 TUVIERON UNO O DOS PROBLEMAS DE SALUD, UTILIZANDO LOS PANELES CORRESPONDIENTES</p>	<p>ENCUESTADOR (A):</p> <p>REGISTRE EL NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROBLEMA DE SALUD EN CADA PANEL, EN EL ORDEN QUE APARECE EN LA PREGUNTA 502</p>	<p>Hace cuánto tiempo ocurrió el [la](problema de salud)..... por primera vez?</p>	<p>En los últimos 30 días (.....), cuántos días o semanas ha estado con el [la] (problema de salud).....?</p>	<p>(.....) qué hizo como primera acción para solucionar el [la] (problema de salud)....:</p>	<p>Cuál fue el motivo por el que (.....) no hizo nada para resolver el [la](problema de salud).....?</p>	
<p>Excluye control del embarazo y atención del parto</p>									
<p>SI.....1 >>502</p>									
<p>NO.....2>>SP</p>									
<p>PROBLEMAS DE SALUD</p>									
<p>PRIMERO SEGUNDO</p>									
CP	501	502	NOMBRE	CP	PROBLEMA	TIEMPO	U.T	TIEMPO	U.T

CP	501	502	503	504	505	506	507	508
1			PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)					
2								
3								
4								
5								
6			PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)					
7			NOMBRE	CP	PROBLEMA			
8								
9								
10								

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)																
VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS (PRIMERA VEZ)																
PROBLEMA DE SALUD	(.....) a dónde acudió o quién le atendió por el [la]....(problema de salud)....? - Hospital Público..... 1 - Centro de Salud Público..... 2 - Subcentro de Salud Público... 3 - Puesto de Salud Público..... 4 - Hospital/ Clínica IESS..... 5 - Dispensario IESS..... 6 - Hospital FFAA/Policia..... 7 - Hospital / Clínica Privada 8 - Junta de Beneficencia..... 9 - Patronato San José..... 10 - Fundación/ONG's..... 11 - Farmacia..... 12 - Consultorio médico/ dental/ homeópata..... 13 - Centro naturista/ acupunturista..... 14 - Curandero/Partera/ Sobador... 15 - Otro, Cuál?..... 16		Cuál es el nombre del establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía) y dónde queda?				Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento o proveedor de salud).....? - Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad..... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas/profesional.... 5 - Es gratis..... 6 - No hay otro establecimiento..... 7 - Otro, cuál?..... 8		Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....? <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>- Minutos... 1 - Horas..... 2</div>		En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ? (Incluido lo pagado por otras personas) <div>NO GASTO=00</div>		Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atendan? <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>- Minutos 1 - Horas... 2</div>		Cuando (.....) llegó al (establecimiento o proveedor de salud).....quién le atendió: - Médico?..... 1 - Dentista?..... 2 - Enfermera?..... 3 - Auxiliar de enfermería?..... 4 - Farmacéutico?... 5 - Curandero/ Partera/ Sobador?..... 6 - Otro?..... 8	
		NOMBRE ESTABLECIMIENTO	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA / BARRIO			TIEMPO	U.T	DÓLARES	TIEMPO	U.T				
	509	510				511	512	513	514	515						
PRIMER PANEL	CP	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)														
SEGUNDO PANEL	CP	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)														

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)																																				
VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS (PRIMERA VEZ)										ATENCIÓN EN CASA (PRIMERA VEZ)				AUTOMEDICACIÓN (PRIMERA VEZ)																						
PROBLEMA DE SALUD	(.....) qué atención o servicios de salud recibió en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)? (múltiples respuestas) - Emergencia..... 1 - Consulta externa..... 2 - Consulta de especialidades..... 3 - Medicina interna / general..... 4 - Laboratorio clínico..... 5 - Imagenología..... 6 - Rehabilitación..... 7 - Medicamentos..... 8 - Curaciones (Medicina ancestral)..... 9 - Hospital del día (en observación)..... 10 - Otro, cuál?..... 88		Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... : (Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie) - Pagó todo ?..... 1 - Pagó una parte y el seguro directamente el resto?..... 2 - Pagó y recuperó del seguro?..... 3 - Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?..... 4 - No pagó/gratis?..... 5		(.....) compró medicamentos ? (Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud) - Si..... 1 - No..... 2		(.....) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio? (Excluya los que se hizo en el establecimiento o proveedor de salud) - Si..... 1 - No..... 2		(.....) realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc? - Si..... 1 - No..... 2		Quién le atendió la primera vez : - Médico?..... 1 - Enfermera?..... 2 - Auxiliar de enfermería?..... 3 - Curandero/ Partera/ Sobador?..... 4 - Otro, cuál?..... 8		Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la primera vez ? - Si..... 1 - No..... 2		(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios? - Si..... 1 - No..... 2		Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse? - Farmacia..... 1 - Mercado..... 2 - Tienda..... 3 - Familiar/ amigo... 4 - Huerto..... 5 - Otro, cuál?..... 8		Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse? NO PAGÓ = 00 PASE >>526, Pág. 6 ENFERMEDAD CRÓNICA Pase >> 557, Pág. 9																	
																					FORMA		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?			
																					PERSONA		SEGURO / OTRO		PERSONA		SEGURO / OTRO		PERSONA		SEGURO / OTRO		PERSONA		SEGURO / OTRO	
																					COD	DÓLARES	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	DÓLARES	COD	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES
	516		517		518		519		520		521		522		523		524		525																	
PRIMER PANEL	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)																																			
SEGUNDO PANEL	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)																																			

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)									
RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS					VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS (SEGUNDA VEZ)				
PROBLEMA DE SALUD	Con la primera acción que (.....) hizo, se resolvió o se curó del [la] (problema de salud)?	Qué <u>otra acción</u> hizo:	Cuál fue el motivo por el que (.....) no hizo nada para resolver el [la](problema de salud).....?	(.....) a dónde acudió o quién le atendió por el [la](problema de salud).... <u>esta vez?</u>	Cuál es el nombre del establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía) y dónde queda?				
		<div>SI.....1 Pase>>557, Pág. 9</div> <div>NO.....2</div>	<div>- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 >> 532</div> <div>- Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2>> 529</div> <div>- Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera curandero, etc. ?..... 3>> 541</div> <div>- Se automedicó..... 4>> 544</div> <div>- Siguió el tratamiento del médico?..... 5>> 544</div> <div>- Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?.... 6 PASE >> 546, Pág. 8</div> <div>- No hizo nada?..... 7</div>	<div>- Enfermedad o accidente leve..... 1</div> <div>- No tuvo tiempo.....2</div> <div>- El centro de atención queda lejos..... 3</div> <div>- Muy caro.....4</div> <div>- Atención de mala calidad..... 5</div> <div>- Falta de dinero..... 6</div> <div>- No pudo dejar la casa o a los niños?..... 7</div> <div>- Conoce la enfermedad..... 8</div> <div>- No puede dejar de trabajar..... 9</div> <div>- Otro, cuál..... 88</div> <div>Pase >> 557, Pág. 9</div>	<div>- Hospital Público..... 1</div> <div>- Centro de Salud Público..... 2</div> <div>- Subcentro de Salud Público... 3</div> <div>- Puesto de Salud Público..... 4</div> <div>- Hospital/ Clínica IESS..... 5</div> <div>- Dispensario IESS..... 6</div> <div>- Hospital FFAA/Policía..... 7</div> <div>- Hospital / Clínica Privada 8</div> <div>- Junta de Beneficencia..... 9</div> <div>- Patronato San José..... 10</div> <div>- Fundación/ONG's..... 11</div> <div>- Farmacia..... 12</div> <div>- Consultorio médico/ dental/ homeópata..... 13</div> <div>- Centro naturista/ acupunturista..... 14</div> <div>- Curandero/Partera/ Sobador.. 15</div> <div>- Otro, Cuál?..... 88</div> <div>531</div>	NOMBRE ESTABLECIMIENTO	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA / BARRIO
	526	527	528	529	530				
PRIMER PANEL	CP	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)							
SEGUNDO PANEL	CP	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)							

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)																	
VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD - ÚLTIMOS 30 DÍAS (SEGUNDA VEZ)																	
PROBLEMA DE SALUD	Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento o proveedor de salud).....? - Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad.... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas/ profesionales..... 5 - Es gratis..... 6 - No hay otro establecimiento... 7 - Otra, cuál?..... 8	Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....? <div> <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div> - Minutos... 1 - Horas..... 2 </div> </div>	En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ? <div> <div>NO GASTÓ = 00</div> </div>	Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan? <div> <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div> - Minutos... 1 - Horas..... 2 </div> </div>	Cuando (.....) llegó al (establecimiento o proveedor de salud).....quién le atendió esta vez: - Médico?..... 1 - Dentista?..... 2 - Enfermera?..... 3 - Auxiliar de enfermería?..... 4 - Farmacéutico?... 5 - Curandero/ Partera/ Sobador?..... 6 - Otro?..... 8	(.....) qué atención o servicios de salud recibió en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)? (múltiples respuestas) - Emergencia..... 1 - Consulta externa..... 2 - Consulta de especialidades..... 3 - Medicina interna / general..... 4 - Laboratorio clínico..... 5 - Imagenología..... 6 - Rehabilitación..... 7 - Medicamentos..... 8 - Curaciones (Medicina ancestral)..... 9 - Hospital del día (en observación)..... 10 - Otro, cuál?..... 88	Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... : (Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie) - Pagó todo ?..... 1 - Pagó una parte y el seguro directamente el resto?..... 2 - Pagó y recuperó del seguro?..... 3 - Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?..... 4 - No pagó/gratis?..... 5	(.....) compró medicamentos <u>esta vez</u> ? (Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud) - Si..... 1 - No..... 2	(.....) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio <u>esta vez</u> ? (Excluya los que se hizo en el establecimiento o proveedor de salud) - Si..... 1 - No..... 2	(.....) realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc. <u>esta vez</u> ? - Si..... 1 - No..... 2 <div>PASE >>553, Pág. 9</div>	FORMA	Cuánto pagó?		Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	
		PERSONA	SEGURO / OTRO														
	COD	DÓLARES	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES
		531	532	533	534	535	536	537	538	539	540						
PRIMER PANEL	CP	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)															
SEGUNDO PANEL	CP	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)															

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)																
PROBLEMA DE SALUD	ATENCIÓN EN CASA (SEGUNDA VEZ)				AUTOMEDICACIÓN (SEGUNDA VEZ)		HOSPITALIZACIÓN - ÚLTIMOS 30 DÍAS									
	Quién le atendió en su casa esta vez : - Médico?..... 1 - Enfermera?..... 2 - Auxiliar de enfermería?..... 3 - Curandero/ partera/ sobador?..... 4 - Otro, cuál?..... 8	Cuánto pagó por la atención en su casa esta vez ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">NO PAGÓ = 00</div>	(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios esta vez ? - Si..... 1 - No..... 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; color: blue;">PASE >>553, Pág. 9</div>	Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse, esta vez ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">NO PAGÓ ANOTE 00</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; color: blue;">PASE >>553, Pág. 9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; color: blue;">ENFERMEDAD CRÓNICA Pase >> 557, Pág. 9</div>	Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse, esta vez ? - Farmacia..... 1 - Mercado..... 2 - Tienda..... 3 - Familiar/ amigo..... 4 - Huerto..... 5 - Otro, cuál?..... 8	Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">UNIDAD TIEMPO</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> - Hospital Público..... 1 - Hospital/ Clínica IESS... 2 - Hospital FFAA/ Policía..... 3 - Hospital / Clínica Privada 4 - Junta de Beneficencia... 5 - Patronato San José..... 6 - Fundación/ONG's..... 7 - Otro ,cuál?..... 8 </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> - Días..... 1 - Semanas..... 2 - Meses..... 3 </div> </div> </div>	Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización: <div style="color: blue;">(Incluya los medicamentos , exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, etc., comprados o efectuados dentro del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)</div> - Pagó todo?..... 1 - Pagó una parte y el seguro el resto?..... 2 - Pagó y recuperó del seguro?..... 3 >> 550 - Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?..... 4 - No pagó/gratis?..... 5 >> 550	Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización? - Ahorros propios..... 1 - Préstamo bancario..... 2 - Préstamo familiar..... 3 - Préstamo de amigos, conocidos..... 4 - Tuvo que vender algo..... 5 - Tarjeta de crédito..... 6 - Otro, cuál?..... 8								
									DÓLARES	COD	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES
									DÓLARES	COD	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES
	541	542	543	544	545	546	547	548			549					
PRIMER PANEL	CP	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)														
SEGUNDO PANEL	CP	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)														

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)													
HOSPITALIZACIÓN - ÚLTIMOS 30 DÍAS							OTRAS ACCIONES			PERDIDA DE INGRESOS			
PROBLEMA DE SALUD	Cuando (.....) estuvo hospitalizado, compró medicamentos fuera del (establecimiento)? (Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)		Cuando (.....) estuvo hospitalizado, se hizo exámenes de laboratorio fuera del (establecimiento)? (Excluya los que se hizo en el establecimiento de salud)		Cuando (.....) estuvo hospitalizado, se hizo radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc. fuera del....(establecimiento).....?		Finalmente se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) que tuvo <u>durante los últimos 30 días</u> ?	Qué <u>otras acciones</u> hizo: (múltiples respuestas)	Cuántas veces más (.....) se trató por el [la] (problema de salud) que tuvo <u>durante los últimos 30 días</u> ?	Cuánto más gastó en total ?	Cuando tuvo el [la](problema de salud)....., (.....) o algún familiar faltó o dejó de trabajar?	Cuántos días faltó o faltaron?	Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días?
	- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No... 2		SI.....1 Pase >> 557	- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 - Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2 - Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera curandero, etc. ?..... 3 - Se automedicó..... 4 - Siguió el tratamiento del médico?..... 5 - Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?.. 6 - No hizo nada?..... 7 >> 557			- Solo paciente..... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3 - No faltó..... 4 - No trabaja..... 5	MENOS DE 1 DÍA=00	NO PERDIÓ =00 Si hay un segundo problema de salud regrese a Preg. 503 Pág.3, SEGUNDO PANEL, Si no hay segundo problema de salud, vaya a Siguiente Persona con primer problema de salud, Preg. 503, Pág. 3 PRIMER PANEL, Si es la Última Persona pase a 560, Pág. 10
	Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?								
	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES			VECES	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES
550		551		552		553	554	555	556	557		558	559
PRIMER PANEL	CP	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)											
SEGUNDO PANEL	CP	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)											

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE B: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

<p>(.....) en los últimos 30 días (de.....a.....), visitó algún establecimiento de salud, médico, dentista, sicólogo, curandero, etc.; para hacerse un chequeo general o parcial, o recibir algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, examen de papanicolaou, mamografía, consejería y consulta sobre Planificación Familiar, etc.?</p> <p>Excluya control del embarazo</p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2 Pase >> 572, Pág. 11</p> <p>A partir de esta pregunta se diligencia persona por persona en forma horizontal</p>		<p>(.....) a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Público..... 1 - Centro de Salud Público..... 2 - Subcentro de Salud Público..... 3 - Puesto de Salud Público..... 4 - Hospital/ Clínica IESS..... 5 - Dispensario IESS..... 6 - Hospital FFAA/Policia..... 7 - Hospital / Clínica Privada 8 - Junta de Beneficencia..... 9 - Patronato San José..... 10 - Fundación/ONG's..... 11 - Farmacia..... 12 - Consultorio médico/ dental/ homeópata..... 13 - Centro naturista/ acupunturista..... 14 - Curandero/Partera/ Sobador... 15 - Otro, Cuál?..... 88 		<p>Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento de salud o proveedor de servicios de salud).....?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad..... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas... 5 - No hay otro establecimiento.... 6 - Otro, cuál?..... 8 		<p>Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....?</p> <p>UNIDAD TIEMPO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minutos..... 1 - Horas..... 2 <p>NO GASTO = 00</p>		<p>En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... ?</p> <p>(incluido lo pagado por otras personas)</p> <p>UNIDAD TIEMPO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minutos..... 1 - Horas..... 2 <p>NO GASTO = 00</p>		<p>Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan?</p> <p>UNIDAD TIEMPO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minutos..... 1 - Horas..... 2 		<p>(.....) qué atención o servicios de salud (vacunas, control del crecimiento, consultas, examen dental, laboratorio, rayos x, etc.) que (.....) recibió?</p> <p>(múltiples respuestas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacunas..... 1 - Control de crecimiento y desarrollo..... 2 - Detección de desnutrición y niños en riesgo..... 3 - Consulta externa..... 4 - Consulta psicológica/siquiátrica..... 5 - Examen dental..... 6 - Tratamiento odontológico..... 7 - Laboratorio clínico..... 8 - Examen papanicolaou/ mamografía..... 9 - Imagenología..... 10 - Consulta Planificación Familiar... 11 - Método Planificación Familiar..... 12 - Otro, cuál?..... 88 		<p>Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido:</p> <p>(Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagó todo ?..... 1 - Pagó una parte y el seguro el resto?..... 2 - Pagó y recuperó del seguro?..... 3 - Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?..... 4 - No pagó/gratis?..... 5 <p>FORMA</p> <p>COD</p> <p>PERSONA</p> <p>SEGURO/ OTRO</p> <p>DÓLARES</p> <p>DÓLARES</p>			<p>Compró (.....) medicamentos, se hizo exámenes o efectuó otros gastos?</p> <p>(Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)</p> <p>- Si..... 1</p> <p>- No..... 2</p> <p>Cuánto pagó?</p> <p>COD</p> <p>DÓLARES</p>	
CP	560	561	562	563	564	565	566	567	568									
1									1									
2									2									
3									3									
4									4									
5									5									
6									6									
7									7									
8									8									
9									9									
10									10									

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE B: SALUD PREVENTIVA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

<p>Quando acudió (Establecimiento o proveedor de salud)..... para el chequeo o control, (.....) o algún familiar , faltó o dejó de trabajar?</p> <p>- Solo paciente... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3</p> <p>- No faltó..... 4 - No trabaja..... 5</p>	<p>Cuántos días faltó o faltaron?</p> <p>MENOS DE 1 DÍA=00</p>	<p>Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días?</p> <p>NO PERDIÓ =00</p>
	DÍAS	DÓLARES

CP	569	570	571
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

PARTE C: HOSPITALIZACIÓN - ÚLTIMOS 12 MESES

<p>Durante los últimos 12 meses (de.....a), tuvo alguna enfermedad o accidente (incluye problemas de embarazo) por el cual (.....) estuvo hospitalizado(a)?</p> <p>Excluye atención del parto</p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2 Pase >> 601, Pág. 13</p>	<p>Cuál(es) fueron la (s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (.....) tuvo que hospitalizarse?</p> <p>Problemas respiratorios..... 1 Problemas cardiovasculares..... 2 - Problemas digestivos o vómito..... 3 - Problemas de la piel..... 4 - Problemas de los ojos..... 5 - Problemas de nerviosos y musculares..... 6 - Problemas dentales..... 7 - Problemas del embarazo..... 8 - Problemas sicológicos..... 9 - Fracturas, heridas y golpes..... 10 - Enfermedades crónicas..... 11 - Enfermedades de la mujer..... 12 - Enfermedades del hombre..... 13 - Otra, Cuál?..... 88</p>	<p>(.....) dónde estuvo hospitalizado la última vez?</p> <p>- Hospital Público..... 1 - Hospital/ Clínica IESS..... 2 - Hospital FFAA/ Policía..... 3 - Hospital / Clínica Privada 4 - Junta de Beneficencia..... 5 - Patronato San José..... 6 - Fundación/ONG's..... 7 - Otro ,cuál?..... 8</p>	<p>Cuánto tiempo estuvo hospitalizado la última vez?</p> <p>UNIDAD TIEMPO</p> <p>- Días..... 1 - Semana: 2 - Meses... 3</p>	<p>Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización la última vez : (Incluya consultas, cirugía, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados dentro o fuera del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)</p> <p>- Pagó todo?..... 1 - Pagó una parte y el seguro el resto?..... 2 - Pagó y recuperó del seguro?..... 3 >> 578 - Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?..... 4 - No pagó/gratis?..... 5 >> 578</p>	<p>Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización?</p> <p>- Ahorros propios..... 1 - Préstamo bancario..... 2 - Préstamo familiar..... 3 - Préstamo de amigos, conocidos..... 4 - Tuvo que vender algo..... 5 - Tarjeta de crédito..... 6 - Otro, cuál?..... 8</p>
	<p>PROBLEMA DE SALUD</p> <p>1o 2o</p>		<p>TIEMPO UT</p>	<p>FORMA</p> <p>Cuánto pagó?</p> <p>PERSONA SEGURO/ OTRO</p> <p>COD DÓLARES DÓLARES</p>	

572	573	574	575	576	577	
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10

V. USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE C: HOSPITALIZACIÓN - ÚLTIMOS 12 MESES

La última vez que (.....) estuvo hospitalizado, compró medicamentos fuera del(establecimiento de salud)....?		La última vez que (.....) estuvo hospitalizado, tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del(establecimiento de salud)....?		La última vez que (.....) estuvo hospitalizado, realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc.?		Se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) luego de la hospitalización?		Qué otras acciones hizo:		Cuántas veces más (.....) se trató por esta(s) enfermedad(es) o accidente(s)?		Cuánto más gastó en total ?		Cuando estuvo hospitalizado, (.....) o algún familiar faltó o dejó de trabajar?		Cuántos días faltó o faltaron?		Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días?			
(Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)		(Excluya los que se hizo en el establecimiento de salud)				<div>SI.....1 Pase >>601, Pág. 13</div> <div>NO.....2</div>		(múltiples respuestas)						<div>- Solo paciente..... 1</div> <div>- Paciente y familiar..... 2</div> <div>- Solo familiar..... 3</div> <div>- No faltó..... 4</div> <div>- No trabaja..... 5</div> <div>601</div>		<div>MENOS DE 1 Día=00</div>		<div>NO PERDIÓ =00</div>			
- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No..... 2				- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 - Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2 - Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera curandero ?..... 3 - Se automedicó..... 4 - Siguió el tratamiento del médico?..... 5 - Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?..... 6 - No hizo nada?..... 7 >>585													
COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES					VECES	DÓLARES			DÍAS	DÓLARES						
CP	➡	578		579		580		581		582		583		584		585		586		587	➡
1																				1	
2																				2	
3																				3	
4																				4	
5																				5	
6																				6	
7																				7	
8																				8	
9																				9	
10																				10	

VI: USO DE SERVICIO Y GASTOS EN SALUD										
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD										
REGISTRO	PARTE A: CONTROL PRENATAL									
<p>ENCUESTADOR(A) SI LA PERSONA ES MUJER DE 15 A 49 AÑOS, REGISTRE EL CÓDIGO 1 Y CONTINÚE, CASO CONTRARIO ANOTE AL CÓDIGO 2 Y VAYA A LA PREGUNTA 701,PÁG.16</p> <div>SI.....1 Pase >> 602</div> <div>NO.....2 Pase >> 701, Pág. 16</div>	<p>(.....) <u>actualmente o durante los últimos 12 meses</u> (de.....al.....) ha estado embarazada?</p> <div>SI.....1</div> <div>No.....2 Pase >> 615, Pág. 14</div> <div>Nunca estuvo embarazada....3 Pase >> 701, Pág. 16</div>	<p><u>Durante los últimos 12 meses</u>, cuántas veces (.....) se hizo el control del embarazo ?</p> <div>Una y más veces Pase >>605</div> <div>NINGUNA=00 >> CONTINÚE</div> <div>VECES</div>	<p>Cuál fue la razón por la que (.....) no se hizo el control del embarazo ?</p> <div>- No sabia..... 1 - No es necesario..... 2 - No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca..... 3 - Precios altos..... 4 - Mala calidad..... 5 - No tiene dinero..... 6 - No tiene tiempo..... 7 - No puede dejar de trabajar..... 8 - Nadie para dejar la casa o los niños..... 9 - Otra, cuál?..... 10</div> <div>PASE >> 615, Pág. 14</div>	<p>(.....) a dónde acudió o quién le atendió <u>la última vez</u> que se realizó el control del embarazo?</p> <div>- Hospital Público..... 1 - Centro de Salud Público..... 2 - Subcentro de Salud Público.. 3 - Puesto de Salud Público..... 4 - Hospital/ Clínica IESS..... 5 - Dispensario IESS..... 6 - Hospital FFAA/Policia..... 7 - Hospital / Clínica Privada 8 - Junta de Beneficencia..... 9 - Patronato San José..... 10 - Fundación/ONG's..... 11 - Consultorio médico..... 12 - Partera..... 13 - Otro, Cuál?..... 88</div> <div>607</div>	<p>Cuál es el nombre del establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía) y dónde queda?</p> <div>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</div>	<div>PROVINCIA</div>	<div>CANTÓN</div>	<div>PARROQUIA BARRIO</div>	<p>Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió el(establecimiento o proveedor de salud).....?</p> <div>- Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad..... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas/Profesionales..... 5 - Es gratis..... 6 - No hay otro establecimiento..... 7 - Cuestiones culturales..... 8 - Otra, cuál?..... 88</div>	
CP 601	602	603	604	605	606				607	
1										1
2										2
3										3
4										4
5										5
6										6
7										7
8										8
9										9
10										10

VI: USO DE SERVICIO Y GASTOS EN SALUD																				
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD																				
PARTE A: CONTROL PRENATAL								PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO												
Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)....?			En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ? (incluido lo pagado por otras personas)		Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan?		(.....) cuánto pagó en total por la consulta, medicinas o exámenes de laboratorio la última vez?		Cuando asistió a los controles prenatales, (.....) o algún familiar, faltó o dejó de trabajar?		Cuántos días en total faltó o faltaron?		Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días?		(.....) durante los últimos 12 meses (de a.....) tuvo algún parto?		En dónde o quién le atendió el parto?		(.....) por qué no acudió a un establecimiento de salud, médico, enfermera o partera?	
<div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>Minutos..... 1</div> <div>Horas..... 2</div>			<div>UNIDAD MEDIDA</div> <div>- Minutos.. 1</div> <div>- Horas..... 2</div>		<div>NO PAGÓ = 00</div>		<div>NO PAGÓ = 00</div>		<div>NO PAGÓ = 00</div>		<div>MENOS DE 1 DÍA=00</div>		<div>NO PERDIÓ =00</div>		<div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div>Pase >> 701, Pág. 16</div>		<div>618</div> <div>619</div>		<div>Pase >> 623, Pág. 15</div>	
TIEMPO			U.T		TIEMPO		U.T		DÓLARES		DÍAS		DÓLARES							
CP	608		609		610		611		612		613		614		615		616		617	
1																				1
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10

VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD																									
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD																									
PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO																									
Cuál es el nombre del establecimiento de salud en el que (.....) dió a luz, y dónde queda?					Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento de salud).....?		Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....?		En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ?		Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan?		Cuánto gastó (.....) en el parto?		Cuando dió a luz, (.....) o algún familiar faltó o dejó de trabajar?		Cuántos días en total faltó o faltaron?		Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días?						
					- Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad..... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas/ profesionales..... 5 - Es gratis..... 6 - No hay otro establecimiento..... 7 - Otra, cuál?..... 8		UNIDAD TIEMPO - Minutos.. 1 - Horas.....2		NO GASTÓ ANOTE 00		UNIDAD TIEMPO - Minutos.. 1 - Horas... 2		NO PAGÓ ANOTE 00		(incluya atención , medicinas, exámenes de laboratorio, servicios médicos, materiales, etc)		- Solo paciente... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3 - No faltó..... 4 - No trabaja..... 5		627		MENOS DE 1 DÍA=00		NO PERDIÓ =00		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO					PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA BARRIO		TIEMPO		U.T		TIEMPO		U.T		DÓLARES		DÍAS		DÓLARES		
CP	618				619		620		621		622		623		624		625		626						
1																								1	
2																								2	
3																								3	
4																								4	
5																								5	
6																								6	
7																								7	
8																								8	
9																								9	
10																								10	

VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD										VII. USO Y GASTOS EN ANTIPARASITARIOS													
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD										NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS													
PARTE C: CONTROL POST PARTO										REGISTRO													
(.....) se hizo control posparto? <div>SI.....1</div> <div>NO.....2 Pase >> 701, Pág. 16</div>		En qué lugar tuvo el control de posparto? - Hospital Público..... 1 - Centro de Salud Público..... 2 - Subcentro de Salud Público... 3 - Puesto de Salud Público..... 4 - Hospital/ Clínica IESS.....5 - Dispensario IESS..... 6 - Hospital FFAA/Policia..... 7 - Hospital / Clínica Privada 8 - Junta de Beneficencia..... 9 - Patronato San José..... 10 - Fundación/ONG's..... 11 - Consultorio médico..... 12 - Enfermera?..... 13 - Partera..... 14 - Otro, Cuál? 88		Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento de salud o proveedor de servicio de salud).....? - Está cerca..... 1 - Precios bajos..... 2 - Buena calidad..... 3 - Tiene seguro..... 4 - Sugerido por otras personas/ profesionales..... 5 - Es gratis..... 6 - No hay otro establecimiento..... 7 - Otro, cuál?..... 8		Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....? <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>- Minutos. 1 - Horas..... 2</div>		En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... ? (incluido lo pagado por otras personas) <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>- Minutos... 1 - Horas..... 2</div>		Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan? <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>- Minutos... 1 - Horas..... 2</div>		(.....) Cuánto pagó por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.? <div>Pase >> 701</div>		ENCUESTADOR(A) SI LA PERSONA ES MENOR A 15 AÑOS ANOTE AL CÓDIGO 1 Y CONTINUE, CASO CONTRARIO EL CÓDIGO 2 Y REGRESE A Preg. 560, Pág. 10 CON LA SIGUIENTE PERSONA <div>SI ES LA ÚLTIMA PERSONA ANOTE EL CÓDIGO 2 Y PASE >> 801, Pág.17</div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div>		Durante los últimos 12 meses, (.....) ha tomado algún medicamento para atacar los parásitos? <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div>		Cuántas veces ha tomado? <div>NO.....2</div>		Dónde (.....) consiguió los antiparasitarios? - Médico particular.... 1 - Farmacia..... 2 - Se automedicó..... 3 - INNFA..... 4 - Programa de Atención Escolar..... 5 - MSP..... 6 - Fundación/ONG's... 7 - PRADEC..... 8 - Otro, cuál?..... 88		Durante los últimos 12 meses, cuánto gastó en antiparasitarios? <div>NO GASTÓ ANOTE 00</div> <div>Siguiente Persona, regrese Preg. 560, Pág. 10</div> <div>Si es la Última Persona Pase >> 801, Pág. 17</div>	
CP 627		628		629		630		631		632		633		701		702		703		704		705	
1																							1
2																							2
3																							3
4																							4
5																							5
6																							6
7																							7
8																							8
9																							9
10																							10

VIII. MIGRACIÓN INTERNACIONAL

ENCUESTADORA: Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fueron miembros de hogar y que viven en otro país (no importa si se fueron recientemente o hace muchos años).
ENTREVISTA AL JEFE DEL HOGAR O A LA PERSONA QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA

EMIGRANTE	PARENTESCO	SEXO	AÑOS	ESTADO CIVIL	NIVEL INSTRUCCIÓN		TRABAJO	MOTIVOS	PAÍS		TIEMPO	REMESAS			
<p>De este hogar hay personas que han salido a vivir fuera del país?</p> <p>SI.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>No.....2 <input type="checkbox"/> PASE >>901, Pág.18</p> <p>Cuál es el nombre ?</p> <p>NOMBRE</p>	<p>Cuál es la relación de parentesco que tiene (.....) con el jefe o jefa del hogar?</p> <p>- Esposa(o) 1</p> <p>- Hijo o hija..... 2</p> <p>- Yerno o nuera..... 3</p> <p>- Padre..... 4</p> <p>- Madre..... 5</p> <p>- Otros parientes..... 6</p> <p>- Otros no parientes. 7</p>	<p>Sexo de (.....)</p> <p>- Hombre ... 1</p> <p>- Mujer 2</p>	<p>Cuántos años cumplidos tiene (.....)?</p> <p>SI ES MENOS DE 15 AÑOS SIGUIENTE PERSONA</p> <p>AÑOS</p>	<p>Cuál era el estado civil o conyugal de (.....) cuando se fue?</p> <p>- Casado(a)..... 1</p> <p>- Unido(a)..... 2</p> <p>- Viudo(a)..... 3</p> <p>- Divorciado(a) o separado(a)..... 4</p> <p>- Soltero(a)..... 5</p>	<p>Cuál fue el nivel de instrucción y grado más alto que (.....) aprobó antes de salir?</p> <p>- Ninguno..... 1</p> <p>- Primaria..... 2</p> <p>- Secundaria.. 3</p> <p>- Superior..... 4</p>	<p>NIVEL</p> <p>GRADO</p>	<p>Trabajó (.....) durante el último año antes de salir, aunque sea por poco tiempo?</p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	<p>Cuál fue el motivo principal por el cual (.....) salió del país?</p> <p>- Estudiar..... 1</p> <p>- Contrato de trabajo..... 2</p> <p>- Buscar trabajo.... 3</p> <p>- Acompañar familiar..... 4</p> <p>- Otra, cuál? _____ 8</p>	<p>En qué país vive actualmente (.....)?</p> <p>PAÍS</p>	<p>OFIC.</p> <p>COD</p>	<p>En qué año (.....) salió del país?</p> <p>AÑO</p>	<p>Cuánto dinero envía (.....), con qué frecuencia y cuántas veces ha enviado durante los últimos 12 meses?</p> <p>- Mensual..... 1</p> <p>- Trimestral..... 2</p> <p>- Semestral..... 3</p> <p>- Anual..... 4</p> <p>- Ocasional..... 5</p> <p>NO ENVÍA=00</p>	<p>MONTO</p>	<p>FREC</p>	<p>VECES</p>
CP	801	802	803	804	805	806	807	808	808	810	811				
20															
21															
22															
23															
24															

UTILIZACIÓN DE LAS REMESAS

812. En qué utilizan principalmente el dinero que le(s) envía(n)?

(Marque las dos principales)

- Pagar deudas..... 1
- Gasto diario (comida, ropa,etc)..... 2
- Comprar, construir o reparar la casa..... 3
- Comprar terrenos..... 4
- Educación y salud..... 5
- Depósito en el Banco..... 6
- Otro, cuál? _____ 8

OBSERVACIONES

IX. VIVIENDA Y HOGAR

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

901. TIPO DE VIVIENDA (Por observación) - Casa, villa 1 ↓ Departamento..... 2 - Mediagua 3 - Cuarto de inquilinato..... 4 - Rancho o choza..... 5 - Vivienda improvisada..... 6 - Bodega o negocio usado como vivienda..... 7 - Otro, cuál?:..... 8	907. Tienen en esta vivienda un cuarto exclusivo para cocinar? - Si..... 1 ↓ NO..... 2 - No cocinan 3 ➡ 912 908. Con qué se cocina usualmente en este hogar? - Leña..... 1 ↓ Carbón..... 2 - Gas..... 3 - Electricidad..... 4 - Otro, cuál ?..... 8	914. Con qué tipo de servicio higiénico cuenta este hogar: ↓ - Excusado conectado a alcantarillado?..... 1 - Excusado conectado a pozo séptico?..... 2 - Excusado conectado a pozo ciego?..... 3 - Excusado que da a río o quebrada?..... 4 - Letrina ?..... 5 - No tiene servicio higiénico..... 9 ➡ 917	919. Cuánto gastó el mes pasado por concepto de velas o combustible para el alumbrado del hogar? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ = 00)
902. MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO (Por observación) ↓ Paja , desechos o latas..... 1 - Zinc, eternit 2 - Losa, teja..... 3 - Otro, cuál?:..... 8	909. Cuánto gastó en total durante el mes pasado en combustible para cocinar (excepto electricidad)? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ = 00)	915. Dónde está ubicado el servicio higiénico: - Dentro de la vivienda?..... 1 ↓ Fuera de la vivienda pero dentro del lote o terreno ?..... 2 - Fuera de la vivienda, lote o terreno ?..... 3	920. Tiene este hogar servicio telefónico? (Excluye los celulares) ↓ Si 1 - No..... 2 ➡ 922
903. MATERIAL PREDOMINANTE DE PAREDES (Por observación) ↓ Bahareque /caña..... 1 - Madera burda..... 2 - Tapia o adobe..... 3 - Bloque o ladrillo..... 4 - Otro, cuál?:..... 8	910. Parte de la vivienda está destinada para alguna actividad económica? - Si 1 ↓ - No..... 2 ➡ 912 911. A qué actividad le dedican principalmente? - Comercio..... 1 - Servicio..... 2 - Taller artesanal..... 3 - Otra, cuál?..... 8	916. Cuál es la principal fuentes de desagüe de las aguas servidas (lavaderos o baños): ↓ Alcantarillado público?..... 1 - Descargar en pozo séptico?..... 2 - Descargar en pozo ciego?..... 3 - Descargar en el patio?..... 4 - Descargar en el río o quebrada?..... 5 - Otra, cuál?..... 8	921. Cuánto pagó el mes pasado por el servicio telefónico? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ=00) ➡ 922 921(a). De cuántos meses pagó? <input type="text"/> MESES
904. MATERIAL PREDOMINANTE DE PISO (Por observación) ↓ Tierra..... 1 - Madera burda, tabla o tablón..... 2 - Cemento/ladrillo..... 3 - Baldosa, Vinil o ladrillo..... 4 - Parquet, madera tratada, alfombra..... 5 - Otro, cuál?:..... 8	912. De dónde obtiene el agua principalmente este hogar? ↓ Agua por tubería dentro de la vivienda..... 1 Agua por tubería fuera de la vivienda pero dentro del terreno..... 2 - Agua por tubería de pila o grifo público..... 3 - Agua por tubería de pila o grifo privado..... 4 - Pozo público..... 5 - Pozo privado..... 6 - Tanquero..... 7 - Río, acequia, manantial, ojo de agua..... 8 - Lluvia..... 9 - Otro, cuál?..... 88	917. Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar ? ↓ Empresa eléctrica pública 1 - Planta eléctrica privada 2 - Vela..... 3 - Lámpara (gasolina o gas)..... 4 - Ninguno 5 ➡ 920	922. Tienen en este hogar teléfonos celulares? ↓ - Si 1 - No..... 2 ➡ 924 923. Cuánto pagaron en total el mes pasado por el servicio de telefonía celular de todos los miembros del hogar? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ = 00)
905. De cuántos cuartos dispone este hogar (no incluye baños, cocina, pasillos, garajes)? NÚMERO DE CUARTOS <input type="text"/>	913. Cuánto pagó el mes pasado por el agua que consumieron en el hogar? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ =00) ➡ 914 913(a). De cuántos meses pagó? <input type="text"/> MESES	918. Cuánto pagó el mes pasado por la electricidad que consumieron en el hogar? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ=00) ➡ 920 918(a). De cuántos meses pagó? <input type="text"/> MESES PASE ➡ 920	924. Cómo eliminan la mayor parte de la basura en este hogar? ↓ La botan al patio, quebrada, río, lote, etc..... 1 - La queman o entierran..... 2 - La botan en un basurero público..... 3 - Carro recolector..... 4 - Contratan el servicio..... 5 ➡ 926 925. Cuánto pagó el mes pasado por el servicio de recolección de basura? VALOR <input type="text"/> DÓLARES (NO PAGÓ = 00)

IX. VIVIENDA Y HOGAR

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

926. La vivienda que ocupa este hogar es:

↓

- En arriendo?..... 1 ➡ **927**
- Propia y la está pagando?..... 2 ➡ **928**
- Propia y totalmente pagada?..... 3 ➡ **929**
- Cedida?..... 4 } **930**
- Recibida por servicios?..... 5 }
- Otra, cuál?..... 8 }

927. Cuánto pagó el mes pasado por el arriendo de esta vivienda?

↓

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ = 00)

PASE >> 933

928. Cuánto pagó el mes pasado por la vivienda?

↓

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ=00)>>933

928(a). Cuántas cuotas pagó? CUOTAS

PASE >> 933

929. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, cuánto pagaría al mes?

↓

VALOR DÓLARES

PASE >> 931

930. Si tuviera que arrendar esta vivienda, en cuánto la arrendaría al mes?

↓

VALOR DÓLARES

PASE >> 933

931. Los miembros de este hogar poseen por la vivienda:

↓

- Escritura/título de propiedad?..... 1
- ↓ Minuta?..... 2
- Otro documento?..... 3
- No tienen documentos?..... 4 ➡ **933**

932. A nombre de quién está la escritura, minuta o documento?

↓

CP	CP	CP	NS

933. Durante los últimos 12 meses (de.....al.....)

↓ los miembros de este hogar gastaron dinero en:

(Puede marcar más de una alternativa)

- Reparación de techo/paredes/piso (Incluye pintura)?..... 1
- Reparación de servicio higiénico/tubería/pozos?..... 2
- Reparaciones eléctricas / seguridad?..... 3
- Compra de línea telefónica, medidores de agua y luz?..... 4
- Otra, cual?..... 8
- Ninguna?..... 97 ➡ **934**

933(a). Cuánto gastaron en total? DÓLARES

934. Durante los últimos 12 meses (de.....al.....)

↓ los miembros de este hogar hicieron:

(Puede marcar más de una alternativa)

- Construcciones o ampliaciones de cuartos?..... 1
- Construcción de terrazas/cercas?..... 2
- Instalaciones de pisos?..... 3
- Colocación de alcantarillado/desagües?..... 4
- Otro, cuál?..... 8
- Ninguna?..... 97 ➡ **935**

934(a). Cuánto gastaron en total? DÓLARES

935. En este hogar tienen servicio doméstico?

↓

- SI..... 1
- ↓ NO..... 2

PARTE B. GASTOS DE CONSUMO DEL HOGAR

ENCUESTADOR(A): En este hogar se va a aplica el CUESTIONARIO GASTOS DE CONSUMO DEL HOGAR ?

SI...1>> **941**
NO...2>Continúe

936. Durante las 2 últimas semanas (dela.....)

↓ los miembros de este hogar gastaron dinero en:

SI.....1
NO.....2>>SR

RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
a Pan y leche		
b Cereales y fideos?		
c Carnes, pollo, pescado y derivados?		
d Queso, mantequilla y derivados?		
e Huevos?		
f Papas y demás tubérculos?		
g Frutas y verduras?		
h Granos tiernos y secos?		
i Aceite vegetal?		
j Café y azúcar?		
k Alimentos preparados?		
l Condimentos?		
m Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?		
n Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?		

ENCUESTADOR(A): SI EN ESTE HOGAR REALIZAN LAS COMPRAS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS EN SUPERMERCADOS Y NO CONOCEN LOS PRECIOS UNITARIOS REGISTRE EL VALOR TOTAL DE LAS COMPRAS DE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS

936z DÓLARES

937. Durante las 2 últimas semanas (dela.....),

↓ los miembros de este hogar obtuvieron sin tener que comprarlos, de su finca, de su negocio, les regalaron, les pagaron por trabajo o intercambiaron, los siguientes productos:

SI.....1
NO.....2>>SR

RUBRO DE AUTOCONSUMO	CÓDIGO	DÓLARES
a Pan y leche		
b Cereales y fideos?		
c Carnes, pollo, pescado y derivados?		
d Queso, mantequilla y derivados?		
e Huevos?		
f Papas y demás tubérculos?		
g Frutas y verduras?		
h Granos tiernos y secos?		
i Aceite vegetal?		
j Café y azúcar?		
k Alimentos preparados?		
l Condimentos?		
m Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?		
n Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?		

937a. Cuánto pagaría por (Rubro) si tuviera que comprarlos?

IX. VIVIENDA Y HOGAR

GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS NO ALIMENTICIOS

938. Durante la última semana, los miembros de este hogar gastaron dinero en:	SI.....1 NO.....2>>SR	33a. Cuánto gastaron?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> → RUBRO DE GASTO → </div>	CÓDIGO	DÓLARES	
a Buses, busetas, taxis, canoa, lancha? (Excluye el transporte escolar)			
b Llamadas telefónicas, tarjetas de telefonía pública, correo, etc.?			
c Loterías, rifas, bingos, etc.?			
d Combustible y lubricantes para el vehículo?			
e Peajes, garajes y parqueadero?			
f Dinero entregado a miembros del hogar menores de 15 años (colación)?			
939. Durante el último mes, los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI.....1 NO.....2>>SR	939a. Cuánto gastaron?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> → RUBRO DE GASTO → </div>	CÓDIGO	DÓLARES	
g Productos para el cuidado del hogar (Incluye los de autoconsumo)?			
h Productos y servicios para el cuidado personal (Incluye los de autoconsumo)?			
i Pago a empleados(as) domésticos(as)?			
j Lavado y planchado en seco?. (Incluye reparación de las prendas)			
k Esparcimiento, diversión y cultura?			
l Alimentación y alojamiento de miembros del hogar que por motivos de estudios se encuentran fuera del hogar?			
m Pago de seguro de salud, vehículo, incendios?			
940. Durante los últimos 12 meses (del a), los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI.....1 NO.....2>>SR	940a. Cuánto gastaron?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> → RUBRO DE GASTO → </div>	CÓDIGO	DÓLARES	
n Prendas de vestir y calzado? (Excluye uniformes)			
o Tejidos para el hogar y otros accesorios? (Incluye reparación)			
p Mantenimiento y reparación de vehículo (carro, motocicleta, bicicleta)?			
q Compra de electrodomésticos, muebles, utensilios de cristal para el hogar? (Incluye su reparación)			
r Compra de juguetes, artículos deportivos y recreación? (Incluye su reparación)			
s Compra de computadoras, celulares, cámara fotográfica, máquina de escribir, etc.? (Incluye reparación)			
t Compra de artículos de joyería y fantasía? (Incluye reparación)			
u Lentes, prótesis dentales o aparatos ortopédicos? (Incluye reparación)			
v Compra de vehículo para uso del hogar?			
w Viajes, paseos y tours?			
x Pago de servicios profesionales y primas de seguros?			
y Fiestas?			
z Pago de impuestos y tasas ?			
aa Envíos de dinero, pago de pensión alimenticia, aportes a clubes, asociaciones y donaciones?			

PARTE C: SEGURIDAD ALIMENTARIA

941. Durante las 2 últimas semanas, el hogar tuvo suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar? - SI.....1 → 943 - NO.....2	943. Durante las 2 últimas semanas, el hogar tuvo dificultades o problemas para pagar los gastos en alimentación? - SI.....1 - NO.....2 → 945																											
942. Cuando la comida no es suficiente, qué hacen principalmente en el hogar: - Disminuyen alguna de las comidas diarias?.....1 - Disminuyen la cantidad a todos por igual?.....2 - Disminuyen la cantidad a los adultos?.....3 - Disminuyen la cantidad a los niños?.....4 - Disminuyen la cantidad a las mujeres?.....5 - Otra, cuál?.....8	944. Que acciones hizo para cubrir los gastos de alimentación: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr><td>- Pidió prestado a un familiar ?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Pidió prestado a un amigo?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Fió en la tienda?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Dejó de comprar algunos productos?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Vendió algún animal ?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Gastó de sus ahorros?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Utilizó tarjeta de crédito?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Otra, cuál?.....1</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>		SI	NO	- Pidió prestado a un familiar ?.....1	1	2	- Pidió prestado a un amigo?.....1	1	2	- Fió en la tienda?.....1	1	2	- Dejó de comprar algunos productos?.....1	1	2	- Vendió algún animal ?.....1	1	2	- Gastó de sus ahorros?.....1	1	2	- Utilizó tarjeta de crédito?.....1	1	2	- Otra, cuál?.....1	1	2
	SI	NO																										
- Pidió prestado a un familiar ?.....1	1	2																										
- Pidió prestado a un amigo?.....1	1	2																										
- Fió en la tienda?.....1	1	2																										
- Dejó de comprar algunos productos?.....1	1	2																										
- Vendió algún animal ?.....1	1	2																										
- Gastó de sus ahorros?.....1	1	2																										
- Utilizó tarjeta de crédito?.....1	1	2																										
- Otra, cuál?.....1	1	2																										

PARTE D: EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

Tienen en este hogar (Bien)..:		Cuántos tienen?	Qué tiempo tienen (bien)? (Si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (Menos de 1 año = 00)	Si hoy en día fuera a comprar (bien) , en el mismo estado, en cuánto lo compraría?
SI.....1 NO.....2	CÓDIGO	NÚMERO	AÑOS	DÓLARES
945 →		946 →	947 →	948 →
a Refrigeradora?				
b Cocina?				
c Plancha ?				
d Lavadora?				
e Televisor?				
f Betamax, VHS, DVD ?				
g Equipo de sonido/ grabadora?				
h Radio?				
i Ventilador?				
j Aire acondicionado?				
k Bicicleta?				
l Motocicleta?				
m Carro?				
n Computadora?				
o Otro, cuál?.....				

VIII. VIVIENDA Y HOGAR

PARTE E: ACTIVIDAD AGROPECUARIA DEL HOGAR

<p>949. Este hogar tiene tierras (fincas, parcelas, lotes, etc.) de cualquier tamaño, destinadas al cultivo o crianza de animales?</p> <p>- SI..... 1</p> <p>- NO..... 2 ➔ 957</p>	<p>955. Si fueran a comprar estas tierras, en cuánto las comprarían?</p> <p>(Excluya el valor de la vivienda si está dentro de las tierras para cultivo o crianza de animales)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Si en P950 marcó únicamente el código 1 PASE >> 957, caso contrario continúe </div>	<p>De los siguientes bienes, cuáles tienen en propiedad para las labores de cultivo y/o crianza de animales:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">SI.....1 NO.....2</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;"></th> <th style="width:35%;">BIEN</th> <th style="width:10%;">COD</th> <th style="width:10%;">NÚMERO</th> <th style="width:10%;">AÑOS</th> <th style="width:10%;">DÓLARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">960 ➔</td> <td></td> <td style="text-align: center;">961 ➔</td> <td style="text-align: center;">962 ➔</td> <td style="text-align: center;">963</td> </tr> <tr><td>a</td><td>Arado para animal?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b</td><td>Animales de trabajo?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>c</td><td>Tractor?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>d</td><td>Cosechadora?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>e</td><td>Bomba de agua?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>f</td><td>Bomba fumigadora?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>g</td><td>Camión, camioneta, etc.?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>h</td><td>Planta eléctrica?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>i</td><td>Comedores y bebederos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>j</td><td>Ordeñadora?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>k</td><td>Galpones?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>l</td><td>Invernaderos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>m</td><td>Herramientas?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI.....1 NO.....2					BIEN	COD	NÚMERO	AÑOS	DÓLARES		960 ➔		961 ➔	962 ➔	963	a	Arado para animal?					b	Animales de trabajo?					c	Tractor?					d	Cosechadora?					e	Bomba de agua?					f	Bomba fumigadora?					g	Camión, camioneta, etc.?					h	Planta eléctrica?					i	Comedores y bebederos?					j	Ordeñadora?					k	Galpones?					l	Invernaderos?					m	Herramientas?				
	SI.....1 NO.....2																																																																																																
	BIEN	COD	NÚMERO	AÑOS	DÓLARES																																																																																												
	960 ➔		961 ➔	962 ➔	963																																																																																												
a	Arado para animal?																																																																																																
b	Animales de trabajo?																																																																																																
c	Tractor?																																																																																																
d	Cosechadora?																																																																																																
e	Bomba de agua?																																																																																																
f	Bomba fumigadora?																																																																																																
g	Camión, camioneta, etc.?																																																																																																
h	Planta eléctrica?																																																																																																
i	Comedores y bebederos?																																																																																																
j	Ordeñadora?																																																																																																
k	Galpones?																																																																																																
l	Invernaderos?																																																																																																
m	Herramientas?																																																																																																
<p>950. Estas tierras son:</p> <p>(Puede marcar más de una alternativa de respuesta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>- Propias?..... 1</p> <p>- Tomadas en arriendo?..... 2</p> <p>- Tomadas al partir?..... 3</p> <p>- Recibidas en usufructo?..... 4</p> <p>- Recibidas por servicios?..... 5</p> <p>- Tierras comunales?..... 6 ➔ 957</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ENCUESTADOR(A) SI TIENE MARCADO AL CÓDIGO 1, PASE A 951 </div> </div>	<p>956.Cuál es la superficie de las tierras tomadas en arriendo, al partir, usufructo o por servicios?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TIERRAS</th> <th>SUPERF.</th> <th>COD</th> <th>CÓDIGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hectárea..... 1</td> </tr> <tr> <td>- Arriendo.....</td> <td></td> <td></td> <td>Metros²..... 2</td> </tr> <tr> <td>- Al partir.....</td> <td></td> <td></td> <td>Cuadra..... 3</td> </tr> <tr> <td>- Usufructo o servicios....</td> <td></td> <td></td> <td>Solar..... 4</td> </tr> </tbody> </table>	TIERRAS	SUPERF.	COD	CÓDIGO				Hectárea..... 1	- Arriendo.....			Metros ² 2	- Al partir.....			Cuadra..... 3	- Usufructo o servicios....			Solar..... 4	<p>957. En este hogar tienen <u>actualmente</u> animales de crianza</p> <p>(Excluya mascotas)?</p> <p>- SI..... 1</p> <p>- NO..... 2 ➔</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Si en P949, cód. 1 , Pase >> 959 Si en P949, cód 2 , Pase >> 964 </div>																																																																											
TIERRAS	SUPERF.	COD	CÓDIGO																																																																																														
			Hectárea..... 1																																																																																														
- Arriendo.....			Metros ² 2																																																																																														
- Al partir.....			Cuadra..... 3																																																																																														
- Usufructo o servicios....			Solar..... 4																																																																																														
<p>951. Tiene algún documento que le acredite la propiedad de la tierras?</p> <p>- SI..... 1</p> <p>- NO..... 2 >>953</p>	<p>952. A nombre de quién está el documento?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CP</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CP</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CP</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">NS</div> </div>	<p>958. Tienen animales de la siguiente especie:</p> <p>(Puede marcar más de una alternativa de respuesta)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>- Vacas de ordeño y secas?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">>> Cuántas?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Toros?.....</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Vacas y terneros?.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Ovejas?.....</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">>> Cuántas?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Cerdos o chanchos?.....</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Cuyes y conejos?.....</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Caballos, asnos y mulas?.....</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Aves (gallinas, patos, etc.)?.....</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> <tr><td>- Otros animales?.....</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">>> Cuántos?</td><td style="text-align: center;">______</td></tr> </table>	- Vacas de ordeño y secas?.....	1	>> Cuántas?	______	- Toros?.....	2	>> Cuántos?	______	- Vacas y terneros?.....	3	>> Cuántos?	______	- Ovejas?.....	4	>> Cuántas?	______	- Cerdos o chanchos?.....	5	>> Cuántos?	______	- Cuyes y conejos?.....	6	>> Cuántos?	______	- Caballos, asnos y mulas?.....	7	>> Cuántos?	______	- Aves (gallinas, patos, etc.)?.....	8	>> Cuántos?	______	- Otros animales?.....	9	>> Cuántos?	______																																																											
- Vacas de ordeño y secas?.....	1	>> Cuántas?	______																																																																																														
- Toros?.....	2	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Vacas y terneros?.....	3	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Ovejas?.....	4	>> Cuántas?	______																																																																																														
- Cerdos o chanchos?.....	5	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Cuyes y conejos?.....	6	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Caballos, asnos y mulas?.....	7	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Aves (gallinas, patos, etc.)?.....	8	>> Cuántos?	______																																																																																														
- Otros animales?.....	9	>> Cuántos?	______																																																																																														
<p>953.Cuál es la superficie total de las tierras propias que el hogar tiene?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">SI.....1 NO.....2</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>		SI.....1 NO.....2				<p>959. Durante los últimos 12 meses, tuvieron personas contratadas para trabajar las tierras explotadas por el hogar y/o crianza de animales?</p> <p>- SI..... 1 >> Cuántos?</p> <p>- NO..... 2</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">SI.....1 NO.....2</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>		SI.....1 NO.....2				<p>964. En los últimos 12 meses (de.....al.....), algún miembros de este hogar se ha beneficiado de los siguientes programas:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.- Bono de Desarrollo Humano?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>g.- Programa nacional de alimento y nutrición (Mi papilla y Mi bebida)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b.- Maternidad gratuita y atención a la infancia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>h.- Bono de la vivienda?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c.- Operación Rescate Infantil -ORI?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>i.- Desayuno y almuerzo escolar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d.- Programa del INNFA (Guardería NUTRIINNFA)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>j.- Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e.- Crédito productivo solidario?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>k.- Programa de alimentación para los de la tercera edad?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f.- Unidades móviles de salud?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>l.- Otro, cuál?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO		SI	NO	a.- Bono de Desarrollo Humano?.....	1	2	g.- Programa nacional de alimento y nutrición (Mi papilla y Mi bebida)?.....	1	2	b.- Maternidad gratuita y atención a la infancia?.....	1	2	h.- Bono de la vivienda?.....	1	2	c.- Operación Rescate Infantil -ORI?.....	1	2	i.- Desayuno y almuerzo escolar?.....	1	2	d.- Programa del INNFA (Guardería NUTRIINNFA)?.....	1	2	j.- Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?.....	1	2	e.- Crédito productivo solidario?.....	1	2	k.- Programa de alimentación para los de la tercera edad?.....	1	2	f.- Unidades móviles de salud?.....	1	2	l.- Otro, cuál?.....	1	2																																											
	SI.....1 NO.....2																																																																																																
	SI.....1 NO.....2																																																																																																
	SI	NO		SI	NO																																																																																												
a.- Bono de Desarrollo Humano?.....	1	2	g.- Programa nacional de alimento y nutrición (Mi papilla y Mi bebida)?.....	1	2																																																																																												
b.- Maternidad gratuita y atención a la infancia?.....	1	2	h.- Bono de la vivienda?.....	1	2																																																																																												
c.- Operación Rescate Infantil -ORI?.....	1	2	i.- Desayuno y almuerzo escolar?.....	1	2																																																																																												
d.- Programa del INNFA (Guardería NUTRIINNFA)?.....	1	2	j.- Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?.....	1	2																																																																																												
e.- Crédito productivo solidario?.....	1	2	k.- Programa de alimentación para los de la tercera edad?.....	1	2																																																																																												
f.- Unidades móviles de salud?.....	1	2	l.- Otro, cuál?.....	1	2																																																																																												



ECUADOR



CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL



ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL

ENDEMAIN – 2004



CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR



I. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL



CUESTIONARIO No.:

PROVINCIA:

CANTÓN:

PARROQUIA:

ZONA No.:

SECTOR No.:

SEGMENTO No.:

VIVIENDA No.:



DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA:

Calle / Camino / Carretera: _____

Recinto / Caserío / Barrio: _____ Casa / Lote No.: _____ Piso No.: _____

II. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
No. de visitas	1	2	3	4
Fecha de visitas	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>
Hora de inicio de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Hora de finalización de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(*) Código de Resultado	MEF completa (Gastos de Consumo Incompleta).....03		Rechazo de MEF07	
MEF completa (No debe hacer Gastos de Consumo)01	MEF ausente.....04		Vivienda desocupada.....08	
MEF completa (Gastos de Consumo completa)02	Moradores ausentes 05		No hay MEF09	
	Rechazo de vivienda.....06		Entrevista MEF incompleta 10	
			Otro, Cuál?.....88	
Nombre Entrevistadora	<input type="text"/>			
Nombre Supervisor(a)	<input type="text"/>			
III. DATOS DE PROCESAMIENTO				
	Código	Día	Mes	
Codificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Digitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

IV. REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR Y SELECCIÓN DE LA MUJER A ENTREVISTAR

ENTREVISTADORA: Registre el nombre y apellidos de cada una de las personas que comen y duermen habitualmente en el hogar, y las características demográficas y sociales de cada uno de ellos.

400	Nombre y Apellidos	Sexo Hombre 1 Mujer 2	Edad (Años cumplidos) MENOS DE 1 AÑO = 00	Relación de parentesco con el Jefe(a) del hogar Jefe(a) 1 Cónyuge 2 Hijo – hija 3 Otros parientes 4 Otros no parientes 5 Empleada(o) domestica(o) 6	Elegibilidad de MEF
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

401 ¿Entonces, en esta casa viven en total.....personas y mujeres de 15 a 49 años de edad?	No. DE PERSONAS No. DE MEF SI NO HAY NINGUNA MEF CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
--	--

CUADRO PARA SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO 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: _____

No. DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA:

OBSERVACIONES: _____

ECUADOR



Japan Special Fund

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN
Y DESARROLLO SOCIAL**



**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE
SALUD MATERNA E INFANTIL**



ENDEMAIN – 2004

CUESTIONARIO INDIVIDUAL



I. IDENTIFICACIÓN



CUESTIONARIO No.:

LINEA MEF No.:

SEGMENTO No.:

VIVIENDA No.:

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA:

Calle / Camino / Carretera: _____

Recinto / Caserío / Barrio: _____ Casa / Lote No.: _____ Piso No.: _____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES: _____

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació usted?	MES AÑO NO RECUERDA..... 999999
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS NO RECUERDA..... 99
<p style="color: blue;">SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL _____</p> <p style="color: blue;">SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2004</p> <p style="color: blue;">SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2003</p> <p style="color: blue;">SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.</u></p>		
202	¿Cómo se considera usted: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	INDÍGENA?..... 1 MESTIZA?..... 2 NEGRA?..... 3 BLANCA?..... 4 OTRO, Cuál?..... 8
203	GRUPO ÉTNICO (OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTADORA)	INDÍGENA 1 MESTIZA 2 NEGRA 3 BLANCA..... 4 OTRO, Cuál?..... 8
204	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma sobre todo en las horas de comida?	QUICHUA 1 ESPAÑOL 2 PASE 209 LENGUA EXTRANJERA 3 OTRO IDIOMA NATIVO, Cuál?..... 8
205	¿Usted puede entender el español?	SI..... 1 NO..... 2
206	¿Usted puede hablar el español?	SI..... 1 NO..... 2
207	¿En qué idioma se comunica usted habitualmente con sus familiares o amigos?	QUICHUA..... 1 ESPAÑOL..... 2 LENGUA EXTRANJERA..... 3 OTRO IDIOMA NATIVO, Cuál?..... 8
208	¿Hay algunos miembros del hogar que no entiendan el idioma español?	SI..... 1 NO..... 2
209	¿Dónde nació usted?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 Cantón: Provincia: OTRO PAÍS:..... 3 País:
210	¿En dónde vivía usted a inicios de 1999 (hace 5 años)?	AQUÍ..... 1 PASE 213 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTRANJERO..... 3 PASE 213
211	¿El lugar donde vivía hace cinco años, era una área urbana (Capital provincial o Cabecera cantonal) o rural (Parroquia rural)?	ÁREA URBANA 1 ÁREA RURAL..... 2 NS / NR 9

212	¿Cuál era la provincia de su residencia hace cinco años?	AZUAY..... 01 BOLÍVAR..... 02 CAÑAR..... 03 CARCHI..... 04 COTOPAXI..... 05 CHIMBORAZO..... 06 EL ORO..... 07 ESMERALDAS..... 08 GUAYAS..... 09 IMBABURA..... 10 LOJA..... 11	LOS RÍOS..... 12 MANABÍ..... 13 MORONA STGO..... 14 NAPO..... 15 PASTAZA..... 16 PICHINCHA..... 17 TUNGURAHUA..... 18 ZAMORA CHINCHIPE... 19 GALÁPAGOS..... 20 SUCUMBÍOS..... 21 ORELLANA..... 22 NS/NR..... 99																																																															
213	¿Es usted afiliada o beneficiaria del Seguro Social, Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o Instituto de Seguridad de la Policía (ISPOL)?	AFILIADA: IESS..... 1 SS. Campesino..... 2 ISSFA / ISPOL..... 3 BENEFICIARIA: IESS 4 SS. Campesino..... 5 ISSFA / ISPOL..... 6 No afiliada / beneficiaria 7																																																																
214	¿Tiene usted algún seguro médico?	SI, IESS..... 01 SI, SSC..... 02 SI, PRIVADO..... 03 SI, PÚBLICO Y PRIVADO..... 04 SI, ISPOL / ISSFA..... 05 NINGUNO..... 06 OTRO, Cuál? 88 NO SABE..... 99																																																																
215	¿Ha asistido alguna vez a la escuela, colegio, universidad o postgrado?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 220																																																																
216	¿Estudia actualmente?	SI..... 1 PASE 219 NO..... 2																																																																
217	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar (la última vez)?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 99																																																																
218	¿Cuál fue la causa principal por la que dejó de estudiar?	LOGRÓ SU META EDUCATIVA..... 01 SALIÓ EMBARAZADA..... 02 PROBLEMAS FAMILIARES..... 03 PROBLEMAS ECONÓMICOS..... 04 PROBLEMAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN..... 05 TENÍA QUE TRABAJAR..... 06 MUY LEJOS..... 07 POR BAJO RENDIMIENTO..... 08 CAMBIO DE DOMICILIO..... 09 OTRA, Cuál? 88 NS / NR..... 99																																																																
219	¿Cuál fue el grado, curso o año más alto que usted aprobó y en qué nivel de estudios?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">NIVEL</th> <th colspan="6">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4+</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NIVEL		GRADO						NINGUNO.....	0	0							C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6		PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6		SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6		SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+		POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+			
	NIVEL		GRADO																																																															
NINGUNO.....	0	0																																																																
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6																																																											
PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6																																																											
SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6																																																											
SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+																																																											
POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+																																																													
220	¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	SI, DINERO..... 1 SI, OTRA FORMA DE PAGO..... 2 PASE 223 NO..... 3 PASE 225																																																																

221	¿Quién toma las decisiones de realizar los gastos con los ingresos que usted recibe: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	USTED? 1 ESPOSO O COMPAÑERO? 2 AMBOS? 3 OTRAS PERSONAS? 4 NO RESPONDE 9
222	¿Qué parte de los gastos totales de su hogar paga con el dinero que usted recibe: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	NADA? 1 CASI NADA? 2 MENOS DE LA MITAD? 3 LA MITAD? 4 MÁS DE LA MITAD? 5 TODO? 6 NS / NR 9
223	La mayor parte de su tiempo, ¿Trabaja fuera o dentro de su hogar?	FUERA DEL HOGAR 1 DENTRO DEL HOGAR 2
224	¿Qué tipo de trabajo realiza? (SI TIENE MÁS DE UN TRABAJO DESCRIBA EL PRINCIPAL)	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 300
225	¿Buscó trabajo en la semana pasada?	SI 1 PASE 300 NO 2
226	¿Cuál es la razón principal por la que usted no busca trabajo?	INCAPACIDAD FÍSICA 01 NO NECESITA TRABAJAR 02 EMBARAZADA / DEJÓ DE TRABAJAR 03 NO TIENE QUIEN CUIDE LOS NIÑOS 04 AMA DE CASA 05 CANSADA DE BUSCAR TRABAJO 06 MARIDO / COMPAÑERO NO QUIERE QUE TRABAJE 07 PROBLEMAS DE SALUD 08 INTERFIERE LOS ESTUDIOS 09 OTRA, Cuál? 88

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA: Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

300	¿Actualmente está usted embarazada?	SI 1 NO 2 PASE 305 NO SABE 9 PASE 305
301	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERÍA ENTONCES..... 1 PASE 303 ESPERAR MÁS TIEMPO..... 2 NO QUERÍA EL EMBARAZO..... 3 PASE 303
302	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 999
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 99
304	¿Es su primer embarazo?	SI..... 1 PASE 522 NO..... 2 PASE 306
305	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 522
306	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?	A. HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con usted?	A. HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
308	¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 310
309	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON..... <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON..... <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON..... <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
310	Hablando de todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo alguna hija / hijo que nació muerto después de que tuviera los cinco meses de embarazo (mortinato)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 317
311	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos / hijas que nacieron muertos?	No. DE HIJOS / HIJAS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS)..... <input type="text"/>
312	¿Presentó el(los) niño(s) algún signo de vida, por ejemplo, respiró o lloró?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 314
313	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)	
314	¿En qué mes y año tuvo el parto de su último nacido muerto?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO SABE 999999
315	EN LA PREGUNTA 311 DECLARO SOLO 1 MORTINATO?	SI..... 1 PASE 317 NO..... 2
316	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO SABE 999999

317	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes, ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?		SI..... 1 NO..... 2 PASE 319			
318	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido usted antes de completar el quinto mes de embarazo?		No. DE PÉRDIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>			
319	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 306C, 307C y 309C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Usted ha tenido en total _____ hijos / hijas nacidos vivos?		306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS SI ES 00 PASE A 522 <input type="text"/> <input type="text"/>			
ENTREVISTADORA, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.						
<ul style="list-style-type: none"> - ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR). - LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE. - EN COLUMNA f., ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS, ANOTE EN AÑOS SI ES MAYOR A DOS AÑOS. 						
320 ¿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 MENOR DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
02. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
03. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
04. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
05. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
06. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
07. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
08. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>

320 ¿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 MENOR DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
09. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
NOVENO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
10. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
11. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO PRIMERO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
12. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO SEGUNDO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
13. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
15. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO QUINTO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
16. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO SEXTO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
17. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO SÉPTIMO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
18. _____	HOMBRE..... 1	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.... 1 SGTE. COL	<input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
DÉCIMO OCTAVO ANTERIOR	MUJER..... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	NO... 2 PASE e.	PASE SIG. NIÑO	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

400	VEA EN 320b, PÁGINA 7. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE ENERO DE 1999	ANTES DE ENERO DE 1999..... 1 PASE 522 A PARTIR DE ENERO DE 1999..... 2
401	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____ VEA 320c, PÁGINA 7 ¿EL ÚLTIMO HIJO / HIJA ESTÁ VIVO?	
		SI..... 1 NO..... 2
402	¿Durante el parto de (NOMBRE) o después del parto, fue operada para no tener más hijos?	SI, DURANTE EL PARTO..... 1 SI, DESPUÉS DEL PARTO..... 2 NO 3
403	¿Le dio el seno a (NOMBRE) ?	SI 1 PASE 405 NO 2
404	¿Por qué no le dio el seno a (NOMBRE) ?	MADRE NO QUERÍA 1 NIÑO MURIÓ..... 2 NIÑO SE ENFERMÓ..... 3 NO TENÍA LECHE..... 4 LA MADRE ENFERMÓ..... 5 PEZÓN INVERTIDO O LESIONES 6 OTRO, Cuál? 8
PASE A 413		
405	¿A qué tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el seno?	MINUTOS 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> HORAS..... 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> DÍAS..... 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> NS / NR 999
406	ENTREVISTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO..... 1 MUERTO..... 2 PASE 409
407	¿Está dándole el seno actualmente a (NOMBRE) ?	SI..... 1 PASE 410 NO..... 2
408 (*)	¿Por qué razón o razones dejó de darle el seno a (NOMBRE) ? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	NIÑO SE ENFERMÓ DE DIARREA..... 01 NIÑO SE ENFERMÓ POR OTRA CAUSA 02 NIÑO FALLECIÓ..... 03 NIÑO NO QUERÍA..... 04 POCA LECHE..... 05 SALÍA A TRABAJAR / ESTUDIAR..... 06 ERA INCONVENIENTE..... 07 LA MADRE ENFERMÓ..... 08 SENOS DOLOROSOS..... 09 FIN DEL DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A UTILIZAR PASTILLAS..... 12 OTRA, Cuál? 88
409	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE) ?	DÍAS DE EDAD..... 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> MESES DE EDAD..... 2 <input style="width: 30px;" type="text"/>
PASE A 413		
410	Desde las seis de la mañana de ayer hasta las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy), ¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) ?	VECES..... <input style="width: 30px;" type="text"/> NS / NR..... 99
411	¿Se separa de su hijo / hija más de 6 horas?	SIEMPRE..... 1 CASI SIEMPRE 2 RARA VEZ..... 3 NUNCA..... 4

412	Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy) ¿Le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<div style="text-align: right;">SI NO NS/NR</div> A. AGUA?..... 1 2 9 B. LECHE QUE NO ERA DE SU PECHO?..... 1 2 9 C. OTROS LÍQUIDOS, JUGOS?..... 1 2 9 D. COMIDA SÓLIDA O ESPESA?..... 1 2 9 E. PAPILLA O PURÉS?..... 1 2 9
413	¿Recibió usted orientación o consejos sobre lactancia materna antes o después del parto de (NOMBRE) ?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 415
414	La persona que le dio la mayor orientación, ¿Era médico, enfermera, partera, promotor u otra persona?	MÉDICO(A)..... 1 ENFERMERA(O)..... 2 PARTERA..... 3 PROMOTOR DEL MSP..... 4 PROMOTOR DE ONG, Cuál?..... 5 OTRA, Cuál?..... 8
415	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO LE HA VUELTO AUN..... 97
416	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO HA VUELTO A TENER..... 97
417	VEA 320b, PÁGINA 7. CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1999	<input type="text"/>

**VEA 320, PÁGINA 7 Y ANOTE EN PREGUNTAS 418, 419 Y 420 EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS
A PARTIR DE ENERO DE 1999, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE**

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
418 NÚMERO DE LÍNEA DEL NIÑO / NIÑA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
419 NOMBRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
420 ESTÁ VIVO (VEA 320, COL. c.)	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
421 En la época en la que quedó embarazada de (NOMBRE), ¿Quería usted tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 P. 423 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423
422 ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 999				
423 ¿Quería su pareja tener ese hijo(a) entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428
425 ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? HOSPITAL / MATERNIDAD MSP..... 01 CENTROS DE SALUD / SIMILARES MSP..... 02 HOSPITAL / CLIN. / DISP. DEL IESS..... 03 SEGURO SOCIAL CAMPESINO..... 04 HOSPITAL / CLIN. / DISP. FF.AA. O POLICÍA..... 05 JUNTA DE BENEFICENCIA *..... 06 PATRONATO SAN JOSÉ..... 07 APROFE..... 08 CEMOPLAF..... 10 COF..... 11 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 12 PARTERA..... 13 OTRO(Ej: Empresa donde trabaja)..... 88 NO SABE / NO RECUERDA..... 99	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código
426 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>
427 ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/>
428 ¿Durante éste embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)?	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9

429	En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? HOSPITAL / MATERNIDAD MSP..... 01 CENTROS DE SALUD / SIMILARES MSP..... 02 HOSPITAL / CLIN. / DISP. DEL IEES..... 03 SEGURO SOCIAL CAMPESINO..... 04 HOSPITAL / CLIN. / DISP. FF.AA O POLICIA..... 05 JUNTA DE BENEFICENCIA *..... 06 PATRONATO SAN JOSÉ..... 07 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 08 EN CASA CON PARTERA CAPACITADA..... 09 EN CASA CON PARTERA NO CAPACITADA..... 10 EN CASA CON FAMILIAR..... 11 PARTO SOLA..... 12 OTRO..... 88 NO SABE / NO RECUERDA..... 99	<div style="text-align: center;"> _ _ Código</div>	<div style="text-align: center;"> _ _ Código</div>	<div style="text-align: center;"> _ _ Código</div>	<div style="text-align: center;"> _ _ Código</div>	<div style="text-align: center;"> _ _ Código</div>
		PASE 432	PASE 432	PASE 432	PASE 432	PASE 432
430	¿Qué profesional le atendió?	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9
431	¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea?	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2
432	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, setemesino)?	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434
433	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	SEMANAS _ _ NO RECUERDA 98	SEMANAS _ _ NO RECUERDA 98	SEMANAS _ _ NO RECUERDA 98	SEMANAS _ _ NO RECUERDA 98	SEMANAS _ _ NO RECUERDA 98
434	¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437
435	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?	1. _ _ . _ _ --> P. 437 Libras Onzas 2. _ . _ _ --> P. 437 Kilos Gramos NS..... 99999	1. _ _ . _ _ --> P. 437 Libras Onzas 2. _ . _ _ --> P. 437 Kilos Gramos NS..... 99999	1. _ _ . _ _ --> P. 437 Libras Onzas 2. _ . _ _ --> P. 437 Kilos Gramos NS..... 99999	1. _ _ . _ _ --> P. 437 Libras Onzas 2. _ . _ _ --> P. 437 Kilos Gramos NS..... 99999	1. _ _ . _ _ --> P. 437 Libras Onzas 2. _ . _ _ --> P. 437 Kilos Gramos NS..... 99999
436	¿Pesó menos de 5.5 libras?	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9
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?	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9
438	¿Le dio seno a (NOMBRE)?		SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO
439	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE)?		DÍAS 1 _ _ MESES 2 _ _	DÍAS 1 _ _ MESES 2 _ _	DÍAS 1 _ _ MESES 2 _ _	DÍAS 1 _ _ MESES 2 _ _

ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1999 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGÚN DATOS DE PREGUNTAS 419 Y 420, PÁGINA 11				
<u>ORDEN</u>		<u>NOMBRE</u>	<u>ESTÁ VIVO</u>	
			SI	NO
ÚLTIMO	1	_____	1	2
PENÚLTIMO	2	_____	1	2
TERCERO ANTERIOR	3	_____	1	2
CUARTO ANTERIOR	4	_____	1	2
QUINTO ANTERIOR	5	_____	1	2

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO / NIÑA A INVESTIGAR					
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS / NIÑAS 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

440	A. NÚMERO DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A): B. NOMBRE DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A): _____ C. ¿ESTÁ VIVO? SI 1 NO 2	
SI HAY MÁS DE UN HIJO / HIJA NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 1999, DÍGALE A LA ENTREVISTADA: "Ahora pasaremos a hablar de (NOMBRE)".		
441	¿Tuvo usted algún control después del parto de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 PASE 444
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo su primer control?	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3
443	¿Dónde tuvo el control de postparto?	UNIDADES DEL MSP 01 UNIDADES DEL IESS 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA 03 JUNTA DE BENEFICENCIA 04 PATRONATO SAN JOSÉ 05 APROFE 06 CEMOPLAF 07 COF 08 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO 09 PARTERA 10 OTRO, Cuál? 88 NO RECUERDA 99

444	Después que nació (NOMBRE), ¿Fue inscrito (levantada la partida de nacimiento) en el Registro Civil?	SI..... 1 NO..... 2 AUN NO ES TIEMPO..... 3 NO RESPONDE..... 9																								
445	VEA 440 ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?	SI..... 1 PASE 447 NO..... 2																								
446	¿Fue inscrito el fallecimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil?	SI..... 1 NO..... 2																								
447	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 451																								
448	¿A qué tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>																								
449	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO..... 2 NS / NR..... 9																								
450	¿A dónde le llevó al control a (NOMBRE)?	UNIDADES DEL MSP..... 01 UNIDADES DEL IESS..... 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 09 PARTERA..... 10 OTRO, Cuál?..... 88 NO RECUERDA..... 99																								
451	VEA 445: ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 500																								
452	¿Vive (NOMBRE) con usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 500																								
453	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 469 NO SABE..... 9 PASE 469																								
454	¿Cuántos días le duró la diarrea?	DÍAS..... <input type="text"/> MENOS DE UN DÍA..... 00																								
455	¿Todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																								
456	Mientras tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿Cuántas veces fueron?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NS / NR..... 99																								
457	¿La diarrea tenía sangre?	SI..... 1 NO..... 2																								
458	¿En los días que tuvo diarrea (NOMBRE), el (la) niño / niña: (LÉALE UNA A UNA)																									
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS / NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?</td><td>1 → E</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS / NR	A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?	1	2	9	B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?	1 → E	2	9	C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS	1	2	9	D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?	1	2	9	E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?	1	2	9
	SI	NO	NS / NR																							
A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?	1	2	9																							
B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?	1 → E	2	9																							
C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS	1	2	9																							
D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?	1	2	9																							
E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?	1	2	9																							

459	¿Hizo usted algo para aliviarle?	SI 1 NO 2 PASE 464																																												
460	Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE) , ¿Le dio: (LÉALE UNA A UNA)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PURGANTES?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>C. SUERO CASERO?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>G. ANTIBIÓTICOS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>H. ANTIDIARREICOS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>I. LE HOSPITALIZARON?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxilina, trimeton-sulfa, etc Antidiarreico: Kaopectate, Caolinpectina, intestinomicina, yodoclorina, yodoquin, etc</p>		SI	NO	NS/NR	A. PURGANTES?.....	1	2	9	B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....	1	2	9	C. SUERO CASERO?.....	1	2	9	D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....	1	2	9	E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....	1	2	9	F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....	1	2	9	G. ANTIBIÓTICOS?.....	1	2	9	H. ANTIDIARREICOS?.....	1	2	9	I. LE HOSPITALIZARON?.....	1	2	9	J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?	1	2	9
	SI	NO	NS/NR																																											
A. PURGANTES?.....	1	2	9																																											
B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....	1	2	9																																											
C. SUERO CASERO?.....	1	2	9																																											
D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....	1	2	9																																											
E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....	1	2	9																																											
F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....	1	2	9																																											
G. ANTIBIÓTICOS?.....	1	2	9																																											
H. ANTIDIARREICOS?.....	1	2	9																																											
I. LE HOSPITALIZARON?.....	1	2	9																																											
J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?	1	2	9																																											
461	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE) ?	SI 1 NO 2 PASE 463																																												
462	¿Dónde o a quién consultó primero?	HOSPITAL DEL MSP 01 UNIDADES DE SALUD DEL MSP..... 02 HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESE / SSC..... 03 HOSPITAL / UNIDADES DE FF.AA / POLICÍA..... 04 HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO 05 PROMOTOR DEL MSP..... 06 PROMOTOR DE ONG, Cuál?..... 07 FARMACIA..... 08 OTRO, Cuál?..... 88																																												
463	VEA 460, ¿CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?	SI 1 PASE 465 NO 2																																												
464	¿Por qué no hizo nada para aliviarle?	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO..... 01 DEMASIADO LEJOS..... 02 SERVICIOS MALOS..... 03 POR DESCUIDO..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 DEMASIADO OCUPADA..... 06 FALTA DE TRANSPORTE..... 07 NADIE PODÍA CUIDAR LOS HIJOS..... 08 MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON..... 09 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99																																												
465	¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	SI..... 1 NO..... 2																																												
466	Durante la diarrea, ¿Le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	MÁS LÍQUIDOS..... 1 MENOS LÍQUIDOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 NS / NR..... 9																																												
467	Durante la diarrea, ¿Cambió el tipo de dieta?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9																																												
468	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTÓ..... 1 DISMINUYÓ..... 2 MANTUVO IGUAL..... 3 TODAVÍA NO COME..... 4 NS / NR..... 9																																												
469	¿En las últimas dos semanas ha tenido (NOMBRE) , tos o dificultad para respirar (incluyendo este día)?	SI 1 NO 2 PASE 478																																												

470	¿Cuántos días estuvo enfermo?	No. DE DÍAS..... MENOS DE UN DÍA / COMENZÓ HOY..... MÁS DE UN MES..... NS / NR.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 00 PASE 472 33 99																																				
471	¿Todavía tiene esta enfermedad?	SI..... NO.....	1 2																																				
472	(NOMBRE) (LÉALE 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></tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Estaba desgastado para mamar, beber agua u otros líquidos?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>C. Le dieron ataques?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>D. Vomitaba todo?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>E. Se le hundía el pecho?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>F. Hacía ruido al respirar?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>H. Le silbaba o le roncaba el pecho?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table>				SI	NO	NS/NR	A. Estaba desgastado para mamar, beber agua u otros líquidos?.....	1	2	9	B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....	1	2	9	C. Le dieron ataques?.....	1	2	9	D. Vomitaba todo?.....	1	2	9	E. Se le hundía el pecho?.....	1	2	9	F. Hacía ruido al respirar?.....	1	2	9	G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....	1	2	9	H. Le silbaba o le roncaba el pecho?.....	1	2	9
	SI	NO	NS/NR																																				
A. Estaba desgastado para mamar, beber agua u otros líquidos?.....	1	2	9																																				
B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....	1	2	9																																				
C. Le dieron ataques?.....	1	2	9																																				
D. Vomitaba todo?.....	1	2	9																																				
E. Se le hundía el pecho?.....	1	2	9																																				
F. Hacía ruido al respirar?.....	1	2	9																																				
G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....	1	2	9																																				
H. Le silbaba o le roncaba el pecho?.....	1	2	9																																				
473	¿Durante esta enfermedad (LÉALE 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></tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>C. Le dio algún descongestionante?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>D. Le dio antibióticos?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>F. Le hospitalizaron?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>G. Le dio algo más, Qué?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table> <p>Antibióticos: Ampicilina, Eritromicina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetón-sulfa, etc.</p>				SI	NO	NS/NR	A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....	1	2	9	B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	9	C. Le dio algún descongestionante?.....	1	2	9	D. Le dio antibióticos?.....	1	2	9	E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....	1	2	9	F. Le hospitalizaron?.....	1	2	9	G. Le dio algo más, Qué?.....	1	2	9				
	SI	NO	NS/NR																																				
A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....	1	2	9																																				
B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	9																																				
C. Le dio algún descongestionante?.....	1	2	9																																				
D. Le dio antibióticos?.....	1	2	9																																				
E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....	1	2	9																																				
F. Le hospitalizaron?.....	1	2	9																																				
G. Le dio algo más, Qué?.....	1	2	9																																				
474	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE) ?	SI..... NO.....	1 2 PASE 476																																				
475	¿Dónde o quién consultó primero?	HOSPITAL DEL MSP..... 01 UNIDADES DE SALUD DEL MSP..... 02 HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESE / SCC..... 03 HOSPITAL / UNIDADES FF.AA. / POLICÍA..... 04 HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 05 PROMOTOR DEL MSP..... 06 PROMOTOR DE ONG, Cuál?..... 07 FARMACIA..... 08 OTRO, Cuál?..... 88																																					
476	VEA EN 473 SI MARCÓ AL MENOS UN CÓDIGO "1"	MARCÓ CÓDIGO "1"..... 1 PASE 478 MARCÓ SÓLO CÓDIGO "2" Ó "9"..... 2																																					
477	¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)?	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / NO ERA GRAVE..... 01 NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE..... 02 NO TUVO TIEMPO / DEMASIADO OCUPADA..... 03 MALA ATENCIÓN..... 04 SERVICIOS MALOS..... 05 POR DESCUIDO..... 06 FALTA DE DINERO..... 07 POR LA DISTANCIA / FALTA DE TRANSPORTE..... 08 NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS..... 09 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99																																					

478	¿Tiene usted el "Carnet de Salud Infantil" de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 480 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 PASE 480																																																																																																																																																																																																																								
479	ENTREVISTADORA: OBSERVE LA INFORMACIÓN DEL CARNE SI HAY O NO MARCAS DE:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESO AL NACER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>TALLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>PERÍMETRO CEFÁLICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">cuántos </p>		SI	NO	NS/NR	PESO AL NACER.....	1	2	9	TALLA.....	1	2	9	PERÍMETRO CEFÁLICO.....	1	2	9	PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																							
PESO AL NACER.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
TALLA.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
PERÍMETRO CEFÁLICO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
480	<p>ENTREVISTADORA: TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNE, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO.</p> <p>PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNE O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNE, PREGUNTÉ: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? SI NO HAY CARNE DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO <u>SEGÚN MADRE</u>.</p>																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE DE LA VACUNA</th> <th colspan="3">SEGÚN CARNE ¿TIENE DOSIS?</th> <th rowspan="2">DÍA</th> <th rowspan="2">MES</th> <th rowspan="2">AÑO</th> <th colspan="3">SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- BCG</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- BCG (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 2</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 3</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- SR – DUPLA VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- SRP – TRIPLE VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIAMARILICA</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 2</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 3</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTISARAMPIONOSA.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>___</td><td>/</td><td>___</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>			NOMBRE DE LA VACUNA	SEGÚN CARNE ¿TIENE DOSIS?			DÍA	MES	AÑO	SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SI	NO		SI	NO	NS/NR	- BCG	1	2		___	/	___	1	2	9	- BCG (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9	- DPT – 1	1	2		___	/	___	1	2	9	- DPT – 2	1	2		___	/	___	1	2	9	- DPT – 3	1	2		___	/	___	1	2	9	- DPT (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9	- OPV (POLIO) – 1.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- OPV (POLIO) – 2.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- OPV (POLIO) – 3.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- OPV (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 1.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 2.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 3.....	1	2		___	/	___	1	2	9	- SR – DUPLA VIRAL	1	2		___	/	___	1	2	9	- SRP – TRIPLE VIRAL	1	2		___	/	___	1	2	9	- ANTIAMARILICA	1	2		___	/	___	1	2	9	- PENTAVALENTE – 1	1	2		___	/	___	1	2	9	- PENTAVALENTE – 2	1	2		___	/	___	1	2	9	- PENTAVALENTE – 3	1	2		___	/	___	1	2	9	- ANTISARAMPIONOSA.....	1	2		___	/	___	1	2	9
NOMBRE DE LA VACUNA	SEGÚN CARNE ¿TIENE DOSIS?			DÍA	MES	AÑO				SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO					SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																	
- BCG	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- BCG (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 1	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 2	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 3	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 1.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 2.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 3.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (REFUERZO)	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 1.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 2.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 3.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- SR – DUPLA VIRAL	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- SRP – TRIPLE VIRAL	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIAMARILICA	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 1	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 2	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 3	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTISARAMPIONOSA.....	1	2		___	/	___	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
481	¿El padre de (NOMBRE) vive con usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 485																																																																																																																																																																																																																								
482	¿Si (NOMBRE) esta enfermo, le ayuda el padre a cuidarle?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
483	¿Si usted quiere llevar a (NOMBRE) a un establecimiento de salud, tiene que obtener el permiso del padre?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
484	¿Si usted requiere comprar medicinas en una farmacia para darle a (NOMBRE), necesita que el padre le de el dinero para comprarla?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
PASE A 500																																																																																																																																																																																																																										
485	¿En los últimos 12 meses le ha dado el padre de (NOMBRE) dinero para mantenerlo(a)?	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																																																								
486	¿En los últimos 12 meses cuántas veces le ha visitado el padre a (NOMBRE) ?	No. DE VECES..... NINGUNA VEZ..... 00 NO SABE..... 99																																																																																																																																																																																																																								

V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

500	LA FECHA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (VEA 320b, PÁG.7) ES A PARTIR DE ENERO DEL 2002?	SI 1 NO 2 PASE 522				
501	VEA EN 429, PÁGINA 12. SI EL PARTO DE (NOMBRE) FUE INSTITUCIONAL (CÓDIGOS DEL 1 AL 8), EN LA CASA (CÓDIGOS DEL 9 AL 12), EN OTRO LUGAR O NO SABE / NO RESPONDE (CÓDIGOS 13 Y 99)	INSTITUCIONAL 1 EN LA CASA 2 PASE 509 OTRO, NS / NR 9 PASE 515				
502	¿Por qué razón o razones dio a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. B. C.				
503	¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. B. C.				
504	Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto de (NOMBRE) en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.					
¿Cómo le pareció a usted.....:		Buena	Regular	Mala	No aplica	NS / NR
a.	¿El trato que recibió del personal de salud que le atendió?.....	2	3	4	5	9
b.	¿La experiencia / conocimiento de la persona que le atendió el parto?.....	2	3	4	5	9
c.	¿La información que le dio el personal de salud sobre su salud?.....	2	3	4	5	9
d.	¿La información que le dio el personal de salud sobre la salud de su bebé?.....	2	3	4	5	9
e.	¿La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	2	3	4	5	9
f.	¿El respeto a sus costumbres relacionadas con el parto?.....	2	3	4	5	9
g.	¿La privacidad durante su atención?.....	2	3	4	5	9
h.	¿La comodidad del establecimiento?	2	3	4	5	9
i.	¿El horario de atención?.....	2	3	4	5	9
j.	¿La limpieza / aseo del establecimiento?.....	2	3	4	5	9
505	¿Qué debería mejorar en la atención en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. B. C.				
506	Cuándo usted dio a luz a (NOMBRE), ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto en el establecimiento de salud?	SI 1 NO TUVE QUE PAGAR, PERO COMPRE MEDICAMENTOS, PAÑALES, OTROS INSUMOS, ETC..... 2 NO PAGO NADA..... 3 PASE 508 NS / NR 9 PASE 508				
507	¿Usted estuvo conforme con ese pago / gasto?	SI 1 NO 2 NS / NR 9				
508	Cuando usted dio a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	MUCHO TIEMPO? 1 NI MUCHO, NI POCO TIEMPO? 2 POCO TIEMPO? 3 LE ATENDIERON INMEDIATAMENTE? 4 NS / NR 9 } PASE 514				
509	¿Por qué razón o razones dio a luz a (NOMBRE) en la casa? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. B. C.				

510	¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (NOMBRE) en la casa? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> B. _____ <input type="text"/> <input type="text"/> C. _____ <input type="text"/> <input type="text"/>		
511 (*)	¿Qué profesional o persona(s) le atendió en el parto de (NOMBRE) en su casa? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	MÉDICO..... 01 OBSTETRIZ..... 02 ENFERMERA..... 03 AUXILIAR DE ENFERMERÍA 04 PARTERA..... 05 PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIA..... 06 OTROS AGENTES TRADICIONALES (yachac / shaman / limpiador / curandero) 07 FAMILIAR (ES)..... 08 SOLA / NADIE 09 OTRO..... 88 NS / NR 99		
512	Cuándo usted dio a luz a (NOMBRE) en su casa, ¿Tuvo que hacer usted algún pago o gasto?	SI 1 NO TUVE QUE PAGAR, PERO COMPRE MEDICAMENTOS, PAÑALES, OTROS INSUMOS, ETC..... 2 NO PAGÓ NADA..... 3 PASE 514 NS / NR 9 PASE 514		
513	¿Usted estuvo conforme con ese pago / gasto?	SI 1 NO 2 NS / NR 9		
514 (*)	¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (NOMBRE) en el establecimiento de salud o en la casa? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE) NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA	NADIE / COSTUMBRE 01 PARTURIENTA 02 ESPOSO / CONVIVINETE / PAREJA..... 03 JUNTOS (PARTURIENTA CON EL ESPOSO / CONVIVIENTE / PAREJA) 04 MADRE 05 SUEGRA 06 OTRO FAMILIAR 07 PERSONAL DE SALUD (Médico / enfermera / obstetrix) 08 PARTERA 09 OTROS PRESTADORES TRADICIONALES (yachac / shaman / limpiador / curandero)..... 10 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99		
515	¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?	CASA..... 1 ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... 2 DEPENDE / INDECISA 3 NS / NR 9		
516	A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé, o de los dos. Durante el embarazo de (NOMBRE) , ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:			
		SI TUVO	NO TUVO	NS / NR
	a. Hinchazón de manos / pies?	1	2	9
	b. Desmayos?	1	2	9
	c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	1	2	9
	d. Convulsiones?	1	2	9
	e. Dolores fuertes de barriga?	1	2	9
	f. Mareos / náusea / vómitos?	1	2	9
	g. Fiebre?	1	2	9
	h. Pre-eclampsia / Eclampsia?	1	2	9
	i. Infección de vías urinarias?	1	2	9
	j. Sangrado / hemorragia?	1	2	9
	k. Otro, Cuál?	1	2	9

517	ENTREVISTADORA: ¿EN PREGUNTA 516 HAY ALGÚN "SI"? SI.....1 NO.....2 PASE 519			
518	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA) 1 FARMACIA / BOTICA 2 SE QUEDÓ EN CASA / REMEDIOS CASEROS..... 3 PERSONAL TRADICIONAL (partera, yachac, shaman / limpiador / curandero) 4 Otro, Cuál? 8 NS / NR 9		
519	A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé, o de los dos. Durante el parto de (NOMBRE), ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:			
		SI TUVO	NO TUVO	NS / NR
	a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2	9
	b. No le venían los dolores / contracciones?.....	1	2	9
	c. El parto se demoró más de lo normal?	1	2	9
	d. Se adelantó el parto?	1	2	9
	e. Se rompió el agua de fuente antes de tiempo?.....	1	2	9
	f. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2	9
	g. Cadera estrecha?	1	2	9
	h. Sangrado abundante?	1	2	9
	i. Infección / Sepsis?	1	2	9
	j. El bebé no respiraba / no lloraba?	1	2	9
	k. Parto gemelar?	1	2	9
	l. El bebé no se movía?	1	2	9
	m. El bebé se tomó el agua de fuente?	1	2	9
	n. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	1	2	9
	o. Otro, Cuál?	1	2	9
520	ENTREVISTADORA: ¿EN PREGUNTA 519 HAY ALGÚN "SI"? SI.....1 NO.....2 PASE 522			
ENTREVISTADORA: VEA 501, PÁG. 18. EL PARTO FUE: INSTITUCIONAL..... 1 PASE 522 EN LA CASA..... 2 OTRO, NS / NR..... 9				
521	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA) 01 FARMACIA / BOTICA 02 SE QUEDÓ EN CASA / REMEDIOS CASEROS..... 03 PERSONAL TRADICIONAL (partera, yachac, shaman / limpiador / curandero) 04 Otro, Cuál? 88 NS / NR 99		
522	Ahora hablando de su salud, ¿Alguna vez le han vacunado contra el tétanos?	SI 1 NO 2 PASE 524 NS / NR 9 PASE 524		
523	¿Le han puesto una, dos o más de dos dosis (vacunas) antitetánicas?	UNA 1 DOS..... 2 MÁS DE DOS..... 3 NS / NR 9		
524	¿Ha recibido información sobre el cáncer del útero (matriz) ?	SI 1 NO..... 2 PASE 526 NS / NR 9 PASE 526		
525 (*)	¿Dónde recibió la información? (MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE)	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS / SSC..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA / POLICÍA..... 03 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 04 SOLCA..... 05 CLÍNICA / CONSULTORIO OTRA ONG..... 06 PROMOTOR DE ONG..... 07 OTRO, Cuál?..... 88		

526	¿Se ha hecho alguna vez la citología o examen de Papanicolaou (PAP)?	SI 1 NO 2 PASE 529 NS / NR..... 9 PASE 530
527	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 999
528	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP 01 ESTABLECIMIENTOS DEL IESS / SSC..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA. / POLICÍA..... 03 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 04 SOLCA 05 CLÍNICA / CONSULTORIO OTRA ONG..... 06 OTRO, Cuál? 88 NS / NR..... 99
PASE A 530		
529	¿Cuál es la razón principal por la que no se la ha hecho?	FALTA DE INFORMACIÓN..... 1 NO LO CONSIDERA NECESARIO 2 POR LA DISTANCIA 3 POR PENA O VERGÜENZA..... 4 FALTA DE DINERO..... 5 NO TIENE CON QUIEN DEJAR A LOS HIJOS..... 6 SU PAREJA SE OPONE..... 7 OTRA, Cuál? 8 NS / NR..... 9
530	¿Ha oído hablar de cáncer de mama (del seno o de los pechos)?	SI..... 1 NO..... 2
531	En alguna consulta de salud, ¿Alguna vez la han examinado los pechos?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA 9
532	¿Le han enseñado cómo examinarse los senos usted sola (el autoexamen)?	SI 1 NO..... 2
533	¿Se ha hecho alguna vez una radiografía, placa o rayos X del seno (mamografía)?	SI 1 PASE 535 NO 2 NO RECUERDA 9
534	¿Cuál es la razón más importante para no haberse hecho una mamografía?	NO TIENE PROBLEMAS, NO NECESITA..... 01 NO SABÍA QUE TENÍA QUE HACERSE 02 NO TIENE EDAD PARA HACERSE..... 03 DESPREOCUPACIÓN..... 04 ES MUY CARO 05 POR MIEDO / TEMOR..... 06 OTRA, Cuál? 88 NO RESPONDE..... 99
535	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI 1 NO..... 2 PASE 600
536	¿Durante los últimos 30 días, en promedio cuántos cigarrillos fumó en un día?	No. DE CIGARRILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> FUMA OCASIONALMENTE..... 91 YA NO FUMA..... 92 NS / NR..... 99

VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENTREVISTADORA: LÉALE A LA ENTREVISTADA: 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. **LUEGO, HAGA LA PREGUNTA 600 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 601, 602 y 603, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS.**

MÉTODO	600. Qué método de Planificación Familiar conoce usted? NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA SI ESPONTÁNEO	601. Conoce o ha oído hablar de...? (LEA LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONÓ ESPONTÁNEAMENTE)		602. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		603. Usa actualmente? (últimos 30 días)	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Esterilización masculina o vasectomía	1	2	3	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura	1	2	3	1	2	1	2
3. NORPLANT o implante	1	2	3	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva	1	2	3	1	2	1	2
5. Píldora o pastilla anticonceptiva	1	2	3	1	2	1	2
6. DIU, espiral o T de Cobre	1	2	3	1	2	1	2
7. Condón (preservativo)	1	2	3	1	2	1	2
8. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	3	1	2	1	2
9. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)	1	2	3	1	2	1	2
10. Métodos vaginales (jaleas / espumas / diafragma / cremas / óvulos / tabletas)	1	2	3	1	2	1	2
11. MELO (Lactancia Materna)	1	2	3	1	2	1	2
12. Pastillas anticonceptivas de emergencia	1	2	3	1	2		

ENTREVISTADORA: SI EN LA PREGUNTA 602-2 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO 1) PONER TAMBIÉN CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA 603 (USO ACTUAL)

604	ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 602 Y 603 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE..... 1 PASE 620 LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS..... 2 PASE 610 LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE..... 3 PASE 605	
SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO MÉTODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE		
605	¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)? MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 RETIRO..... 10 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 MELO..... 12 NS / NR..... 99

606	¿Cuál fue el primer método que usted usó? (MARQUE EL MÁS EFECTIVO)	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 09 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 MÉTODOS VAGINALES..... 11 MELA..... 12 OTRO,Cuál? 88 NS / NR..... 99
607	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>
608	Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/>
609	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL 3 OTRA PERSONA 4
610	VEA EN 300, PÁGINA 6, SI ESTÁ EMBARAZADA	EMBARAZADA..... 1 PASE 615 NO EMBARAZADA..... 2 NO SABE..... 9
611	¿Cree usted que puede quedar embarazada?	SI..... 1 PASE 613 NO..... 2 NO SABE..... 9 PASE 613
612	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS Y NO PUEDE TENER MÁS HIJOS..... 1 PASE 700 MENOPAUSIA 2 PASE 700 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁR QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO..... 3 PASE 700 SIN VIDA SEXUAL..... 4 PASE 615 AMAMANTAMIENTO 5 PASE 615 OTRA,Cuál? 8 PASE 615
613	¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO..... 01 PASE 615 POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO..... 02 PASE 615 SIN VIDA SEXUAL..... 03 PASE 615 POR EDAD AVANZADA..... 04 PASE 700 NO LE GUSTA..... 05 PASE 700 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 06 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 07 EL COMPAÑERO SE OPONE..... 08 RAZONES RELIGIOSAS..... 09 OTRA,Cuál? 88 NS / NR 99
614	¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI..... 1 PASE 616 NO..... 2 NS / NR..... 9
615	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 700 NS / NR..... 9 PASE 700

616	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted (o su pareja)?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 07 CONDÓN..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 RETIRO..... 10 PASE 700 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 PASE 700 MELA..... 12 PASE 700 OTRO, Cuál?..... 88 PASE 700 NS / NR..... 99
617	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 700
618	¿A qué lugar iría a conseguir el método?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 ESTABLECIMIENTOS DE FF.AA O POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 FARMACIA O BOTICA..... 10 PARTERA..... 11 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
619	¿Cuánto tiempo tardaría normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS, SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99
PASE A 700		
SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
620	ENTREVISTADORA: VEA 603, PÁGINA 22 Y MARQUE EL MÉTODO QUE USA, SI ESTÁ UTILIZANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO <u>ORDEN DE EFECTIVIDAD</u> 1. VASECTOMÍA 7. MELA 2. ESTER. FEMENINA 8. MÉT. VAGINALES 3. DIU 9. CONDÓN 4. INYECCIÓN 10. RITMO 5. NORPLANT 11. BILLINGS 6. PASTILLAS 12. RETIRO	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 PASE 622 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 PASE 627 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVAS..... 04 PASE 627 PASTILLAS..... 05 PASE 627 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 PASE 627 CONDÓN..... 07 PASE 627 MÉTODOS VAGINALES..... 08 PASE 627 RETIRO..... 09 PASE 630 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 PASE 630 MELA..... 11 PASE 630
621	¿Qué edad tenía usted cuando le esterilizaron?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
622	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 OTRO LUGAR, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99

623	¿Dónde recibió orientación sobre la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 IGLESIA..... 10 ESPOSO / COMPAÑERO..... 11 OTRO, Cuál? 88 NO SABE..... 99																		
624	¿Quién tomó la decisión para la esterilización?	USTED..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO..... 2 USTED Y SU COMPAÑERO..... 3 MÉDICO..... 4 USTED, ESPOSO / COMPAÑERO Y MÉDICO..... 5 FAMILIARES..... 6 OTRO, Cuál? 8																		
625	Dada la situación actual, si tuviera que elegir nuevamente, ¿Tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 PASE 635 NO..... 2 NO SABE / NO RESPONDE..... 9																		
626	¿Por qué no está conforme con su esterilización o la de su esposo o compañero?	ELLA QUIERE OTRO HIJO..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO QUIERE TENER OTRO HIJO..... 2 LA OPERACIÓN LE HA OCASIONADO PROBLEMAS DE SALUD..... 3 LA OPERACIÓN LE HA OCASIONADO PROBLEMAS EMOCIONALES..... 4 OTRO, Cuál? 8																		
PASE A 635																				
627	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 FF.AA O POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 FARMACIA O BOTICA..... 10 OTRO, Cuál? 88 NO SABE..... 99 PASE 630																		
628	¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99																		
629	¿El precio pagado por consulta y por el método anticonceptivo, le parece caro, razonable, barato o no pagó nada?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONSULTA</th> <th>MÉTODO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RAZONABLE</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BARATO</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NO PAGÓ</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>9</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		CONSULTA	MÉTODO	CARO	1	1	RAZONABLE	2	2	BARATO	3	3	NO PAGÓ	4	4	NO SABE	9	9
	CONSULTA	MÉTODO																		
CARO	1	1																		
RAZONABLE	2	2																		
BARATO	3	3																		
NO PAGÓ	4	4																		
NO SABE	9	9																		
630	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 usted?	YA NO QUIERE TENER MÁS HIJOS 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS..... 2 PARA PROTECCIÓN DEL SIDA Y OTRAS ITS..... 3 POR OTRAS RAZONES DE SALUD..... 4 POR RAZONES ECONÓMICAS / TRABAJO..... 5 OTRA, Cuál? 8 NS / NR..... 9																		

631	La decisión de usar este método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4
632	Si en éste momento usted pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	PREFERIRÍA OTRO..... 1 EL MISMO..... 2 PASE 635 NO USARÍA NINGUNO 3 PASE 634 NO SABE 9 PASE 635
633	¿Cuál método preferiría usar usted?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 10 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 MÉTODOS VAGINALES..... 12 MELA..... 13 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
PASE A 635		
634	¿Cuál es la razón principal por la que ya no usaría ningún método?	DESEO DE EMBARAZO..... 01 SIN VIDA SEXUAL..... 02 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 03 EL COMPAÑERO SE OPONE..... 04 RAZONES RELIGIOSAS..... 05 EDAD AVANZADA..... 06 RAZONES ECONÓMICAS..... 07 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
635	¿Cuál fue el primer método que usted usó?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 09 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 MÉTODOS VAGINALES..... 11 MELA..... 12 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR 99
636	¿Qué edad tenía cuando usted comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
637	Cuándo usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO) ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	N° DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
638	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4

VII. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

700	ENTREVISTADORA: VEA 602 (PÁGINA 22) EN LA LINEA 2 SI ESTÁ O NO ESTERILIZADA ¿ESTÁ ESTERILIZADA?	SI ESTÁ ESTERILIZADA 1 PASE 705 NO ESTÁ ESTERILIZADA 2
701	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300 (PÁGINA 6): NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Quisiera tener un (otro) hijo / hija o preferiría no tener (más) hijos / hijas? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Después del hijo / hija que está esperando, quisiera tener otro hijo / hija o preferiría no tener más hijos / hijas?	QUIERE HIJO / HIJA 1 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS 2 PASE 705 MENOPÁUSICA..... 3 PASE 705 OPERADA POR RAZONES MÉDICAS 4 PASE 705 INDECISA O NO SABE 9 PASE 705
702	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo / hija? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 705 AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 705 PRONTO / AHORA 994 PASE 705 MENOPÁUSICA (ESTÉRIL) 995 PASE 705 OTRO, Cuál? 998 NO SABE 999
703	VEA: 300 (PÁGINA 6) Y 320c (PÁGINA 7) ESTÁ EMBARAZADA Y / O TIENE HIJO(S) VIVO(S)	SI..... 1 NO..... 2 PASE 705
704	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> De quedar embarazada otra vez, ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo / hija menor? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo / hija que está esperando, cuando nazca su próximo hijo / hija?	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 99
705	VEA 320c (PÁGINA 7): TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos / hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA	NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88
706	VEA 700 SI LA MUJER ESTÁ ESTERILIZADA	SI..... 1 PASE 800 NO..... 2
707	VEA 701 Y COPIE LA RESPUESTA	QUIERE HIJO / HIJA 1 PASE 800 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS 2 MENOPÁUSICA..... 3 PASE 800 OPERADA POR RAZONES MÉDICAS 4 PASE 800 INDECISA O NO SABE 9 PASE 800

708	¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos?	PROBLEMAS ECONÓMICOS..... 01 POR RAZONES DE SALUD..... 02 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS 03 SE SIENTE VIEJA 04 SU TRABAJO NO LE PERMITE..... 05 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS 06 INESTABILIDAD CONYUGAL 07 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
709	¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 711
710	¿Cuál es la razón principal por la cual no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO 03 COSTO MUY ELEVADO 04 RECHAZO DEL MÉDICO 05 RAZONES RELIGIOSAS..... 06 NO LE GUSTA..... 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES..... 09 COMPAÑERO SE OPONE..... 10 SIN VIDA SEXUAL..... 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN..... 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO..... 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS..... 15 OTRO, Cuál?..... 88 NO SABE 98 NO RESPONDE..... 99
PASE A 800		
711	¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO 03 COSTO MUY ELEVADO 04 RECHAZO DEL MÉDICO 05 RAZONES RELIGIOSAS..... 06 NO LE GUSTA..... 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES..... 09 COMPAÑERO SE OPONE..... 10 SIN VIDA SEXUAL..... 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN..... 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO..... 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS..... 15 OTRO, Cuál?..... 88 NO SABE 98 NO RESPONDE..... 99

VIII. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS (ADULTAS JÓVENES)

800	VEA LA EDAD EN PREG. 201, PÁGINA 3 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	TIENE DE 15 A 24 AÑOS 1 TIENE DE 25 A 49 AÑOS 2 PASE 836																																																						
801	¿Recibió o ha recibido información sobre:	ENTREVISTADORA: HAGA LA PREGUNTA 802 PARA CADA TEMA QUE TENGA MARCADO EL CÓDIGO "1" EN PREG. 801																																																						
	<p>(LÉALE UNO A UNO)</p> <p>TEMA</p> <p>a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?</p> <p>b. El aparato reproductor femenino / masculino?</p> <p>c. La menstruación o regla?</p> <p>d. Las relaciones sexuales?</p> <p>e. El embarazo y el parto?</p> <p>f. Los métodos anticonceptivos?</p> <p>g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH / SIDA?</p>	<p>P. 801</p> <p>RECIBIÓ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table> <p>P. 802 ¿La información sobre (TEMA), la recibió de un familiar, en la escuela, colegio, o de otras personas?</p> <p>(SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FAMILIAR</th> <th>ESCUELA/ COLEGIO</th> <th>OTRAS PERSONAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	NS/NR	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	FAMILIAR	ESCUELA/ COLEGIO	OTRAS PERSONAS	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8
SI	NO	NS/NR																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
1	2	9																																																						
FAMILIAR	ESCUELA/ COLEGIO	OTRAS PERSONAS																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
1	2	8																																																						
803	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	<p>MES [][] AÑO [][][][]</p> <p>NUNCA HA TENIDO..... 222222 PASE 845</p> <p>NO DESEA CONTESTAR..... 888888</p> <p>NS / NR..... 999999</p>																																																						
804	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	<p>AÑOS [][]</p> <p>NO DESEA CONTESTAR..... 88 PASE 845</p> <p>NS / NR 99</p>																																																						
805	¿Su primera relación sexual ocurrió porque usted y su pareja decidieron juntos, usted le convenció, le convenció su pareja o le obligó su pareja?	<p>DECIDIERON JUNTOS..... 1</p> <p>USTED LE CONVENCIO 2</p> <p>LE CONVENCIO SU PAREJA 3</p> <p>LE OBLIGO SU PAREJA 4</p> <p>SIMPLEMENTE PASO 5</p> <p>NS / NR 9</p>																																																						
806	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo la primera relación sexual? (coito)	<p>AÑOS [][]</p> <p>NS / NR 99</p>																																																						
807	¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?	<p>ESPOSO / COMPAÑERO 1</p> <p>NOVIO 2</p> <p>AMIGO 3</p> <p>FAMILIAR 4</p> <p>DESCONOCIDO 5</p> <p>OTRO, Cuál? 8</p> <p>NS / NR 9</p>																																																						
808	¿Cuánto tiempo de relación tenía con la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	<p>MESES 1 [][]</p> <p>AÑOS 2 [][]</p> <p>NO RECUERDA 999</p>																																																						
809	¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 PASE 812</p>																																																						

810	¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?	PASTILLAS 1 CONDÓN..... 2 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA 3 MÉTODOS VAGINALES 4 RITMO, CALENDARIO, BILLINGS 5 RETIRO 6 OTRO, Cuál? 8 NS / NR 9
811	¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?	USTED 1 SU PAREJA..... 2 LOS DOS..... 3
PASE A 813		
812	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO 01 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO 02 CREÍA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD..... 03 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA 04 QUERÍA EMBARAZARSE..... 05 CONOCÍA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABÍA DONDE OBTENERLOS 06 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 07 QUERÍA USARLO, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO 08 COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 09 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99
813	ENTREVISTADORA: OBSERVE PREGUNTAS 300 Y 305 (PÁGINA 6)	SI HA ESTADO EMBARAZADA..... 1 NO HA ESTADO EMBARAZADA..... 2 PASE 838
814	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
815	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada?	SI 1 PASE 817 NO 2
816	¿Por qué no?	ERA LA PRIMERA VEZ 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES 2 USÓ ANTICONCEPTIVOS 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL 4 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD..... 5 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA..... 6 OTRA, Cuál? 8
817	En la época en la que quedó embarazada, ¿Quería usted tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3
818	¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99
819	¿Qué era para usted esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO 1 PASE 823 NOVIO 2 AMIGO..... 3 FAMILIAR 4 DESCONOCIDO 5 PADRASTRO 6 OTRO, Cuál? 8 NR 9

820	¿Con quién vivía usted cuando se dio cuenta del primer embarazo?	PADRES..... 1 PARIENTES 2 AMIGOS(AS)..... 3 SOLA 4 OTRO, Cuál?..... 8 NO RESPONDE 9																																																								
821	¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo?	QUERÍAN CASAMIENTO / LE OBLIGARON A CASARSE 01 ACEPTARON EMBARAZO EN FORMA NORMAL..... 02 FAMILIA IBA A CRIAR AL NIÑO / NIÑA 03 LA CORRIERON (BOTARON) DE LA CASA..... 04 QUE NO LO TUVIERA 05 NO LO SUPIERON..... 06 INDIFERENCIA 07 OTRA, Cuál?..... 88 NO RESPONDE 99																																																								
822	¿Cuál fue la reacción de la persona que la embarazó cuando supo que usted estaba embarazada?	NO SUPO 01 CONTENTO 02 ENOJADO 03 PREOCUPADO 04 QUE LO TUVIERA SOLA..... 05 INDIFERENCIA 06 SE CASARÍA / UNIRÍA..... 07 FUE VIOLADA..... 08 OTRA, Cuál?..... 88 NO RESPONDE 99																																																								
823	En su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdió antes de que tuviera los 5 meses (aborto), o fue un hijo que nació muerto después de que tuviera los 5 meses (mortinato)	NACIDO VIVO 1 PÉRDIDA (ABORTO) 2 NACIDO MUERTO 3 AÚN EMBARAZADA 4 PASE 825																																																								
824	¿Con quién vivía después de que terminó ese embarazo?	ESPOSO / COMPAÑERO 1 PADRES..... 2 PARIENTES 3 AMIGOS(AS)..... 4 SOLA 5 OTRO, Cuál?..... 8 NO RESPONDE 9																																																								
825	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	SI 1 NO 2 PASE 831 NUNCA ESTUDIÓ..... 3 PASE 831																																																								
826	¿Qué grado, curso o año estaba estudiando y en qué nivel de estudios?	<table><thead><tr><th></th><th colspan="2">NIVEL</th><th colspan="5">GRADO</th></tr></thead><tbody><tr><td>NINGUNO.....</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>PRIMARIO.....</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>SECUNDARIO.....</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>SUPERIOR.....</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6+</td></tr><tr><td>POSTGRADO.....</td><td>5</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4+</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		NIVEL		GRADO					NINGUNO.....	0	0						C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6	PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6	SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6	SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+	POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+		
	NIVEL		GRADO																																																							
NINGUNO.....	0	0																																																								
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6																																																			
PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6																																																			
SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6																																																			
SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+																																																			
POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+																																																					
827	¿Interrumpió sus estudios?	SI 1 NO 2																																																								
828	VEA EN 823 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	YA TERMINÓ 1 AÚN EMBARAZADA 2 PASE 831																																																								

829	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	SI 1 PASO 831 NO 2
830	¿Por qué no siguió asistiendo?	NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO / NIÑA 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO 02 EL NIÑO / NIÑA ERA MUY ENFERMO 03 OPOSICIÓN DEL ESPOSO / COMPAÑERO 04 ACOSO SEXUAL 05 NO LA ADMITIERON / FUE EXPULSADA 06 PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 07 TENÍA QUE TRABAJAR 08 CAMBIÓ DE RESIDENCIA 09 OTRA, Cuál? 88
831	Al momento que supo que estaba embarazada, ¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?	SI 1 NO 2 PASE 838
832	¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?	SI 1 NO 2
833	VEA EN 828 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	YA TERMINÓ 1 AÚN EMBARAZADA 2 PASE 838
834	¿Volió a trabajar después de que terminó el embarazo?	SI 1 PASE 838 NO 2
835	¿Porqué no volió a trabajar?	NO TENÍA CON QUIÉN DEJAR AL NIÑO / NIÑA 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO 02 EL NIÑO / NIÑA ERA MUY ENFERMO 03 OPOSICIÓN DEL ESPOSO / COMPAÑERO 04 ACOSO SEXUAL 05 FUE DESPEDIDA 06 PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 07 ERA EMPLEO TEMPORAL 08 CAMBIÓ DE RESIDENCIA 09 OTRO, Cuál? 88
PASE A 838		
836	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR 888888 NS / NR 999999
837	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR 99
838	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? (coito)	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE ÚLTIMO PARTO / EMBARAZO 555 NS / NR 999
839	VEA EN 838 HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL:	HACE MENOS DE UN AÑO 1 HACE UN AÑO O MÁS 2 PASE 845
840	¿Usó el condón en su última relación sexual?	SI 1 PASE 844 NO 2

841	¿Porqué no lo usó?	NO SABE DONDE OBTENERLO 01 DÍFICIL DE OBTENER 02 ES CARO / COSTO 03 TIENE UNA SOLA PAREJA 04 USA (USABA) OTRO MÉTODO 05 DISMINUYE EL PLACER / INCÓMODO 06 NO ES SEGURO 07 ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO 08 SU PAREJA ES FIEL 09 A SU PAREJA NO LE GUSTA 10 NO TENÍA EN ESE MOMENTO 11 NUNCA LO HA USADO 12 OTRA, Cuál? 88																				
842	Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?	NO TIENE PAREJA / NO CONOCE CONDONES 0 PASE 845 SI 1 NO 2 NO SABE 9																				
843	Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón, ¿Cómo cree que reaccionaría él?	SE MOLESTARÍA 1 ACEPTARÍA 2 ME TRATARÍA MAL 3 OTRO, Cuál? 8 NO SABE 9																				
PASE A 845																						
844	¿ El condón lo usó para (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS / NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Evitar el embarazo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2. Evitar el VIH / SIDA?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4. O por otra razón?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS / NR	1. Evitar el embarazo?.....	1	2	9	2. Evitar el VIH / SIDA?.....	1	2	9	3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....	1	2	9	4. O por otra razón?.....	1	2	9
	SI	NO	NS / NR																			
1. Evitar el embarazo?.....	1	2	9																			
2. Evitar el VIH / SIDA?.....	1	2	9																			
3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....	1	2	9																			
4. O por otra razón?.....	1	2	9																			
845	¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla), por primera vez?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO HA MENSTRUADO TODAVÍA 97 PASE 849																				
846	¿Cuándo eso sucedió, usted sabía lo que es la menstruación o regla?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 NO RESPONDE 9																				
847	¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?	PADRE Y MADRE 01 PADRE 02 MADRE 03 HERMANO 04 HERMANA 05 OTRO PARIENTE 06 AMIGO 07 AMIGA 08 PROFESOR(A) 09 NUNCA LE EXPLICARON 10 OTRO, Cuál? 88 NO RECUERDA 99																				
848	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DEL ÚLTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 555 YA NO MENSTRUÁ 666 NUNCA HA MENSTRUADO 777																				
849	¿Cuál sería la edad adecuada para iniciar las relaciones sexuales para los hombres y para las mujeres?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>EDAD</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOMBRES.....</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>MUJERES</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		EDAD	NS/NR	HOMBRES.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	99	MUJERES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	99											
	EDAD	NS/NR																				
HOMBRES.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	99																				
MUJERES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	99																				

850	¿Está de acuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio (premaritales)?	SI 1 NO 2
851	Según su opinión, ¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?	EL HOMBRE..... 1 LA MUJER..... 2 LOS DOS JUNTOS..... 3 CUALQUIERA DE LOS DOS..... 4 DEPENDE DE LAS CIRCUNSTANCIAS..... 5 NINGUNO DE LOS DOS..... 6 NO SABE 9
852	En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NS / NR 9

IX. NUPCIALIDAD

900	¿Es usted actualmente unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	UNIDA 1 PASE 902 CASADA..... 2 PASE 902 VIUDA..... 3 PASE 911 SEPARADA..... 4 PASE 911 DIVORCIADA 5 PASE 911 SOLTERA..... 6																																																																						
901	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?	SI 1 PASE 911 NO 2 PASE 1000																																																																						
902	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo / compañero?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR 99																																																																						
903	¿Cuál es el grado, curso o año más alto de estudios que aprobó su esposo / compañero? (¿En que nivel de estudios?)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">NIVEL</th> <th colspan="7">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6+</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4+</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL		GRADO							NINGUNO.....	0	0								C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6	9		PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6	9		SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6	9		SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+	9		POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+			9	
	NIVEL		GRADO																																																																					
NINGUNO.....	0	0																																																																						
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6	9																																																																
PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6	9																																																																
SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6	9																																																																
SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+	9																																																																
POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+			9																																																																
904	¿Cuál es la profesión u oficio que él tiene?	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																						
905	Actualmente, ¿Trabaja él en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	SI 1 NO 2 PASE 907																																																																						
906	¿Qué es lo que él hace? (Trabajo principal)	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																						
907	¿Su esposo / compañero vive con usted ahora o vive en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2																																																																						
908	¿Usted ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?	UNA VEZ 1 MÁS DE UNA VEZ 2																																																																						
909	¿En qué mes y año se casó o unió por última vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 999999																																																																						
910	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 99																																																																						
PASE A 1000																																																																								
911	¿Usted ha estado en unión o casada sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ 1 MÁS DE UNA VEZ 2																																																																						
912	¿En qué mes y año se unió o casó (por última vez)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 999999																																																																						
913	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 99																																																																						
914	¿Qué tiempo tiene de (ESTADO CIVIL)?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																						
	(VEA 900)	(SI ES MENOS DE 1 AÑO ANOTE 00)																																																																						

X. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1000	OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, NO CONTINUE HASTA QUE LA PERSONA ENTREVISTADA ESTÁ COMPLETAMENTE SOLA						
	PRIVACIDAD OBTENIDA ENTREVISTADA SOLA			PRIVACIDAD IMPOSIBLE, DESPUÉS DE INTENTAR OBTENER PRIVACIDAD, NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA			
	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">1001</div>			<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 1100</div>			
1001	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA		SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA		NUNCA CASADA O UNIDA		
	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">VEA 900</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">1002</div>		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">VEA 900</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">1004</div>		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">VEA 900 Y 901</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">↓</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">1006</div>		
1002	Ahora si me permite, le voy a hacer preguntas acerca de su relación con su esposo o pareja. ¿Quién toma la decisión en su casa, usted, él o los dos , sobre lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR
	A) Visitas familiares? B) Cuando un hijo necesita ir al médico? C) Cómo disciplinar a los hijos? D) Uso de anticonceptivos? E) Como gastar el ingreso de la familia? F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar		1	2	3	4	9
	A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas? B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos? D) Usted sospecha que su esposo le es infiel		1	2	3	4	9
1003	Cuando dos personas se casan o conviven, ellos comparten los buenos y malos momentos. En su relación con su esposo / compañero, ¿podría decirme si las siguientes situaciones le suceden: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Siempre	A veces	Nunca	NR/NR	
	A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas? B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos? D) Usted sospecha que su esposo le es infiel		1	2	3	9	
PASE A 1006							
1004	Ahora si me permite, le voy a hacer preguntas acerca de su relación con su ex-esposo o pareja más reciente. ¿Quién tomaba la decisión en su casa, usted, él o los dos , sobre lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR
	A) Visitas familiares? B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico? C) Como disciplinar a los hijos? D) Uso de anticonceptivos? E) Como gastar el ingreso de la familia? F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar		1	2	3	4	9

1005	Cuando dos personas se casan o conviven, ellos comparten los buenos y malos momentos. En su relación con su ex-esposo / ex- compañero más reciente, ¿podría decirme si las siguientes situaciones le sucedían: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<div>Siempre</div> <div>A) Su ex_esposo / ex_compañero le consultaba su opinión en diferentes temas?..... 1</div> <div>B) Su ex_esposo / ex_compañero era cariñoso con usted?..... 1</div> <div>C) Su ex_esposo / ex_compañero le respetaba sus derechos?..... 1</div> <div>D) Usted sospechaba que su ex_esposo / ex_compañero le fue infiel..... 1</div>	<div>A veces</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div>	<div>Nunca</div> <div>3</div> <div>3</div> <div>3</div> <div>3</div>	<div>NR/NR</div> <div>9</div> <div>9</div> <div>9</div> <div>9</div>
1006	Algunas veces una esposa/compañera puede hacer cosas que molestan a su esposo/ compañero. Por favor dígame, ¿Cree usted que un esposo / compañero tiene razón a pegarle a su esposa / compañera en alguna de las siguientes situaciones: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<div>Tiene razón</div> <div>A) Si ella descuida de la casa o de los niños? 1</div> <div>B) Si ella sale sin avisarle?..... 1</div> <div>C) Si ella quiere trabajar y/o estudiar? 1</div> <div>D) Si se niega a tener relaciones sexuales con él? 1</div> <div>E) Si sospecha que ella anda con otro?..... 1</div>	<div>No tiene razón</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div>	<div>NR/NR</div> <div>9</div> <div>9</div> <div>9</div> <div>9</div> <div>9</div>	
1007	Pensando en su niñez, antes que cumpliera 15 años, ¿Alguna vez usted vio o escuchó a su padre o madre, padrastro o madrastra, maltratarse físicamente o psicológicamente?	<div>SI</div> <div>A. MALTRATARSE FÍSICAMENTE 1</div> <div>B. MALTRATARSE PSICOLÓGICAMENTE 1</div>	<div>NO</div> <div>2</div> <div>2</div>	<div>NS</div> <div>9</div> <div>9</div>	
1008	Antes que usted cumpliera los 15 años, ¿Fue usted alguna vez golpeada o maltratada físicamente o psicológicamente por alguna persona?	<div>SI</div> <div>A. MALTRATADA FÍSICAMENTE 1</div> <div>B. MALTRATADA PSICOLÓGICAMENTE 1</div>	<div>PASE 1009A</div> <div>PASE 1009B</div>	<div>NO</div> <div>2</div> <div>2</div>	<div>NS</div> <div>9</div> <div>9</div>
1009	¿Quién le golpeó o maltrató físicamente o psicológicamente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<div>1009A FÍSICA</div> <div>SI NO</div> <div>A. PADRE?..... 1 2</div> <div>B. MADRE?..... 1 2</div> <div>C. HERMANO?..... 1 2</div> <div>D. HERMANA?..... 1 2</div> <div>E. PADRASTRO / MADRASTRA?..... 1 2</div> <div>F. NOVIO /ENAMORADO?..... 1 2</div> <div>G. OTRO, Quién? 1 2</div>	<div>1009B PSICOLÓGICA</div> <div>SI NO</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div> <div>1 2</div>		
1010	ENTREVISTADORA: VEA 1001 <div> <div>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA</div> <div>SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA</div> <div>NUNCA CASADA O UNIDA</div> </div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> <div> <div>1013</div> <div>1012</div> </div>				
1011	¿Alguna vez ha tenido usted pareja, novio o enamorado?	<div>SI 1</div> <div>NO 2</div>	<div>PASE 1021</div>		
1012	Durante los últimos 12 meses, ha tenido usted un compañero, pareja, novio o enamorado?	<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>NO RESPONDE 9</div>			

AHORA LE QUIERO PREGUNTAR SOBRE COSAS QUE TALVEZ HAYAN PASADO ALGUNA VEZ ENTRE USTED Y SU ESPOSO, COMPAÑERO, PAREJA, NOVIO O ENAMORADO. ESTO INCLUYE EX-MARIDOS O EX-COMPAÑEROS, EX-NOVIO O EX- ENAMORADO.

1013 Por favor dígame si en toda su vida alguna pareja o ex-pareja le hizo alguna vez lo siguiente: (LEA DESDE LA LETRA "A" HASTA LA LETRA "I")		1014. Usted me dijo que alguna pareja o (ex) pareja Esto le ha ocurrido durante los últimos 12 meses?	1015. En el momento que esto ocurrió en la última vez, cuál fue su relación con la persona que lo hizo? 1. MARIDO O COMPAÑERO 2. EX-MARIDO O EX-COMPAÑERO 3. NOVIO / EX_NOVIO 9. NO RECUERDA / NO RESPONDE
A. ¿Le hizo algo para humillarla?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
B. ¿Le gritó, insultó o llamó por apodosos ofensivos?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
C. ¿La amenazó con dañarse o dañar a alguien que sea importante para usted?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
D. ¿La empujó, sacudió o le lanzó algún objeto?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
E. ¿La bofeteó o le torció el brazo?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
F. ¿La golpeó con puñete u otra cosa que podría herirla?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
G. ¿Le dio patadas, le ahorcó, o le dio una golpiza?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
H. ¿La amenazó con un cuchillo, arma, u otro objeto que podría herirla?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>
I. ¿La obligó a tener relaciones sexuales aunque usted no quiso?	SI..... 1 NO 2 NS/NR 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>

MUJERES ABUSADAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1016	<div>Revise 1014: ALGUNA RESPUESTA "SI" DESDE LITERAL "D" HASTA LITERAL "I"</div> <div><div>1</div><div>↓</div><div>1017</div></div>	<div>NINGUNA RESPUESTA "SI" DESDE LITERAL "D" HASTA LITERAL "I"</div> <div><div>2</div><div>↓</div><div>1021</div></div>																											
1017	<div>¿En qué situaciones particulares esta[s] persona[s] le ha(n) agredido:</div> <div>(LEA LAS ALTERNATIVAS)</div>	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>H. OTRA, Cuál?</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		SI	NO	A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....	1	2	B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....	1	2	C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....	1	2	D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....	1	2	E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?	1	2	F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....	1	2	G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?	1	2	H. OTRA, Cuál?	1	2
	SI	NO																											
A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....	1	2																											
B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....	1	2																											
C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....	1	2																											
D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....	1	2																											
E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?	1	2																											
F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....	1	2																											
G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?	1	2																											
H. OTRA, Cuál?	1	2																											
1018 (*)	<div>Cuando esta(s) persona(s) le ha(n) agredido durante los últimos 12 meses, ¿a quién o a quienes ha acudido?</div> <div>(MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)</div>	<table><tbody><tr><td>A NADIE.....</td><td>01</td><td rowspan="9">} PASE A 1020</td></tr><tr><td>SU FAMILIA</td><td>02</td></tr><tr><td>FAMILIA DE EL.....</td><td>03</td></tr><tr><td>ESTACION DE POLICÍA.....</td><td>04</td></tr><tr><td>COMISARIA DE LA MUJER.....</td><td>05</td></tr><tr><td>ORGANIZACIÓN DE MUJERES</td><td>06</td></tr><tr><td>IGLESIA</td><td>07</td></tr><tr><td>ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....</td><td>08</td></tr><tr><td>OTRO, Cuál?</td><td>88</td></tr></tbody></table>	A NADIE.....	01	} PASE A 1020	SU FAMILIA	02	FAMILIA DE EL.....	03	ESTACION DE POLICÍA.....	04	COMISARIA DE LA MUJER.....	05	ORGANIZACIÓN DE MUJERES	06	IGLESIA	07	ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	08	OTRO, Cuál?	88								
A NADIE.....	01	} PASE A 1020																											
SU FAMILIA	02																												
FAMILIA DE EL.....	03																												
ESTACION DE POLICÍA.....	04																												
COMISARIA DE LA MUJER.....	05																												
ORGANIZACIÓN DE MUJERES	06																												
IGLESIA	07																												
ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	08																												
OTRO, Cuál?	88																												

1019	¿Cual fue la razón mas importante por la que no acudió a nadie?	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA 1 TENÍA VERGÜENZA..... 2 NO HAY DONDE ACUDIR 3 CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... 4 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR..... 5 CREE QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR Y EL VA A CAMBIAR 6 CREE QUE NO ERA NECESARIO 7 OTRA, Cuál? 8																					
1020	En los últimos 12 meses, como consecuencia de esta agresión, usted ha quedado con: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. MORETONES?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DOLORES DE CABEZA O DEL CUERPO?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	A. MORETONES?	1	2	B. DOLORES DE CABEZA O DEL CUERPO?	1	2	C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?	1	2	D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....	1	2	E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....	1	2	F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?	1	2
	SI	NO																					
A. MORETONES?	1	2																					
B. DOLORES DE CABEZA O DEL CUERPO?	1	2																					
C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?	1	2																					
D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....	1	2																					
E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....	1	2																					
F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?	1	2																					
1021	Alguna vez en su vida, ¿Alguien la obligó o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no lo quiso? ENTREVISTADORA: INCLUYA ACTOS DEL ESPOSO O COMPAÑERO SI HA ESTADO CASADA O UNIDA	SI 1 NO 2 } PASE A NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1029																					
1022	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99																					
1023 (*)	¿Quién la obligó a tener relaciones sexuales que usted no quiso en la primera vez? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	ESPOSO / COMPAÑERO 01 EX_ESPOSO / EX_COMPAÑERO 02 PADRE 03 PADRASTRO 04 HERMANO 05 TÍO 06 PRIMO 07 MAESTRO 08 NOVIO / EX-NOVIO 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO 11 DESCONOCIDO 12 OTRO, Quién? 88																					
1024	¿Más de una vez en su vida alguien la obligó a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no lo quiso?	SI 1 } NO 2 } PASE A NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1029																					
1025	¿Qué edad tenía usted cuando eso le pasó por última vez?	AÑOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99																					
1026	¿Cuando eso le pasó (la última vez), ¿pidió ayuda a alguien?	SI 1 } NO 2 } PASE NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1028																					
1027 (*)	¿A quién pidió ayuda? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	POLICÍA 1 COMISARIA DE LA MUJER..... 2 FAMILIAR 3 AMIGO / AMIGA 4 VECINO / VECINA 5 IGLESIA..... 6 ORGANIZACIONES DE MUJERES..... 7 OTRO, Cuál? 8																					
PASE A 1029																							

1028	¿Cual fue la razón más importante por la que no pidió ayuda?	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA 1 TENÍA VERGÜENZA 2 NO SABE DONDE ACUDIR 3 CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... 4 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR 5 OTRA, Cuál? 8
1029	¿Y alguien la obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o a hacer cualquier otro acto sexual, sin llegar a la penetración?	SI 1 NO 2 } PASE A NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1100
1030	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99
1031 (*)	¿Quién la obligó o la ha obligado? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	ESPOSO / COMPAÑERO..... 01 EX_ESPOSO / EX_COMPAÑERO 02 PADRE 03 PADRASTRO 04 HERMANO 05 TÍO 06 PRIMO..... 07 MAESTRO..... 08 NOVIO / EX-NOVIO 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO 11 DESCONOCIDO 12 OTRO, Quién? 88

XI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)

1100	¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1102
1101	¿De cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar? ENTREVISTADORA: - EN COLUMNA PREGUNTA 1101 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA INFECCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA. - PARA CADA UNA DE LAS INFECCIONES QUE NO MENCIONE, HAGA LA PREGUNTA 1102. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARQUE EL CÓDIGO 1. CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÓDIGO 2	
	P. 1101	P.1102 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)
INFECCIÓN	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>
a. Sífilis (chancro)?	1	2 3
b. Gonorrea (purgación)?	1	2 3
c. VIH / SIDA?	1	2 3
d. Herpes Genital?	1	2 3
e. Condilomas (verrugas)?	1	2 3
f. Leucorrea (flujos)?	1	2 3
g. Chlamydia?	1	2 3
h. Hepatitis B?	1	2 3
i. Virus de Papiloma humano?	1	2 3
j. Tricomoniasis?	1	2 3
k. Candidiasis?	1	2 3
l. Otras, Cuáles?	1	2 3
1103	VEA EN PREGUNTAS 1101c Y 1102c SI HA OÍDO HABLAR DEL VIH / SIDA	CONOCE ESPONTÁNEO 1 CONOCE DIRIGIDO 2 NO CONOCE 3 PASE 1200
1104	¿Piensa que una persona pueda estar infectada del virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 9
1105	¿Existe curación para el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 9
1106	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH / SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1108 NO SABE 3 PASE 1109
1107	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene algún riesgo?	SU PAREJA TIENE MÁS PAREJAS 01 SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA 02 NO SABE CÓMO PROTEGERSE 03 SU PAREJA RECHAZA EL CONDÓN..... 04 YA HA TENIDO ITS 05 ELLA TIENE MÁS DE UNA PAREJA 06 POR SER TRABAJADORA DEL SEXO 07 NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES 08 NO SABE CON QUIEN SE JUNTA 09 SU PAREJA ES VICIOSA (ALCOHOL / DROGA) 10 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99
PASE A 1109		

1108	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que no tiene riesgo?	NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS..... 01 USA EL CONDÓN 02 USA OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO..... 03 TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL 04 CONOCE BIEN A SU PAREJA..... 05 NO TIENE PAREJA SEXUAL 06 NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... 07 NO ES TRABAJADORA DEL SEXO 08 NO USA DROGA 09 NO LE HAN HECHO TRANSFUSIONES 10 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR 99		
1109	¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer pueda prevenir infectarse del VIH / SIDA? ENTREVISTADORA: - EN LA COLUMNA DE LA PREGUNTA 1109 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA FORMA DE PREVENCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA - PARA CADA UNA DE LAS TRES PRIMERAS FORMAS DE PREVENCIÓN QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA 1110. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 1. CASO CONTRARIO MARQUE EL CÓDIGO 2.			
		P. 1109	P. 1110 ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?	
		ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
			SI	NO
a.	No tener relaciones sexuales / abstinencia	1	1	2
b.	Tener un solo compañero / fidelidad	1	1	2
c.	Usar condones	1	1	2
d.	No utilizar jeringas usadas por infectados	1		
e.	No usar transfusiones inseguras	1		
f.	No tener sexo oral	1		
g.	No tener relaciones por el ano	1		
h.	No tener relaciones sexuales con desconocidos	1		
i.	No tener relaciones con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	1		
j.	No tener relaciones con hombres mujeriegos	1		
k.	Otras, Cuál?.....	1		
1111 ¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH / SIDA al				
		SI	NO	NS / NR
a.	Darle la mano a alguien que tiene SIDA?	1	2	9
b.	Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?	1	2	9
c.	Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2	9
d.	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?	1	2	9
e.	Trabajar con una persona que tiene SIDA?	1	2	9
1112	¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1124		
1113	¿Sabe dónde hacen esa prueba?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1122		
1114	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1121		

1115	¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> NO RECUERDA..... 999
1116	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP..... 1 ESTABLECIMIENTOS DEL IESS..... 2 HOSPITAL DE FF.AA / POLICÍA..... 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... 4 CRUZ ROJA..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál?..... 6 OTRA, Cuál?..... 8
1117	¿Ese examen se lo hizo por su propia voluntad o porque tenía que mostrar el resultado en algún lugar?	POR SU PROPIA VOLUNTAD..... 1 TENÍA QUE PRESENTAR EL RESULTADO..... 2
1118	Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?	SI..... 1 NO..... 2
1119	¿Recibió los resultados de la prueba o el examen?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1122
1120	Antes de darle los resultados, ¿Platicaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH / SIDA?	SI..... 1 NO..... 2
PASE A 1124		
1121	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH / SIDA?	NO LA HA CONSIDERADO NECESARIO..... 01 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD..... 02 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 03 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES..... 04 TEMOR AL RESULTADO..... 05 NO HA TENIDO TIEMPO..... 06 RAZONES RELIGIOSAS..... 07 DICEN QUE EL PERSONAL DE SALUD REGAÑA..... 08 DICEN QUE NO DAN EL RESULTADO..... 09 POR FALTA DE DINERO / MUY CARO..... 10 NUNCA SE LA HA INDICADO O RECOMENDADO..... 11 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
1122	Si dentro de poco tiempo le tocara ir a pasar consulta y le ofrecieran hacerle el examen del VIH / SIDA a un precio que usted puede pagar, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?	SI..... 1 PASE 1124 NO..... 2
1123	¿Cuál es la razón principal por la que no se lo haría?	NO LO NECESITA..... 01 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD..... 02 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 03 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES..... 04 TEMOR AL RESULTADO..... 05 NO HA TENIDO TIEMPO..... 06 RAZONES RELIGIOSAS..... 07 DICEN QUE EL PERSONAL DE SALUD REGAÑA..... 08 DICEN QUE NO DAN EL RESULTADO..... 09 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
1124 Pensando en lo que pudiera suceder en (NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO):		
		SI NO NS / NR
a.	Si un pariente suyo se enfermara de SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?	1 2 9
b.	Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA, ¿Le compraría usted a él?	1 2 9
c.	Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1 2 9
d.	Si una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	1 2 9
e.	Si un niño está infectado con el virus del SIDA, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?	1 2 9

XII. MORTALIDAD MATERNA

1200	¿Cuántas de las hijas que tuvo su mamá, están vivas actualmente sin incluirse (contarse) usted?	HERMANAS..... NINGUNA..... 00 PASE 1202 NS / NR..... 99 PASE 1202																											
1201	¿Podría decirme sus nombres y los años que han cumplido sus hermanas de su misma mamá, comenzando por la de mayor edad?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">No.</th> <th style="width: 60%; text-align: left;">NOMBRES</th> <th style="width: 30%; text-align: left;">AÑOS CUMPLIDOS</th> </tr> <tr><td>1.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>2.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>3.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>4.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>5.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>6.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>7.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>8.</td><td>_____</td><td> </td></tr> </table>	No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS	1.	_____	 	2.	_____	 	3.	_____	 	4.	_____	 	5.	_____	 	6.	_____	 	7.	_____	 	8.	_____	
No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS																											
1.	_____	 																											
2.	_____	 																											
3.	_____	 																											
4.	_____	 																											
5.	_____	 																											
6.	_____	 																											
7.	_____	 																											
8.	_____	 																											
1202	Desde 1994 hasta la fecha (hace 10 años), ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su misma mamá han fallecido (muerto)?	HERMANAS..... NINGUNA..... 00 PASE 1300 NS / NR..... 99 PASE 1300																											
1203	¿Podría decirme el(los) nombre(s) de la(s) hermana(s) que murió(eron), comenzando por la última que murió? ENTREVISTADORA: SI MURIÓ MÁS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIÓ MÁS RECIENTEMENTE.																												
	ANOTE NOMBRE(S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5																						
1	2	3	4	5																									
1204.	¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS < 1 AÑO 00</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS < 1 AÑO 00</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS < 1 AÑO 00</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS < 1 AÑO 00</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS < 1 AÑO 00</td> </tr> </table>	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00																						
AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00																									
1205.	¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando falleció?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u></td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u></td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u></td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u></td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">AÑOS 11-54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>P. 1300</u></td> </tr> </table>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11-54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>P. 1300</u>																						
AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11-54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>P. 1300</u>																									
1206.	Cuando murió (NOMBRE), ¿Estaba.... (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) 1. En un hospital o clínica pública? 2. En un hospital o clínica privada? 3. En su casa o donde la partera? 4. En el camino buscando atención? 5. En otro lugar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> </tr> </table>	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9																						
HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO 2 CASA/PARTERA. 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9																									
1207.	¿Murió (NOMBRE) (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) 1. Cuando estaba embarazada? 2. Durante un parto? 3. Durante un aborto? 4. Dentro de las 6 semanas después de terminado un embarazo? 5. En otro momento?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9</td> </tr> </table>	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9																						
EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9	EMBARAZO..... 1 PARTO 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO 8 NS/NR 9																									
1208.	¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HIJOS PASE SGTE. COL.</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HIJOS PASE SGTE. COL.</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HIJOS PASE SGTE. COL.</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HIJOS PASE SGTE. COL.</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">HIJOS PASE SGTE. COL.</td> </tr> </table>	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.																						
HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.																									

XIII. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD

1300	VEA EN LA PREGUNTA 320d (PÁGINA 7) CUÁNTOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD TIENE LA ENTREVISTADA QUE ESTÉN VIVOS Y ANOTE EL TOTAL	HIJOS..... NINGUNO 00 PASE 1400			
ENTREVISTADORA: REVISE TODA LA PREGUNTA 320, COLUMNA “d” DE LAS PÁGINAS 7 Y 8 E IDENTIFIQUE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD Y ANÓTELOS AL PRINCIPIO DE CADA COLUMNA. LOS RESPECTIVOS NÚMEROS DE LÍNEA ANÓTELOS EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA 1301. COMENZANDO EN LA PRIMERA COLUMNA CON EL DE MENOR EDAD QUE ESTÉ VIVO. TAMBIÉN TRASLADÉ LA EDAD EN AÑOS DE CADA HIJO EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA 1302. LUEGO, LÉALE A LA ENTREVISTADA: <i>“Ahora vamos a hablar unos momentos de la educación de su(s) hijo(s)”</i> .					
PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
1301. No. DE LINEA NOMBRE	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>
1302. EDAD (años)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> AÑOS	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> AÑOS	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> AÑOS	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> AÑOS	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> AÑOS
1303. ¿Asistió alguna vez (NOMBRE) a Kinder (o Primero de básica)?	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305
1304. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó Kinder?	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR.....99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR.....99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR.....99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR.....99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR.....99
1305. ¿Ha asistido (NOMBRE) al primer grado (o segundo de básica)?	SI 1 NO 2 SIG.COL. NS/NR 9 SIG.COL.	SI 1 NO 2 SIG.COL. NS/NR 9 SIG.COL.	SI 1 NO 2 SIG.COL. NS/NR 9 SIG.COL.	SI 1 NO 2 SIG.COL. NS/NR 9 SIG.COL.	SI 1 NO 2 P.1400 NS/NR 9 P.1400
1306. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó este grado?	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR..... 99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR..... 99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR..... 99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR..... 99	AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NR..... 99
1307. A que nivel y grado asistió en el año escolar 2003 / 2004? <i>Sierra: Oct2003 – jul2004 Costa: May2003 – Ene2004</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.
1308. ¿A qué tipo de escuela o colegio asiste: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4
1309. ¿Estaba repitiendo grado (NOMBRE) en el año 2003/2004?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
PASE 1313					

PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
1310. ¿Cuál es el nivel y grado más alto de estudio que ha aprobado (NOMBRE)?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>
1311. ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>
1312. ¿Por qué razón abandonó la escuela o colegio (dejó de estudiar)?	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99
1313. ¿Cuántas veces ha repetido (repitió) grado desde que comenzó la escuela a estudiar el primer grado?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>

CÓDIGO DE NIVELES:

KINDER / 1ro. De BÁSICA / JARDÍN..... 7
 PRIMARIO..... 1
 SECUNDARIO..... 2
 SUPERIOR 3
 POST GRADO..... 4

Básico	Nivel	Grado
EDUCACIÓN BÁSICA		
1	7	7
2	1	1
3	1	2
4	1	3
5	1	4
6	1	5
7	1	6
8	2	1
9	2	2
10	2	3
EDUCACIÓN MEDIA		
1	2	4
2	2	5
3	2	6

XIV. VIVIENDA Y HOGAR

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1400	Tipo de vivienda (POR OBSERVACIÓN)	CASA, VILLA 1 DEPARTAMENTO 2 MEDIAGUA..... 3 CUARTOS DE INQUILINATO 4 RANCHO O CHOZA 5 VIVIENDA IMPROVISADA 6 BODEGA O NEGOCIO USADO COMO VIVIENDA 7 OTRO, Cuál? 8
1401	Material predominante del techo (POR OBSERVACIÓN)	PAJA, DESECHOS O LATAS..... 1 ZINC, ETERNIT 2 LOSA, TEJA..... 3 OTRO, Cuál? 8
1402	Material predominante de paredes (POR OBSERVACIÓN)	BAHAREQUE / CAÑA 1 MADERA BURDA 2 TAPIA O ADOBE 3 BLOQUE O LADRILLO..... 4 OTRO, Cuál? 8
1403	Material predominante de piso (POR OBSERVACIÓN)	TIERRA..... 1 MADERA BURDA, TABLA O TABLÓN 2 CEMENTO / LADRILLO..... 3 BALDOSA, VINIL O LADRILLO..... 4 PARQUET, MADERA TRATADA, ALFOMBRA..... 5 OTRO, Cuál? 8
1404	¿De cuántos cuartos dispone este hogar (no incluye baños, cocina, pasillos, garajes)?	NÚMERO DE CUARTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1405	¿Cuántos cuartos utilizan en este hogar en forma exclusiva para dormir?	NÚMERO DE DORMITORIOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1406	¿Tienen en esta vivienda un cuarto exclusivo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2 NO COCINAN 3 PASE 1408
1407	¿Con qué se cocina usualmente en este hogar?	LEÑA..... 1 CARBÓN..... 2 GAS 3 ELECTRICIDAD..... 4 PASE 1408 OTRO, Cuál? 8
1407a	¿Cuánto gastó en total durante el mes pasado en combustible para cocinar (Excepto electricidad)?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR..... 9999
1408	¿Parte de la vivienda esta destinada para alguna actividad económica?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1409
1408a	¿A qué actividad le dedican principalmente?	COMERCIO 1 SERVICIOS 2 TALLER ARTESANAL 3 OTRO, Cuál? 8
1409	¿De dónde obtiene el agua principalmente este hogar?	AGUA POR TUBERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA 01 AGUA POR TUBERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL TERRENO 02 AGUA POR TUBERÍA DE PILA O GRIFO PÚBLICO..... 03 AGUA POR TUBERÍA DE PILA O GRIFO PRIVADO 04 POZO PÚBLICO..... 05 POZO PRIVADO..... 06 TANQUERO..... 07 RÍO, ACEQUIA, MANANTIAL, OJO DE AGUA 08 LLUVIA..... 09 OTRO, Cuál? 88

1409a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el agua que consumieron en el hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1410 NS/NR..... 99999 PASE 1410
1409b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1410
1410	¿Con qué tipo de servicio higiénico cuenta este hogar:	EXCUSADO CONECTADO A ALCANTARILLADO? 1 EXCUSADO CONECTADO A POZO SÉPTICO? 2 EXCUSADO CONECTADO A POZO CIEGO?..... 3 EXCUSADO QUE DA A RÍO O QUEBRADA? 4 LETRINA?..... 5 NO TIENE SERVICIO HIGIÉNICO 9 PASE 1412
1411	¿Dónde está ubicado el servicio higiénico:	DENTRO DE LA VIVIENDA?..... 1 FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL LOTE O TERRENO?..... 2 FUERA DE LA VIVIENDA, LOTE O TERRENO?..... 3
1412	¿Cuál es la principal fuente de desagüe de las aguas servidas (lavaderos o baños):	ALCANTARILLADO PÚBLICO? 1 DESCARGAN EN POZO SÉPTICO? 2 DESCARGAN EN POZO CIEGO? 3 DESCARGAN EN EL PATIO?..... 4 DESCARGAN EN EL RÍO O QUEBRADA? 5 OTRA, Cuál?..... 8
1413	¿Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar?	EMPRESA ELECTRICA PÚBLICA..... 1 PLANTA ELÉCTRICA PRIVADA..... 2 VELA..... 3 LÁMPARA (GASOLINA O GAS)..... 4 NINGUNO 5 PASE 1414
1413a	¿Cuánto pagó el mes pasado por la electricidad que consumieron en el hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1414 NS/NR..... 99999 PASE 1414
1413b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1414
1413c	¿Cuánto gastó el mes pasado por concepto de velas o combustibles para el alumbrado del hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR..... 9999
1414	¿Tiene este hogar servicio telefónico? (EXCLUYE LOS CELULARES)	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1415
1414a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el servicio telefónico?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1415 NS/NR..... 99999 PASE 1415
1414b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1415
1415	¿Tienen en este hogar teléfonos celulares?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 1416
1415a	¿Cuánto pagaron en total el mes pasado por el servicio de telefonía celular de todos los miembros del hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 NS/NR..... 99999
1416	¿Cómo eliminan la mayor parte de la basura en este hogar?	LA BOTAN AL PATIO, QUEBRADA, RÍO, LOTE, ETC 1 LA QUEMAN O ENTIERRAN 2 LA BOTAN EN UN BASURERO PÚBLICO 3 CARRO RECOLECTOR 4 CONTRATAN AL SERVICIO 5 PASE 1417
1416a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el servicio de recolección de basura?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR..... 9999

1417	¿La vivienda que ocupa este hogar es:	EN ARRIENDO? 1 PROPIA Y LA ESTÁ PAGANDO? 2 PASE 1417b PROPIA Y TOTALMENTE PAGADA? 3 PASE 1418 CEDIDA? 4 RECIBIDA POR SERVICIOS? 5 PASE 1419 OTRA, Cuál? 8			
1417a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el arriendo de esta vivienda?	VALOR NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999 PASE 1422			
1417b	¿Cuánto pagó el mes pasado por la vivienda?	VALOR NO PAGÓ 0000 PASE 1422 NS/NR 9999 PASE 1422			
1417c	¿Cuántas cuotas pagó?	CUOTAS PASE 1422			
1418	¿Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto pagaría al mes?	VALOR NS/NR 9999 PASE 1420			
1419	¿Si tuviera que arrendar esta vivienda, ¿en cuánto la arrendaría al mes?	VALOR NS/NR 9999 PASE 1422			
1420	¿Los miembros de este hogar poseen por la vivienda:	ESCRITURA / TÍTULO DE PROPIEDAD? 1 MINUTA? 2 OTRO DOCUMENTO? 3 NO TIENE DOCUMENTOS? 4 PASE 1422			
1421	¿A nombre de quién está la escritura, minuta o documento?	JEFE (A) DE HOGAR 1 CÓNYUGE / CONVIVIENTE 2 DE AMBOS 3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR 4			
1422	¿Durante los últimos 12 meses, los miembros de este hogar gastaron dinero en:	a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO? b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / POZOS? c. REPARACIONES ELÉCTRICAS / SEGURIDAD? d. COMPRA LINÉA TELEFÓNICA / MEDIDORES DE AGUA Y LUZ e. OTRO, Cuál?	SI 1 1 1 1 1	NO 2 2 2 2 2	NR 9 9 9 9 9
1422a	ENTREVISTADORA: EN 1422 ESTA MARCADO ALGÚN CÓDIGO "SI"?	SI 1 NO 2 PASE 1423			
1422b	¿Cuánto gastaron en total?	VALOR NS/NR 99999			
1423	¿Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar hicieron:	a. CONSTRUCCIONES O AMPLIACIONES DE CUARTOS? b. CONSTRUCCIÓN DE TERRAZAS / CERCAS? c. INSTALACIONES DE PISOS? d. COLOCACIÓN DE ALCANTARILLADO / DESAGÜES? e. OTRO, Cuál?	SI 1 1 1 1 1	NO 2 2 2 2 2	NR 9 9 9 9 9
1423a	ENTREVISTADORA: EN 1423 ESTA MARCADO ALGÚN CÓDIGO "SI"?	SI 1 NO 2 PASE 1424			
1423b	¿Cuánto gastaron en total?	VALOR NS/NR 99999			
1424	¿En este hogar tienen servicio doméstico?	SI 1 NO 2			

PARTE B. GASTOS DE CONSUMO DEL HOGAR				
ENCUESTADORA: ¿EN ESTE HOGAR SE VA A APLICAR EL CUESTIONARIO DE GASTOS DE CONSUMO?		SI.....	1 PASE 1435	
		NO.....	2	
COMPRA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS				
1425	¿Durante las 2 últimas semanas los miembros de este hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR
			PASE SGTE. RUBRO	
				1426. ¿Cuánto gastaron en (Rubro)
a.	Pan y leche?	1	2	9
b.	Cereales y fideos?	1	2	9
c.	Carnes, pollo, pescado y derivados?	1	2	9
d.	Queso, mantequilla y derivados?	1	2	9
e.	Huevos?	1	2	9
f.	Papas y demás tubérculos?	1	2	9
g.	Frutas y verduras?	1	2	9
h.	Granos tiernos y secos?	1	2	9
i.	Aceite vegetal?	1	2	9
j.	Café y azúcar?	1	2	9
k.	Alimentos preparados?	1	2	9
l.	Condimentos?	1	2	9
m.	Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?	1	2	9
n.	Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?	1	2	9
1426a	ENCUESTADORA: SI EN ESTE HOGAR REALIZAN LAS COMPRAS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y NO CONOCEN LOS PRECIOS UNITARIOS, REGISTRE EL VALOR TOTAL DE LA COMPRA DE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS			VALOR:
1427	¿Durante las 2 últimas semanas, los miembros de este hogar obtuvieron sin tener que comprarlos, de su finca, de su negocio, les regalaron, les pagaron por trabajar o intercambiaron, los siguientes productos:	SI	NO	NS/NR
			PASE SIGUIENTE RUBRO	
				1428. ¿Cuánto pagaría por (Rubro) si tuviera que comprarlos?
a.	Pan y leche?	1	2	9
b.	Cereales y fideos?	1	2	9
c.	Carnes, pollo, pescado y derivados?	1	2	9
d.	Queso, mantequilla y derivados?	1	2	9
e.	Huevos?	1	2	9
f.	Papas y demás tubérculos?	1	2	9
g.	Frutas y verduras?	1	2	9
h.	Granos tiernos y secos?	1	2	9
i.	Aceite vegetal?	1	2	9
j.	Café y azúcar?	1	2	9
k.	Alimentos preparados?	1	2	9
l.	Condimentos?	1	2	9
m.	Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?	1	2	9
n.	Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?	1	2	9

1429 ¿Durante la última semana , los miembros de este hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1430. ¿Cuánto gastaron?
		PASE SGTE. RUBRO		
a. Buses, busetas, taxis, canoa, lancha? (Excluye el transporte escolar)	1	2	9	
b. Llamadas telefónicas, tarjetas de telefonía pública, correo, etc.?	1	2	9	
c. Loterías, rifas, bingos, etc.?	1	2	9	
d. Combustible y lubricantes para el vehículo?	1	2	9	
e. Peajes, garajes y parqueadero?	1	2	9	
f. Dinero entregado a miembros del hogar menores de 15 años (colación)?	1	2	9	
1431 ¿Durante el último mes , los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1432. ¿Cuánto gastaron?
		PASE SGTE. RUBRO		
a. Productos para el cuidado del hogar (incluye los de autoconsumo)?	1	2	9	
b. Productos y servicios para el cuidado personal (incluye los de autoconsumo)?	1	2	9	
c. Pago a empleados(as) domésticos(as)?	1	2	9	
d. Lavado y planchado en seco?. (Incluye reparación de las prendas)?	1	2	9	
e. Consultas, medicamentos, exámenes y otros gastos en salud ?	1	2	9	
f. Pensiones de estudio, transporte escolar y cuotas?	1	2	9	
g. Esparcimiento, diversión y cultura?	1	2	9	
h. Alimentación y alojamiento de miembros del hogar que por motivos de estudios se encuentran fuera del hogar?	1	2	9	
i. Pago de seguro de salud, vehículo, incendios?	1	2	9	
1433 ¿Durante los últimos 12 meses , los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1434. ¿Cuánto gastaron?
		PASE SGTE. RUBRO		
a. Prendas de vestir y calzado (Excluye uniformes)?	1	2	9	
b. Tejidos para el hogar y otros accesorios? (Incluye reparación)	1	2	9	
c. Mantenimiento y reparación de vehículo (carro, motocicleta, bicicleta)?	1	2	9	
d. Compra de electrodomésticos, muebles, utensilios de cristal para el hogar? (Incluye su reparación)	1	2	9	
e. Compra de juguetes, artículos deportivos y recreación? (Incluye su reparación)	1	2	9	
f. Compra de computadoras, celulares, cámara fotográfica, máquina de escribir, etc.? (Incluye reparación)	1	2	9	
g. Compra de artículos de joyería y fantasía? (Incluye reparación)	1	2	9	
h. Gastos por control del embarazo, atención del parto y control postparto?	1	2	9	
i. Gastos en hospitalizaciones (excluye hospitalizaciones en últimos 30 días)?	1	2	9	
j. Compra de antiparasitarios?	1	2	9	

k	Lentes, prótesis dentales o aparatos ortopédicos? (Incluye reparación)	1	2	9																																					
l	Matriculas, uniformes y útiles escolares?	1	2	9																																					
m	Cursos de capacitación?	1	2	9																																					
n	Compra de vehículo para uso del hogar?	1	2	9																																					
o	Viajes, paseos y tours?	1	2	9																																					
p	Pagos de servicios profesionales y primas de seguros?	1	2	9																																					
q	Fiestas?	1	2	9																																					
r	Pago de impuestos y tasas?	1	2	9																																					
s	Envíos de dinero, pago de pensión alimenticia, aportes a clubes, asociaciones y donaciones?	1	2	9																																					
PARTE C: SEGURIDAD ALIMENTARIA																																									
1435	¿En las 2 últimas semanas , el hogar tuvo suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar?	SI 1 PASE 1437 NO 2																																							
1436	¿Cuando la comida no es suficiente, qué hacen principalmente en el hogar:	Disminuyen alguna de las comidas diarias? 1 Disminuyen la cantidad a todos por igual? 2 Disminuyen la cantidad a los adultos? 3 Disminuyen la cantidad a los niños? 4 Disminuyen la cantidad a las mujeres? 4 Otra, Cuál? 8																																							
1437	¿En las 2 últimas semanas , el hogar tuvo dificultades o problemas para pagar los gastos en alimentación?	SI 1 NO 2 PASE 1439																																							
1438	¿Qué acciones hizo para cubrir los gastos de alimentación:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Pidió prestado a un familiar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Pidió prestado a un amigo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Fió en la tienda?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Dejó de comprar algunos productos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Vendió algún animal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. Gastó de sus ahorros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>g. Utilizó tarjeta de crédito?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>h. Otra, Cuál?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>					SI	NO	NR	a. Pidió prestado a un familiar?	1	2	9	b. Pidió prestado a un amigo?	1	2	9	c. Fió en la tienda?	1	2	9	d. Dejó de comprar algunos productos?	1	2	9	e. Vendió algún animal?	1	2	9	f. Gastó de sus ahorros?	1	2	9	g. Utilizó tarjeta de crédito?	1	2	9	h. Otra, Cuál?	1	2	9
	SI	NO	NR																																						
a. Pidió prestado a un familiar?	1	2	9																																						
b. Pidió prestado a un amigo?	1	2	9																																						
c. Fió en la tienda?	1	2	9																																						
d. Dejó de comprar algunos productos?	1	2	9																																						
e. Vendió algún animal?	1	2	9																																						
f. Gastó de sus ahorros?	1	2	9																																						
g. Utilizó tarjeta de crédito?	1	2	9																																						
h. Otra, Cuál?	1	2	9																																						
PARTE D: EQUIPAMIENTO DEL HOGAR																																									
1439	¿Tienen en este hogar (Bien)...:	SI	NO	NS/NR	1440. ¿Cuántos tienen? (NÚMERO)	1441. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (Si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (MENOS DE 1 año = 00)																																			
				PASE SGTE. RUBRO																																					
a.	Refrigeradora?	1	2	9																																					
b.	Cocina?	1	2	9																																					
c.	Plancha?	1	2	9																																					
d.	Lavadora?	1	2	9																																					
e.	Televisor?	1	2	9																																					
f.	Betamax, VHS, DVD?	1	2	9																																					
g.	Equipo de sonido / grabadora?	1	2	9																																					
h.	Radio?	1	2	9																																					
i.	Ventilador?	1	2	9																																					
j.	Aire acondicionado?	1	2	9																																					
k.	Bicicleta?	1	2	9																																					
l.	Motocicleta?	1	2	9																																					
m.	Carro?	1	2	9																																					
n.	Computadora?	1	2	9																																					

PARTE E: ACTIVIDAD AGROPECUARIA DEL HOGAR																																																															
1442	¿Este hogar tiene tierras (fincas, parcelas, lotes, etc.) de cualquier tamaño, destinadas al cultivo o crianza de animales?			SI 1 NO 2			PASE 1452																																																								
1443	¿Estas tierras son:			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Propias?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Tomadas en arriendo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Tomadas al partir?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Recibidas en usufructo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Recibidas por servicios?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. Tierras comunales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>				SI	NO	NR	a. Propias?.....	1	2	9	b. Tomadas en arriendo?.....	1	2	9	c. Tomadas al partir?.....	1	2	9	d. Recibidas en usufructo?.....	1	2	9	e. Recibidas por servicios?.....	1	2	9	f. Tierras comunales?.....	1	2	9																													
	SI	NO	NR																																																												
a. Propias?.....	1	2	9																																																												
b. Tomadas en arriendo?.....	1	2	9																																																												
c. Tomadas al partir?.....	1	2	9																																																												
d. Recibidas en usufructo?.....	1	2	9																																																												
e. Recibidas por servicios?.....	1	2	9																																																												
f. Tierras comunales?.....	1	2	9																																																												
1444	ENTREVISTADORA: EN 1443 ESTA MARCADO EL CÓDIGO "SI" EN TIERRAS PROPIAS (Literal a)?			SI 1 NO 2			PASE 1450																																																								
1445	¿Tiene algún documento que le acredite la propiedad de las tierras?			SI 1 NO 2			PASE 1447																																																								
1446	¿A nombre de quién está el documento?			JEFE (A) DE HOGAR..... 1 CÓNYUGE / CONVIVIENTE 2 DE AMBOS..... 3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR..... 4																																																											
1447	¿Cuál es la superficie total de las tierras propias que el hogar tiene?			HECTÁREAS..... 1 METROS 2 2 CUADRA 3 SOLAR 4 NS/NR 9																																																											
1448	¿Las tierras propias tienen riego?			SI 1 NO 2																																																											
1449	¿Si fueran a comprar estas tierras, en cuánto las comprarían? (EXCLUYA EL VALOR DE LA VIVIENDA SI ESTÁ DENTRO DE LAS TIERRAS PARA CULTIVO O CRIANZA DE ANIMALES)			CANTIDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DÓLARES																																																											
1450	ENTREVISTADORA: EN 1443 ESTA MARCADO EL CÓDIGO "SI" EN LOS LITERALES b, c, d, e?			SI 1 NO 2			PASE 1452																																																								
1451	¿Cuál es la superficie total de tierras tomadas en arriendo, al partir, usufructo o por servicios? <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">EN ARRIENDO</th> <th colspan="3">AL PARTIR</th> <th colspan="3">USUFRUCTO / SERVICIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> <td></td> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> <td></td> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>METROS 2 2</td> <td></td> <td></td> <td>METROS 2 2</td> <td></td> <td></td> <td>METROS 2 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUADRA 3</td> <td></td> <td></td> <td>CUADRA 3</td> <td></td> <td></td> <td>CUADRA 3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLAR 4</td> <td></td> <td></td> <td>SOLAR..... 4</td> <td></td> <td></td> <td>SOLAR..... 4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NS/NR 9</td> <td></td> <td></td> <td>NS/NR 9</td> <td></td> <td></td> <td>NS/NR 9</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									EN ARRIENDO			AL PARTIR			USUFRUCTO / SERVICIO			HECTÁREAS..... 1			HECTÁREAS..... 1			HECTÁREAS..... 1			METROS 2 2			METROS 2 2			METROS 2 2			CUADRA 3			CUADRA 3			CUADRA 3			SOLAR 4			SOLAR..... 4			SOLAR..... 4			NS/NR 9			NS/NR 9			NS/NR 9		
EN ARRIENDO			AL PARTIR			USUFRUCTO / SERVICIO																																																									
HECTÁREAS..... 1			HECTÁREAS..... 1			HECTÁREAS..... 1																																																									
METROS 2 2			METROS 2 2			METROS 2 2																																																									
CUADRA 3			CUADRA 3			CUADRA 3																																																									
SOLAR 4			SOLAR..... 4			SOLAR..... 4																																																									
NS/NR 9			NS/NR 9			NS/NR 9																																																									
1452	¿En este hogar tienen actualmente animales de crianza (excluye mascotas)?			SI 1 NO 2			PASE 1454																																																								
1453	ENTREVISTADORA: VEA EN 1442 SI TIENE TIERRAS:			SI TIENE? 1 NO TIENE?..... 2			PASE 1456 PASE 1461																																																								
1454	¿Tienen animales de las siguientes especies:			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>1455. Cuántos?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Vacas de ordeño y secas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Toros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Vaconas y terneros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Oveja?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Cerdos o chanchos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Cuyes o conejos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				SI	NO	1455. Cuántos?	a. Vacas de ordeño y secas?	1	2		b. Toros?	1	2		c. Vaconas y terneros?	1	2		d. Oveja?	1	2		e. Cerdos o chanchos?	1	2		f. Cuyes o conejos?	1	2																														
	SI	NO	1455. Cuántos?																																																												
a. Vacas de ordeño y secas?	1	2																																																													
b. Toros?	1	2																																																													
c. Vaconas y terneros?	1	2																																																													
d. Oveja?	1	2																																																													
e. Cerdos o chanchos?	1	2																																																													
f. Cuyes o conejos?	1	2																																																													

		g. Caballos, asnos y mulas?	1	2	
		h. Aves (gallinas, patos, etc.)?	1	2	
		i. Otros animales?	1	2	
1456	¿Durante los últimos 12 meses, tuvieron personas contratadas para trabajar las tierras explotadas por el hogar y/o crianza de animales?	SI	1		
		NO	2		PASE 1458
1457	¿Cuántas personas contratadas trabajan?	a. Hombres			
		b. Mujeres			
1458	¿De los siguientes bienes, cuáles tienen en propiedad para las labores de cultivo y/o crianza de animales:	SI	NO	NR	1459. ¿Cuántos tienen?
			PASE SGTE. RUBRO		(NÚMERO)
	a. Arado para animales?	1	2	9	1460. ¿Qué tiempo tiene (Bien)?
	b. Animales de trabajo?	1	2	9	(si tiene más de 1 refiérase al más nuevo)
	c. Tractor?	1	2	9	(MENOS 1 AÑO = 00)
	d. Cosechadora?	1	2	9	
	e. Bomba de agua?	1	2	9	
	f. Bomba fumigadora?	1	2	9	
	g. Camión, camioneta, etc.?	1	2	9	
	h. Planta eléctrica?	1	2	9	
	i. Comedores y bebedores?	1	2	9	
	j. Ordeñadora?	1	2	9	
	k. Galpones?	1	2	9	
	l. Invernaderos?	1	2	9	
	m. Herramientas?	1	2	9	
PARTE F: ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES					
1461	¿En los últimos 12 meses, algún miembro de este hogar se ha beneficiado de los siguientes programas:				
		SI	NO	NR	
	a. Bono de desarrollo humano?	1	2	9	h. Bono de la vivienda?
	b. Maternidad gratuita y atención a la infancia?	1	2	9	i. Desayuno y almuerzo escolar?
	c. Operación Rescate Infantil – ORI?	1	2	9	j. Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?
	d. Programa del INFA (Guardería NUTRIINNFA)?	1	2	9	k. Programa de alimentación para los de la tercera edad?
	e. Crédito productivo solidario?	1	2	9	l. Otro, Cuál?
	f. Unidad móvil de salud?	1	2	9	
	g. Programa nacional de alimento y nutrición (Mi papilla y Mi bebida)	1	2	9	

ENTREVISTADORA:
**REVISE EN CAPÍTULO IV, PÁGINA 17, PREGUNTA 480, SI FALTA
 COPIAR INFORMACIÓN DEL CARNET DE VACUNACIÓN.**

XV. ANTROPOMETRÍA

ENTREVISTADORA:	VEA EN PREGUNTA 400, PÁGINA 9 SI ÚLTIMO NACIDO VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1999	Antes de 1999..... 1 PASE 1513 A partir de Enero 1999..... 2
ENTREVISTADORA:	LLENAR INFORMACIÓN DE PREGUNTA 320 (PÁGINA 7), PARA CADA NACIMIENTO A PARTIR DE ENERO DE 1999, EN PREGUNTAS 1500 HASTA 1504	

PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1500. NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE (VEA 320)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1501. ESTÁ VIVO (VEA EN 320)	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.
1502. ¿Vive con usted (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.
1503. FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 320b)	DÍA MES..... AÑO.....	DÍA MES..... AÑO.....	DÍA MES..... AÑO.....	DÍA MES..... AÑO.....	DÍA MES..... AÑO.....
1504. ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.
1505. RESULTADO DE ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ..... 4 MADRE RECHAZÓ..... 5 OTRO..... 8
1506. ESTATURA (EN CMS.)	<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"/>
1507. MEDICIÓN DEL NIÑO	Acostado 1 Parado..... 2	Acostado 1 Parado..... 2	Acostado 1 Parado..... 2	Acostado 1 Parado..... 2	Acostado 1 Parado..... 2
1508. PESO (EN KGS.)	<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"/>
1509. FECHA DE MEDICIÓN DEL PESO Y LA TALLA	DÍA..... MES.....	DÍA..... MES.....	DÍA..... MES.....	DÍA..... MES.....	DÍA..... MES.....
1510. RESULTADO DE ANTROPOMETRÍA DE LA ENTREVISTADA	ENTREVISTADA MEDIDA..... 1 ENTREVISTADA AUSENTE..... 2 ENTREVISTADA NO DESEA SE REGISTRE DATO..... 3 OTRA, Cuál?..... 8				
1511. ESTATURA DE LA ENTREVISTADA	<input type="text"/> . <input type="text"/> Mts Cms				
1512. PESO DE LA ENTREVISTADA (EN KGS.)	<input type="text"/> . <input type="text"/> Kilos grs				
1513.	<p style="text-align: center; color: blue;"> REVISE PREGUNTA 1504. SI HAY AL MENOS UN CÓDIGO 1 MARCADO EN LAS COLUMNAS DE LA PREGUNTA 1500, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA PERSONA VENDRÁ A LA CASA A TOMAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL ESTUDIO. </p> <p style="text-align: center; color: blue;"> AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO. REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA DEL CUESTIONARIO SELECCIÓN DE LA MUJER ENTREVISTADA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA </p> <p style="text-align: center; color: blue;">¡ GRACIAS !</p>				
NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMÓ LAS MEDIDAS: _____ CÓDIGO: <input type="text"/>					



ECUADOR



CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL



ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL

ENDEMAIN – 2004



CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR



I. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL



CUESTIONARIO No.:

PROVINCIA:

CANTÓN:

PARROQUIA:

ZONA No.:

SECTOR No.:

SEGMENTO No.:

VIVIENDA No.:

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA:

Calle / Camino / Carretera: _____

Recinto / Caserío / Barrio: _____ Casa / Lote No.: _____ Piso No.: _____

II. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
No. de visitas	1	2	3	4
Fecha de visitas	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>
Hora de inicio de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Hora de finalización de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(*) Código de Resultado	MEF completa (Gastos de Consumo Incompleta).....03		Rechazo de MEF07	
MEF completa (No debe hacer Gastos de Consumo)01	MEF ausente.....04		Vivienda desocupada.....08	
MEF completa (Gastos de Consumo completa)02	Moradores ausentes 05		No hay MEF09	
	Rechazo de vivienda.....06		Entrevista MEF incompleta 10	
			Otro, Cuál?.....88	
Nombre Entrevistadora	<input type="text"/>			
Nombre Supervisor(a)	<input type="text"/>			
III. DATOS DE PROCESAMIENTO				
	Código	Día	Mes	
Codificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Digitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

IV. REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR Y SELECCIÓN DE LA MUJER A ENTREVISTAR

ENTREVISTADORA: Registre el nombre y apellidos de cada una de las personas que comen y duermen habitualmente en el hogar, y las características demográficas y sociales de cada uno de ellos.

400	Nombre y Apellidos	Sexo Hombre 1 Mujer 2	Edad (Años cumplidos) MENOS DE 1 AÑO = 00	Relación de parentesco con el Jefe(a) del hogar Jefe(a) 1 Cónyuge 2 Hijo – hija 3 Otros parientes 4 Otros no parientes 5 Empleada(o) domestica(o) 6	Elegibilidad de MEF
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

401 ¿Entonces, en esta casa viven en total.....personas y mujeres de 15 a 49 años de edad?	No. DE PERSONAS No. DE MEF SI NO HAY NINGUNA MEF CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
--	--

CUADRO PARA SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO 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: _____

No. DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA:

OBSERVACIONES: _____

ECUADOR



Japan Special Fund



CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL

ENDEMAIN – 2004

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACIÓN

CUESTIONARIO No.:

LINEA MEF No.:

SEGMENTO No.:

VIVIENDA No.:

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA:

Calle / Camino / Carretera: _____

Recinto / Caserío / Barrio: _____ Casa / Lote No.: _____ Piso No.: _____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días / tardes / noches. Mi nombre es: Formamos parte del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), una organización ecuatoriana sin fines de lucro, dedicada a la investigación en población y salud. En este momento estamos llevando a cabo en todo el país la **Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004)**. Esta investigación la realizamos en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), y cuenta con el financiamiento del Gobierno Nacional; el Banco Interamericano de Desarrollo, a través del Fondo Japonés; la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; el Fondo de Población de las Naciones Unidas; el Programa Mundial de Alimentos; el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; y el Proyecto MEASURE Evaluation. Asimismo, tiene la asistencia técnica de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, Atlanta).

El objetivo de la encuesta es obtener información sobre las condiciones de salud de la población ecuatoriana y sobre el uso de servicios de salud, gastos relacionados y gastos de consumo. Los resultados de esta encuesta permitirán diseñar mejores políticas y programas de salud en el país.

Usted ha sido seleccionada(o) de manera aleatoria para que participe en esta encuesta, proporcionándonos la información que requerimos, la misma que es estrictamente confidencial y su nombre no aparecerá en ningún informe de resultados. Los datos serán analizados por investigadores del CEPAR, de la Universidad de Carolina del Norte y del CDC de Atlanta. Si alguna pregunta le causa incomodidad, no tiene que contestarla. La encuesta toma entre 30 minutos a una hora en ser completada.

Su participación es voluntaria y usted puede decidir no contestar alguna o todas las preguntas. Sin embargo, le agradecemos y esperamos nos colabore y participe en la encuesta, dada la importancia que tiene a fin de mejorar los programas de salud del Ecuador. Si desea obtener más información sobre la ENDEMAIN 2004, puede comunicarse con el CEPAR a la siguiente dirección: Toribio Montes 423 y Daniel Hidalgo – Quito. Teléfonos 2501119, 2526018, 2526020. E-mail: cepar@cepar.org.ec

Está usted de acuerdo con ser entrevistada (o)? SI ☐ NO ☐

Firma del(la) entrevistador(a): _____ Fecha: _____

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació usted?	MES AÑO NO RECUERDA..... 999999
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS NO RECUERDA..... 99
<p>SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2004 SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2003</p> <p>SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.</u></p>		
202	¿Cómo se considera usted: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	INDÍGENA?..... 1 MESTIZA?..... 2 NEGRA?..... 3 BLANCA?..... 4 OTRO, Cuál?..... 8
203	GRUPO ÉTNICO (OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTADORA)	INDÍGENA 1 MESTIZA 2 NEGRA 3 BLANCA 4 OTRO, Cuál?..... 8
204	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma sobre todo en las horas de comida?	QUICHUA 1 ESPAÑOL 2 PASE 209 LENGUA EXTRANJERA 3 OTRO IDIOMA NATIVO, Cuál?..... 8
205	¿Usted puede entender el español?	SI..... 1 NO..... 2
206	¿Usted puede hablar el español?	SI..... 1 NO..... 2
207	¿En qué idioma se comunica usted habitualmente con sus familiares o amigos?	QUICHUA 1 ESPAÑOL 2 LENGUA EXTRANJERA 3 OTRO IDIOMA NATIVO, Cuál?..... 8
208	¿Hay algunos miembros del hogar que no entiendan el idioma español?	SI..... 1 NO..... 2
209	¿Dónde nació usted?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 Cantón: Provincia: OTRO PAÍS:..... 3 País:
210	¿En dónde vivía usted a inicios de 1999 (hace 5 años)?	AQUÍ..... 1 PASE 213 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTRANJERO..... 3 PASE 213
211	¿El lugar donde vivía hace cinco años, era una área urbana (Capital provincial o Cabecera cantonal) o rural (Parroquia rural)?	ÁREA URBANA 1 ÁREA RURAL..... 2 NS / NR 9

212	¿Cuál era la provincia de su residencia hace cinco años?	AZUAY..... 01 BOLÍVAR..... 02 CAÑAR..... 03 CARCHI..... 04 COTOPAXI..... 05 CHIMBORAZO..... 06 EL ORO..... 07 ESMERALDAS..... 08 GUAYAS..... 09 IMBABURA..... 10 LOJA..... 11	LOS RÍOS..... 12 MANABÍ..... 13 MORONA STGO..... 14 NAPO..... 15 PASTAZA..... 16 PICHINCHA..... 17 TUNGURAHUA..... 18 ZAMORA CHINCHIPE... 19 GALÁPAGOS..... 20 SUCUMBÍOS..... 21 ORELLANA..... 22 NS/NR..... 99																																																										
213	¿Es usted afiliada o beneficiaria del Seguro Social, Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o Instituto de Seguridad de la Policía (ISPOL)?	AFILIADA: IESS..... 1 SS. Campesino..... 2 ISSFA / ISPOL..... 3 BENEFICIARIA: IESS 4 SS. Campesino..... 5 ISSFA / ISPOL..... 6 No afiliada / beneficiaria 7																																																											
214	¿Tiene usted algún seguro médico?	SI, IESS..... 01 SI, SSC..... 02 SI, PRIVADO..... 03 SI, PÚBLICO Y PRIVADO..... 04 SI, ISPOL / ISSFA..... 05 NINGUNO..... 06 OTRO, Cuál?..... 88 NO SABE..... 99																																																											
215	¿Ha asistido alguna vez a la escuela, colegio, universidad o postgrado?	SI..... 1 NO..... 2	PASE 220																																																										
216	¿Estudia actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	PASE 219																																																										
217	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar (la última vez)?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 99																																																											
218	¿Cuál fue la causa principal por la que dejó de estudiar?	LOGRÓ SU META EDUCATIVA..... 01 SALIÓ EMBARAZADA..... 02 PROBLEMAS FAMILIARES..... 03 PROBLEMAS ECONÓMICOS..... 04 PROBLEMAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN..... 05 TENÍA QUE TRABAJAR..... 06 MUY LEJOS..... 07 POR BAJO RENDIMIENTO..... 08 CAMBIO DE DOMICILIO..... 09 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99																																																											
219	¿Cuál fue el grado, curso o año más alto que usted aprobó y en qué nivel de estudios?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th colspan="2">NIVEL</th><th colspan="6">GRADO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6+</td></tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td><td>5</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4+</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NIVEL		GRADO						NINGUNO.....	0	0							C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6	PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6	SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6	SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+	POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+			
	NIVEL		GRADO																																																										
NINGUNO.....	0	0																																																											
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6																																																						
PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6																																																						
SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6																																																						
SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+																																																						
POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+																																																								
220	¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	SI, DINERO..... 1 SI, OTRA FORMA DE PAGO..... 2 NO..... 3	PASE 223 PASE 225																																																										

221	¿Quién toma las decisiones de realizar los gastos con los ingresos que usted recibe: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	USTED? 1 ESPOSO O COMPAÑERO? 2 AMBOS?..... 3 OTRAS PERSONAS? 4 NO RESPONDE 9
222	¿Qué parte de los gastos totales de su hogar paga con el dinero que usted recibe: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	NADA?..... 1 CASI NADA?..... 2 MENOS DE LA MITAD?..... 3 LA MITAD?..... 4 MÁS DE LA MITAD?..... 5 TODO?..... 6 NS / NR 9
223	La mayor parte de su tiempo, ¿Trabaja fuera o dentro de su hogar?	FUERA DEL HOGAR 1 DENTRO DEL HOGAR 2
224	¿Qué tipo de trabajo realiza? (SI TIENE MÁS DE UN TRABAJO DESCRIBA EL PRINCIPAL)	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 300
225	¿Buscó trabajo en la semana pasada?	SI..... 1 PASE 300 NO 2
226	¿Cuál es la razón principal por la que usted no busca trabajo?	INCAPACIDAD FÍSICA 01 NO NECESITA TRABAJAR 02 EMBARAZADA / DEJÓ DE TRABAJAR 03 NO TIENE QUIEN CUIDE LOS NIÑOS 04 AMA DE CASA 05 CANSADA DE BUSCAR TRABAJO 06 MARIDO / COMPAÑERO NO QUIERE QUE TRABAJE 07 PROBLEMAS DE SALUD 08 INTERFIERE LOS ESTUDIOS 09 OTRA, Cuál?..... 88

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA: Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

300	¿Actualmente está usted embarazada?	SI 1 NO 2 PASE 305 NO SABE 9 PASE 305
301	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERÍA ENTONCES 1 PASE 303 ESPERAR MÁS TIEMPO 2 NO QUERÍA EL EMBARAZO 3 PASE 303
302	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 999
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES <input type="text"/> NO SABE 99
304	¿Es su primer embarazo?	SI 1 PASE 522 NO 2 PASE 306
305	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	SI 1 NO 2 PASE 522
306	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?	A. HIJOS EN CASA <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con usted?	A. HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
308	¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI 1 NO 2 PASE 310
309	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
310	Hablando de todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo alguna hija / hijo que nació muerto después de que tuviera los cinco meses de embarazo (mortinato)?	SI 1 NO 2 PASE 317
311	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos / hijas que nacieron muertos?	No. DE HIJOS / HIJAS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input type="text"/>
312	¿Presentó el(los) niño(s) algún signo de vida, por ejemplo, respiró o lloró?	SI 1 NO 2 PASE 314
313	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)	
314	¿En qué mes y año tuvo el parto de su último nacido muerto?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO SABE 999999
315	EN LA PREGUNTA 311 DECLARO SOLO 1 MORTINATO?	SI 1 PASE 317 NO 2
316	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> NO SABE 999999

317	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes, ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 319				
318	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido usted antes de completar el quinto mes de embarazo?	No. DE PÉRDIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>				
319	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 306C, 307C y 309C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Usted ha tenido en total _____ hijos / hijas nacidos vivos?	306C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 307C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 309C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS SI ES 00 PASE A 522 <input type="text"/> <input type="text"/>				
ENTREVISTADORA, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.						
<ul style="list-style-type: none"> - ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR). - LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE. - EN COLUMNA f., ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS, ANOTE EN AÑOS SI ES MAYOR A DOS AÑOS. 						
320 ¿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 MENOR DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
02. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
03. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
04. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
05. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
06. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
07. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
08. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>

320 ¿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 MENOR DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
09. _____ NOVENO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
10. _____ DÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
11. _____ DÉCIMO PRIMERO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
12. _____ DÉCIMO SEGUNDO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
13. _____ DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. _____ DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
15. _____ DÉCIMO QUINTO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
16. _____ DÉCIMO SEXTO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
17. _____ DÉCIMO SÉPTIMO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
18. _____ DÉCIMO OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. NIÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 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

400	VEA EN 320b, PÁGINA 7. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE ENERO DE 1999	ANTES DE ENERO DE 1999..... 1 PASE 522 A PARTIR DE ENERO DE 1999..... 2
401	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____ VEA 320c, PÁGINA 7 ¿EL ÚLTIMO HIJO / HIJA ESTÁ VIVO?	
		SI..... 1 NO..... 2
402	¿Durante el parto de (NOMBRE) o después del parto, fue operada para no tener más hijos?	SI, DURANTE EL PARTO..... 1 SI, DESPUÉS DEL PARTO..... 2 NO 3
403	¿Le dio el seno a (NOMBRE) ?	SI 1 PASE 405 NO..... 2
404	¿Por qué no le dio el seno a (NOMBRE) ?	MADRE NO QUERÍA 1 NIÑO MURIÓ..... 2 NIÑO SE ENFERMÓ..... 3 NO TENÍA LECHE..... 4 LA MADRE ENFERMÓ..... 5 PEZÓN INVERTIDO O LESIONES 6 OTRO, Cuál? 8
PASE A 413		
405	¿A qué tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el seno?	MINUTOS..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> HORAS..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> DÍAS..... 3 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NS / NR..... 999
406	ENTREVISTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO..... 1 MUERTO..... 2 PASE 409
407	¿Está dándole el seno actualmente a (NOMBRE) ?	SI..... 1 PASE 410 NO..... 2
408 (*)	¿Por qué razón o razones dejó de darle el seno a (NOMBRE) ? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	NIÑO SE ENFERMÓ DE DIARREA..... 01 NIÑO SE ENFERMÓ POR OTRA CAUSA 02 NIÑO FALLECIÓ..... 03 NIÑO NO QUERÍA..... 04 POCA LECHE..... 05 SALÍA A TRABAJAR / ESTUDIAR..... 06 ERA INCONVENIENTE..... 07 LA MADRE ENFERMÓ..... 08 SENOS DOLOROSOS..... 09 FIN DEL DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A UTILIZAR PASTILLAS..... 12 OTRA, Cuál? 88
409	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE) ?	DÍAS DE EDAD..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES DE EDAD..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
PASE A 413		
410	Desde las seis de la mañana de ayer hasta las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy), ¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) ?	VECES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NS / NR..... 99
411	¿Se separa de su hijo / hija más de 6 horas?	SIEMPRE..... 1 CASI SIEMPRE 2 RARA VEZ..... 3 NUNCA..... 4

412	Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy) ¿Le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<div style="text-align: right;">SI NO NS/NR</div> A. AGUA?..... 1 2 9 B. LECHE QUE NO ERA DE SU PECHO?..... 1 2 9 C. OTROS LÍQUIDOS, JUGOS?..... 1 2 9 D. COMIDA SÓLIDA O ESPESA?..... 1 2 9 E. PAPILLA O PURÉS?..... 1 2 9
413	¿Recibió usted orientación o consejos sobre lactancia materna antes o después del parto de (NOMBRE) ?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 415
414	La persona que le dio la mayor orientación, ¿Era médico, enfermera, partera, promotor u otra persona?	MÉDICO(A)..... 1 ENFERMERA(O)..... 2 PARTERA..... 3 PROMOTOR DEL MSP..... 4 PROMOTOR DE ONG, Cuál?..... 5 OTRA, Cuál?..... 8
415	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO LE HA VUELTO AUN..... 97
416	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES..... 00 NO HA VUELTO A TENER..... 97
417	VEA 320b, PÁGINA 7. CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1999	<input type="text"/>

**VEA 320, PÁGINA 7 Y ANOTE EN PREGUNTAS 418, 419 Y 420 EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS
A PARTIR DE ENERO DE 1999, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE**

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
418 NÚMERO DE LÍNEA DEL NIÑO / NIÑA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
419 NOMBRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
420 ESTÁ VIVO (VEA 320, COL. c.)	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
421 En la época en la que quedó embarazada de (NOMBRE), ¿Quería usted tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 P. 423 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3 P. 423
422 ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 999				
423 ¿Quería su pareja tener ese hijo(a) entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428	SI..... 1 NO..... 2 P. 428
425 ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? HOSPITAL / MATERNIDAD MSP..... 01 CENTROS DE SALUD / SIMILARES MSP..... 02 HOSPITAL / CLIN. / DISP. DEL IESE..... 03 SEGURO SOCIAL CAMPESINO..... 04 HOSPITAL / CLIN. / DISP. FF.AA. O POLICÍA..... 05 JUNTA DE BENEFICENCIA *..... 06 PATRONATO SAN JOSÉ..... 07 APROFE..... 08 CEMOPLAF..... 10 COF..... 11 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 12 PARTERA..... 13 OTRO(Ej: Empresa donde trabaja)..... 88 NO SABE / NO RECUERDA..... 99	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código
426 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>
427 ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES... <input type="text"/>	No. DE CONTROLES... <input type="text"/>
428 ¿Durante éste embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)?	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NR..... 9

429	En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? HOSPITAL / MATERNIDAD MSP..... 01 CENTROS DE SALUD / SIMILARES MSP..... 02 HOSPITAL / CLIN. / DISP. DEL IESS..... 03 SEGURO SOCIAL CAMPESINO..... 04 HOSPITAL / CLIN. / DISP. FF.AA O POLICÍA..... 05 JUNTA DE BENEFICENCIA *..... 06 PATRONATO SAN JOSÉ..... 07 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 08 EN CASA CON PARTERA CAPACITADA..... 09 EN CASA CON PARTERA NO CAPACITADA..... 10 EN CASA CON FAMILIAR..... 11 PARTO SOLA..... 12 OTRO..... 88 NO SABE / NO RECUERDA..... 99	<div style="text-align: center;"> Código</div>	<div style="text-align: center;"> Código</div>	<div style="text-align: center;"> Código</div>	<div style="text-align: center;"> Código</div>	<div style="text-align: center;"> Código</div>
		PASE 432	PASE 432	PASE 432	PASE 432	PASE 432
430	¿Qué profesional le atendió? MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9	MÉDICO 1 OBSTETRIZ 2 ENFERMERA 3 AUX. ENFERMERÍA 4 OTRO 5 NO SABE 9
431	¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea? VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2	VAGINAL 1 CESÁREA 2
432	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (premature, sietemesino)? A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434
433	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)? SEMANAS NO RECUERDA 98	SEMANAS NO RECUERDA 98	SEMANAS NO RECUERDA 98	SEMANAS NO RECUERDA 98	SEMANAS NO RECUERDA 98	SEMANAS NO RECUERDA 98
434	¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días? SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437	SI 1 NO 2 P.437
435	¿Cuánto pesó (NOMBRE)? 1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999	1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999	1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999	1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999	1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999	1. Libras Onzas --> P. 437 2. Kilos Gramos --> P. 437 NS 9999
436	¿Pesó menos de 5.5 libras? SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9	SI 1 NO 2 NO SABE 9
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? MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9	MUY PEQUEÑO 1 PEQUEÑO 2 MEDIANO O GRANDE 3 NO SABE 9
438	¿Le dio seno a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO
439	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE)?	DÍAS 1 MESES 2	DÍAS 1 MESES 2	DÍAS 1 MESES 2	DÍAS 1 MESES 2	DÍAS 1 MESES 2

ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1999 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGÚN DATOS DE PREGUNTAS 419 Y 420, PÁGINA 11				
ORDEN		NOMBRE	ESTÁ VIVO	
			SI	NO
ÚLTIMO	1	_____	1	2
PENÚLTIMO	2	_____	1	2
TERCERO ANTERIOR	3	_____	1	2
CUARTO ANTERIOR	4	_____	1	2
QUINTO ANTERIOR	5	_____	1	2

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO / NIÑA A INVESTIGAR					
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS / NIÑAS 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

440	A. NÚMERO DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A): B. NOMBRE DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A): _____ C. ¿ESTÁ VIVO? SI 1 NO 2	
SI HAY MÁS DE UN HIJO / HIJA NACIDO VIVO A PARTIR DE ENERO DE 1999, DÍGALE A LA ENTREVISTADA: “Ahora pasaremos a hablar de (NOMBRE)”.		
441	¿Tuvo usted algún control después del parto de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 PASE 444
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo su primer control?	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3
443	¿Dónde tuvo el control de postparto?	UNIDADES DEL MSP 01 UNIDADES DEL IESS 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA 03 JUNTA DE BENEFICENCIA 04 PATRONATO SAN JOSÉ 05 APROFE 06 CEMOPLAF 07 COF 08 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO 09 PARTERA 10 OTRO, Cuál? 88 NO RECUERDA 99

444	Después que nació (NOMBRE), ¿Fue inscrito (levantada la partida de nacimiento) en el Registro Civil?	SI..... 1 NO 2 AUN NO ES TIEMPO..... 3 NO RESPONDE..... 9																								
445	VEA 440 ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?	SI 1 PASE 447 NO 2																								
446	¿Fue inscrito el fallecimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil?	SI..... 1 NO..... 2																								
447	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI 1 NO 2 PASE 451																								
448	¿A qué tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez?	DÍAS 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>																								
449	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO..... 2 NS / NR..... 9																								
450	¿A dónde le llevó al control a (NOMBRE)?	UNIDADES DEL MSP 01 UNIDADES DEL IESS..... 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE 06 CEMOPLAF 07 COF 08 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 09 PARTERA..... 10 OTRO, Cuál? 88 NO RECUERDA 99																								
451	VEA 445: ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 PASE 500																								
452	¿Vive (NOMBRE) con usted actualmente?	SI 1 NO 2 PASE 500																								
453	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	SI..... 1 NO 2 PASE 469 NO SABE..... 9 PASE 469																								
454	¿Cuántos días le duró la diarrea?	DÍAS..... <input type="text"/> MENOS DE UN DÍA..... 00																								
455	¿Todavía tiene diarrea?	SI 1 NO 2																								
456	Mientras tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿Cuántas veces fueron?	No. DE VECES <input type="text"/> NS / NR 99																								
457	¿La diarrea tenía sangre?	SI..... 1 NO 2																								
458	¿En los días que tuvo diarrea (NOMBRE), el (la) niño / niña: (LÉALE UNA A UNA)																									
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS / NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?</td><td>1 → E</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr> <td>E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS / NR	A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?	1	2	9	B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?	1 → E	2	9	C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS	1	2	9	D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?	1	2	9	E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?	1	2	9
	SI	NO	NS / NR																							
A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?	1	2	9																							
B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?	1 → E	2	9																							
C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS	1	2	9																							
D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?	1	2	9																							
E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?	1	2	9																							

459	¿Hizo usted algo para aliviarle?	SI 1 NO 2	PASE 464																																												
460	Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE), ¿Le dio: (LEALE UNA A UNA)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PURGANTES?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>C. SUERO CASERO?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>G. ANTIBIÓTICOS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>H. ANTIDIARREICOS?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>I. LE HOSPITALIZARON?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	A. PURGANTES?.....	1	2	9	B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....	1	2	9	C. SUERO CASERO?.....	1	2	9	D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....	1	2	9	E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....	1	2	9	F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....	1	2	9	G. ANTIBIÓTICOS?.....	1	2	9	H. ANTIDIARREICOS?.....	1	2	9	I. LE HOSPITALIZARON?.....	1	2	9	J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?	1	2	9	<p>Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxilina, trimeton-sulfa, etc</p> <p>Antidiarreico: Kaopectate, Caolinpectina, intestinomycin, yodoclorina, yodoquin, etc</p>
	SI	NO	NS/NR																																												
A. PURGANTES?.....	1	2	9																																												
B. MEDICINAS DE PLANTAS?.....	1	2	9																																												
C. SUERO CASERO?.....	1	2	9																																												
D. OTROS REMEDIOS CASEROS?.....	1	2	9																																												
E. SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL?.....	1	2	9																																												
F. LE PUSIERON SUERO EN LAS VENAS?.....	1	2	9																																												
G. ANTIBIÓTICOS?.....	1	2	9																																												
H. ANTIDIARREICOS?.....	1	2	9																																												
I. LE HOSPITALIZARON?.....	1	2	9																																												
J. RECIBIÓ OTROS TRATAMIENTOS, Cuál?	1	2	9																																												
461	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2	PASE 463																																												
462	¿Dónde o a quién consultó primero?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>HOSPITAL DEL MSP</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>UNIDADES DE SALUD DEL MSP.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESE / SSC.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL / UNIDADES DE FF.AA / POLICÍA</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR DEL MSP</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR DE ONG, Cuál?</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>FARMACIA</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>OTRO, Cuál?</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>	HOSPITAL DEL MSP	01	UNIDADES DE SALUD DEL MSP.....	02	HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESE / SSC.....	03	HOSPITAL / UNIDADES DE FF.AA / POLICÍA	04	HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO	05	PROMOTOR DEL MSP	06	PROMOTOR DE ONG, Cuál?	07	FARMACIA	08	OTRO, Cuál?	88																											
HOSPITAL DEL MSP	01																																														
UNIDADES DE SALUD DEL MSP.....	02																																														
HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESE / SSC.....	03																																														
HOSPITAL / UNIDADES DE FF.AA / POLICÍA	04																																														
HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO	05																																														
PROMOTOR DEL MSP	06																																														
PROMOTOR DE ONG, Cuál?	07																																														
FARMACIA	08																																														
OTRO, Cuál?	88																																														
463	VEA 460, ¿CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?	SI 1 NO 2	PASE 465																																												
464	¿Por qué no hizo nada para aliviarle?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>NO LO CONSIDERÓ NECESARIO.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>DEMASIADO LEJOS</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SERVICIOS MALOS.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>POR DESCUIDO</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE DINERO</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>DEMASIADO OCUPADA.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE TRANSPORTE</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>NADIE PODÍA CUIDAR LOS HIJOS.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>OTRO, Cuál?</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>NS / NR.....</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO.....	01	DEMASIADO LEJOS	02	SERVICIOS MALOS.....	03	POR DESCUIDO	04	FALTA DE DINERO	05	DEMASIADO OCUPADA.....	06	FALTA DE TRANSPORTE	07	NADIE PODÍA CUIDAR LOS HIJOS.....	08	MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON	09	OTRO, Cuál?	88	NS / NR.....	99																							
NO LO CONSIDERÓ NECESARIO.....	01																																														
DEMASIADO LEJOS	02																																														
SERVICIOS MALOS.....	03																																														
POR DESCUIDO	04																																														
FALTA DE DINERO	05																																														
DEMASIADO OCUPADA.....	06																																														
FALTA DE TRANSPORTE	07																																														
NADIE PODÍA CUIDAR LOS HIJOS.....	08																																														
MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON	09																																														
OTRO, Cuál?	88																																														
NS / NR.....	99																																														
465	¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	SI..... 1 NO 2																																													
466	Durante la diarrea, ¿Le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>MÁS LÍQUIDOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MENOS LÍQUIDOS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LA MISMA CANTIDAD.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NS / NR.....</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	MÁS LÍQUIDOS	1	MENOS LÍQUIDOS	2	LA MISMA CANTIDAD.....	3	NS / NR.....	9																																					
MÁS LÍQUIDOS	1																																														
MENOS LÍQUIDOS	2																																														
LA MISMA CANTIDAD.....	3																																														
NS / NR.....	9																																														
467	Durante la diarrea, ¿Cambió el tipo de dieta?	SI..... 1 NO 2 NO SABE 9																																													
468	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>AUMENTÓ.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DISMINUYÓ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MANTUVO IGUAL.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TODAVÍA NO COME</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NS / NR.....</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	AUMENTÓ.....	1	DISMINUYÓ	2	MANTUVO IGUAL.....	3	TODAVÍA NO COME	4	NS / NR.....	9																																			
AUMENTÓ.....	1																																														
DISMINUYÓ	2																																														
MANTUVO IGUAL.....	3																																														
TODAVÍA NO COME	4																																														
NS / NR.....	9																																														
469	¿En las últimas dos semanas ha tenido (NOMBRE), tos o dificultad para respirar (incluyendo este día)?	SI 1 NO 2	PASE 478																																												

470	¿Cuántos días estuvo enfermo?	No. DE DÍAS MENOS DE UN DÍA / COMENZÓ HOY MÁS DE UN MES NS / NR.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 00 PASE 472 33 99																																				
471	¿Todavía tiene esta enfermedad?	SI..... NO.....	1 2																																				
472	(NOMBRE) (LÉALE 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></tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>C. Le dieron ataques?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>D. Vomitaba todo?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>E. Se le hundía el pecho?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>F. Hacía ruido al respirar?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>H. Le silbaba o le roncaba el pecho?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table>				SI	NO	NS/NR	A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	1	2	9	B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....	1	2	9	C. Le dieron ataques?	1	2	9	D. Vomitaba todo?	1	2	9	E. Se le hundía el pecho?	1	2	9	F. Hacía ruido al respirar?.....	1	2	9	G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....	1	2	9	H. Le silbaba o le roncaba el pecho?	1	2	9
	SI	NO	NS/NR																																				
A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	1	2	9																																				
B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....	1	2	9																																				
C. Le dieron ataques?	1	2	9																																				
D. Vomitaba todo?	1	2	9																																				
E. Se le hundía el pecho?	1	2	9																																				
F. Hacía ruido al respirar?.....	1	2	9																																				
G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....	1	2	9																																				
H. Le silbaba o le roncaba el pecho?	1	2	9																																				
473	¿Durante esta enfermedad (LÉALE 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></tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>C. Le dio algún descongestionante?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>D. Le dio antibióticos?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>F. Le hospitalizaron?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>G. Le dio algo más, Qué?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table> <p>Antibióticos: Ampicilina, Eritromicina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetón-sulfa, etc.</p>				SI	NO	NS/NR	A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....	1	2	9	B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	9	C. Le dio algún descongestionante?.....	1	2	9	D. Le dio antibióticos?	1	2	9	E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....	1	2	9	F. Le hospitalizaron?.....	1	2	9	G. Le dio algo más, Qué?.....	1	2	9				
	SI	NO	NS/NR																																				
A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....	1	2	9																																				
B. Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	9																																				
C. Le dio algún descongestionante?.....	1	2	9																																				
D. Le dio antibióticos?	1	2	9																																				
E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....	1	2	9																																				
F. Le hospitalizaron?.....	1	2	9																																				
G. Le dio algo más, Qué?.....	1	2	9																																				
474	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	SI..... NO.....	1 2 PASE 476																																				
475	¿Dónde o quién consultó primero?	HOSPITAL DEL MSP..... 01 UNIDADES DE SALUD DEL MSP 02 HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IESS / SCC..... 03 HOSPITAL / UNIDADES FF.AA. / POLICÍA 04 HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 05 PROMOTOR DEL MSP..... 06 PROMOTOR DE ONG, Cuál? 07 FARMACIA 08 OTRO, Cuál?..... 88																																					
476	VEA EN 473 SI MARCÓ AL MENOS UN CÓDIGO "1"	MARCÓ CÓDIGO "1" 1 PASE 478 MARCÓ SÓLO CÓDIGO "2" Ó "9" 2																																					
477	¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)?	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / NO ERA GRAVE..... 01 NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE 02 NO TUVO TIEMPO / DEMASIADO OCUPADA..... 03 MALA ATENCIÓN..... 04 SERVICIOS MALOS..... 05 POR DESCUIDO..... 06 FALTA DE DINERO 07 POR LA DISTANCIA / FALTA DE TRANSPORTE 08 NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS..... 09 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99																																					

478	¿Tiene usted el "Carnet de Salud Infantil" de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 480 SI LE ENTREGARON PERO SE HA PERDIDO..... 3 PASE 480																																																																																																																																																																																																																								
479	ENTREVISTADORA: OBSERVE LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ SI HAY O NO MARCAS DE:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESO AL NACER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>TALLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>PERÍMETRO CEFÁLICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">cuántos </p>		SI	NO	NS/NR	PESO AL NACER.....	1	2	9	TALLA.....	1	2	9	PERÍMETRO CEFÁLICO.....	1	2	9	PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																							
PESO AL NACER.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
TALLA.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
PERÍMETRO CEFÁLICO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO.....	1	2	9																																																																																																																																																																																																																							
480	ENTREVISTADORA: TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTÉ: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO <u>SEGÚN MADRE</u>.																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE DE LA VACUNA</th> <th colspan="3">SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?</th> <th rowspan="2">DÍA</th> <th rowspan="2">MES</th> <th rowspan="2">AÑO</th> <th colspan="3">SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- BCG</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- BCG (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 2</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT – 3</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- DPT (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (POLIO) – 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- OPV (REFUERZO)</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 1.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 2.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIHEPATITIS B – 3.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- SR – DUPLA VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- SRP – TRIPLE VIRAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTIAMARILICA</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 2</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- PENTAVALENTE – 3</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>- ANTISARAMPIONOSA.....</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>			NOMBRE DE LA VACUNA	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			DÍA	MES	AÑO	SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SI	NO		SI	NO	NS/NR	- BCG	1	2		/		/	1	2	9	- BCG (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9	- DPT – 1	1	2		/		/	1	2	9	- DPT – 2	1	2		/		/	1	2	9	- DPT – 3	1	2		/		/	1	2	9	- DPT (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9	- OPV (POLIO) – 1.....	1	2		/		/	1	2	9	- OPV (POLIO) – 2.....	1	2		/		/	1	2	9	- OPV (POLIO) – 3.....	1	2		/		/	1	2	9	- OPV (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 1.....	1	2		/		/	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 2.....	1	2		/		/	1	2	9	- ANTIHEPATITIS B – 3.....	1	2		/		/	1	2	9	- SR – DUPLA VIRAL	1	2		/		/	1	2	9	- SRP – TRIPLE VIRAL.....	1	2		/		/	1	2	9	- ANTIAMARILICA	1	2		/		/	1	2	9	- PENTAVALENTE – 1	1	2		/		/	1	2	9	- PENTAVALENTE – 2	1	2		/		/	1	2	9	- PENTAVALENTE – 3	1	2		/		/	1	2	9	- ANTISARAMPIONOSA.....	1	2		/		/	1	2	9
NOMBRE DE LA VACUNA	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			DÍA	MES	AÑO				SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO					SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																	
- BCG	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- BCG (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 1	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 2	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT – 3	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- DPT (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 1.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 2.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (POLIO) – 3.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- OPV (REFUERZO)	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 1.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 2.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIHEPATITIS B – 3.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- SR – DUPLA VIRAL	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- SRP – TRIPLE VIRAL.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTIAMARILICA	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 1	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 2	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- PENTAVALENTE – 3	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
- ANTISARAMPIONOSA.....	1	2		/		/	1	2	9																																																																																																																																																																																																																	
481	¿El padre de (NOMBRE) vive con usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 485																																																																																																																																																																																																																								
482	¿Si (NOMBRE) esta enfermo, le ayuda el padre a cuidarlo?	SI 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
483	¿Si usted quiere llevar a (NOMBRE) a un establecimiento de salud, tiene que obtener el permiso del padre?	SI 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
484	¿Si usted requiere comprar medicinas en una farmacia para darle a (NOMBRE), necesita que el padre le de el dinero para comprarla?	SI 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3																																																																																																																																																																																																																								
PASE A 500																																																																																																																																																																																																																										
485	¿En los últimos 12 meses le ha dado el padre de (NOMBRE) dinero para mantenerlo(a)?	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																																																								
486	¿En los últimos 12 meses cuántas veces le ha visitado el padre a (NOMBRE) ?	No. DE VECES..... NINGUNA VEZ..... 00 NO SABE..... 99																																																																																																																																																																																																																								

V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

500	LA FECHA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (VEA 320b, PÁG.7) ES A PARTIR DE ENERO DEL 2002?	SI 1 NO 2 PASE 522																																																																		
501	VEA EN 429, PÁGINA 12. SI EL PARTO DE (NOMBRE) FUE INSTITUCIONAL (CÓDIGOS DEL 1 AL 8), EN LA CASA (CÓDIGOS DEL 9 AL 12), EN OTRO LUGAR O NO SABE / NO RESPONDE (CÓDIGOS 13 Y 99)	INSTITUCIONAL 1 EN LA CASA 2 PASE 509 OTRO, NS / NR 9 PASE 515																																																																		
502	¿Por qué razón o razones dio a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> B. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> C. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																		
503	¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> B. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> C. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																		
504	Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto de (NOMBRE) en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.																																																																			
	¿Cómo le pareció a usted.....:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Buena</th> <th>Regular</th> <th>Mala</th> <th>No aplica</th> <th>NS / NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿El trato que recibió del personal de salud que le atendió?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. ¿La experiencia / conocimiento de la persona que le atendió el parto?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. ¿La información que le dio el personal de salud sobre su salud?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. ¿La información que le dio el personal de salud sobre la salud de su bebé?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. ¿La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. ¿El respeto a sus costumbres relacionadas con el parto?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>g. ¿La privacidad durante su atención?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>h. ¿La comodidad del establecimiento?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>i. ¿El horario de atención?.....</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>j. ¿La limpieza / aseo del establecimiento?</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Buena	Regular	Mala	No aplica	NS / NR	a. ¿El trato que recibió del personal de salud que le atendió?.....	2	3	4	5	9	b. ¿La experiencia / conocimiento de la persona que le atendió el parto?.....	2	3	4	5	9	c. ¿La información que le dio el personal de salud sobre su salud?.....	2	3	4	5	9	d. ¿La información que le dio el personal de salud sobre la salud de su bebé?	2	3	4	5	9	e. ¿La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	2	3	4	5	9	f. ¿El respeto a sus costumbres relacionadas con el parto?.....	2	3	4	5	9	g. ¿La privacidad durante su atención?.....	2	3	4	5	9	h. ¿La comodidad del establecimiento?	2	3	4	5	9	i. ¿El horario de atención?.....	2	3	4	5	9	j. ¿La limpieza / aseo del establecimiento?	2	3	4	5	9
	Buena	Regular	Mala	No aplica	NS / NR																																																															
a. ¿El trato que recibió del personal de salud que le atendió?.....	2	3	4	5	9																																																															
b. ¿La experiencia / conocimiento de la persona que le atendió el parto?.....	2	3	4	5	9																																																															
c. ¿La información que le dio el personal de salud sobre su salud?.....	2	3	4	5	9																																																															
d. ¿La información que le dio el personal de salud sobre la salud de su bebé?	2	3	4	5	9																																																															
e. ¿La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	2	3	4	5	9																																																															
f. ¿El respeto a sus costumbres relacionadas con el parto?.....	2	3	4	5	9																																																															
g. ¿La privacidad durante su atención?.....	2	3	4	5	9																																																															
h. ¿La comodidad del establecimiento?	2	3	4	5	9																																																															
i. ¿El horario de atención?.....	2	3	4	5	9																																																															
j. ¿La limpieza / aseo del establecimiento?	2	3	4	5	9																																																															
505	¿Qué debería mejorar en la atención en ese establecimiento de salud? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> B. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> C. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																		
506	Cuándo usted dio a luz a (NOMBRE), ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto en el establecimiento de salud?	SI 1 NO TUVE QUE PAGAR, PERO COMPRE MEDICAMENTOS, PAÑALES, OTROS INSUMOS, ETC..... 2 NO PAGO NADA..... 3 PASE 508 NS / NR 9 PASE 508																																																																		
507	¿Usted estuvo conforme con ese pago / gasto?	SI 1 NO 2 NS / NR 9																																																																		
508	Cuando usted dio a luz a (NOMBRE) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>MUCHO TIEMPO?</td> <td>1</td> <td rowspan="5" style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle;">PASE 514</td> </tr> <tr> <td>NI MUCHO, NI POCO TIEMPO?</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>POCO TIEMPO?</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>LE ATENDIERON INMEDIATAMENTE?</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NS / NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	MUCHO TIEMPO?	1	}	PASE 514	NI MUCHO, NI POCO TIEMPO?	2	POCO TIEMPO?	3	LE ATENDIERON INMEDIATAMENTE?	4	NS / NR	9																																																						
MUCHO TIEMPO?	1	}	PASE 514																																																																	
NI MUCHO, NI POCO TIEMPO?	2																																																																			
POCO TIEMPO?	3																																																																			
LE ATENDIERON INMEDIATAMENTE?	4																																																																			
NS / NR	9																																																																			
509	¿Por qué razón o razones dio a luz a (NOMBRE) en la casa? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> B. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/> C. _____ <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																		

510	¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (NOMBRE) en la casa? (ESCRIBA LAS QUE MENCIONE) No se acepta respuesta como: "Porque es bueno", "porque así es", "porque es malo".	A. _____ B. _____ C. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
511 (*)	¿Qué profesional o persona(s) le atendió en el parto de (NOMBRE) en su casa? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	MÉDICO..... 01 OBSTETRIZ..... 02 ENFERMERA..... 03 AUXILIAR DE ENFERMERÍA 04 PARTERA..... 05 PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIA..... 06 OTROS AGENTES TRADICIONALES (yachac / shaman / limpiador / curandero) 07 FAMILIAR (ES)..... 08 SOLA / NADIE..... 09 OTRO..... 88 NS / NR 99		
512	Cuando usted dio a luz a (NOMBRE) en su casa, ¿Tuvo que hacer usted algún pago o gasto?	SI 1 NO TUVE QUE PAGAR, PERO COMPRE MEDICAMENTOS, PAÑALES, OTROS INSUMOS, ETC. 2 NO PAGÓ NADA..... 3 PASE 514 NS / NR 9 PASE 514		
513	¿Usted estuvo conforme con ese pago / gasto?	SI 1 NO 2 NS / NR 9		
514 (*)	¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (NOMBRE) en el establecimiento de salud o en la casa? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE) NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA	NADIE / COSTUMBRE..... 01 PARTURIENTA 02 ESPOSO / CONVIVINETE / PAREJA..... 03 JUNTOS (PARTURIENTA CON EL ESPOSO / CONVIVIENTE /PAREJA)..... 04 MADRE 05 SUEGRA 06 OTRO FAMILIAR 07 PERSONAL DE SALUD (Médico / enfermera / obstetrix) 08 PARTERA 09 OTROS PRESTADORES TRADICIONALES (yachac / shaman / limpiador / curandero) 10 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99		
515	¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?	CASA..... 1 ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... 2 DEPENDE / INDECISA 3 NS / NR 9		
516	A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé, o de los dos. Durante el embarazo de (NOMBRE) , ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:			
		SI TUVO	NO TUVO	NS / NR
	a. Hinchazón de manos / pies?	1	2	9
	b. Desmayos?	1	2	9
	c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	1	2	9
	d. Convulsiones?.....	1	2	9
	e. Dolores fuertes de barriga?.....	1	2	9
	f. Mareos / náusea / vómitos?	1	2	9
	g. Fiebre?	1	2	9
	h. Pre-eclampsia / Eclampsia?	1	2	9
	i. Infección de vías urinarias?.....	1	2	9
	j. Sangrado / hemorragia?.....	1	2	9
	k. Otro, Cuál?	1	2	9

517	ENTREVISTADORA: ¿EN PREGUNTA 516 HAY ALGÚN “SI”? SI.....1 NO.....2 PASE 519			
518	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA)..... 1 FARMACIA / BOTICA..... 2 SE QUEDÓ EN CASA / REMEDIOS CASEROS..... 3 PERSONAL TRADICIONAL (partera, yachac, shaman / limpiador / curandero) 4 Otro, Cuál? 8 NS / NR 9		
519	A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé, o de los dos. Durante el parto de (NOMBRE) , ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:			
		SI TUVO	NO TUVO	NS / NR
	a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2	9
	b. No le venían los dolores / contracciones?.....	1	2	9
	c. El parto se demoró más de lo normal?	1	2	9
	d. Se adelantó el parto?	1	2	9
	e. Se rompió el agua de fuente antes de tiempo?.....	1	2	9
	f. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2	9
	g. Cadera estrecha?	1	2	9
	h. Sangrado abundante?	1	2	9
	i. Infección / Sepsis?	1	2	9
	j. El bebé no respiraba / no lloraba?	1	2	9
	k. Parto gemelar?	1	2	9
	l. El bebé no se movía?.....	1	2	9
	m. El bebé se tomó el agua de fuente?.....	1	2	9
	n. Cordón envuelto en el cuello del bebé?.....	1	2	9
	o. Otro, Cuál?	1	2	9
520	ENTREVISTADORA: ¿EN PREGUNTA 519 HAY ALGÚN “SI”? SI.....1 NO.....2 PASE 522			
ENTREVISTADORA: VEA 501, PÁG. 18. EL PARTO FUE: INSTITUCIONAL 1 PASE 522 EN LA CASA..... 2 OTRO, NS / NR..... 9				
521	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD O PERSONAL DE SALUD (FUERA O DENTRO DE CASA)..... 01 FARMACIA / BOTICA..... 02 SE QUEDÓ EN CASA / REMEDIOS CASEROS..... 03 PERSONAL TRADICIONAL (partera, yachac, shaman / limpiador / curandero) 04 Otro, Cuál? 88 NS / NR 99		
522	Ahora hablando de su salud, ¿Alguna vez le han vacunado contra el tétanos?	SI 1 NO 2 PASE 524 NS / NR 9 PASE 524		
523	¿Le han puesto una, dos o más de dos dosis (vacunas) antitetánicas?	UNA 1 DOS..... 2 MÁS DE DOS..... 3 NS / NR 9		
524	¿Ha recibido información sobre el cáncer del útero (matriz) ?	SI 1 NO..... 2 PASE 526 NS / NR 9 PASE 526		
525 (*)	¿Dónde recibió la información? (MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE)	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESE / SSC..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA / POLICÍA..... 03 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 04 SOLCA..... 05 CLÍNICA / CONSULTORIO OTRA ONG..... 06 PROMOTOR DE ONG..... 07 OTRO, Cuál?..... 88		

526	¿Se ha hecho alguna vez la citología o examen de Papanicolaou (PAP)?	SI 1 NO 2 PASE 529 NS / NR 9 PASE 530
527	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez?	DÍAS 1 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> NS / NR 999
528	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP 01 ESTABLECIMIENTOS DEL IESS / SSC 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA. / POLICÍA 03 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO 04 SOLCA 05 CLÍNICA / CONSULTORIO OTRA ONG 06 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99
PASE A 530		
529	¿Cuál es la razón principal por la que no se la ha hecho?	FALTA DE INFORMACIÓN 1 NO LO CONSIDERA NECESARIO 2 POR LA DISTANCIA 3 POR PENA O VERGÜENZA 4 FALTA DE DINERO 5 NO TIENE CON QUIEN DEJAR A LOS HIJOS 6 SU PAREJA SE OPONE 7 OTRA, Cuál? 8 NS / NR 9
530	¿Ha oído hablar de cáncer de mama (del seno o de los pechos)?	SI 1 NO 2
531	En alguna consulta de salud, ¿Alguna vez la han examinado los pechos?	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 9
532	¿Le han enseñado cómo examinarse los senos usted sola (el autoexamen)?	SI 1 NO 2
533	¿Se ha hecho alguna vez una radiografía, placa o rayos X del seno (mamografía)?	SI 1 PASE 535 NO 2 NO RECUERDA 9
534	¿Cuál es la razón más importante para no haberse hecho una mamografía?	NO TIENE PROBLEMAS, NO NECESITA 01 NO SABÍA QUE TENÍA QUE HACERSE 02 NO TIENE EDAD PARA HACERSE 03 DESPREOCUPACIÓN 04 ES MUY CARO 05 POR MIEDO / TEMOR 06 OTRA, Cuál? 88 NO RESPONDE 99
535	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI 1 NO 2 PASE 600
536	¿Durante los últimos 30 días, en promedio cuántos cigarrillos fumó en un día?	No. DE CIGARRILLOS <input type="text"/> FUMA OCASIONALMENTE 91 YA NO FUMA 92 NS / NR 99

VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENTREVISTADORA: LÉALE A LA ENTREVISTADA: 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. **LUEGO, HAGA LA PREGUNTA 600 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 601, 602 y 603, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS.**

MÉTODO	600. Qué método de Planificación Familiar conoce usted? NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA SI ESPONTÁNEO	601. Conoce o ha oído hablar de...? (LEA LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONÓ ESPONTÁNEAMENTE)		602. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		603. Usa actualmente? (últimos 30 días)	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Esterilización masculina o vasectomía	1	2	3	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura	1	2	3	1	2	1	2
3. NORPLANT o implante	1	2	3	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva	1	2	3	1	2	1	2
5. Píldora o pastilla anticonceptiva	1	2	3	1	2	1	2
6. DIU, espiral o T de Cobre	1	2	3	1	2	1	2
7. Condón (preservativo)	1	2	3	1	2	1	2
8. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	3	1	2	1	2
9. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)	1	2	3	1	2	1	2
10. Métodos vaginales (jaleas / espumas / diafragma / cremas / óvulos / tabletas)	1	2	3	1	2	1	2
11. MELA (Lactancia Materna)	1	2	3	1	2	1	2
12. Pastillas anticonceptivas de emergencia	1	2	3	1	2		

ENTREVISTADORA: SI EN LA PREGUNTA 602-2 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO 1) PONER TAMBIÉN CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA 603 (USO ACTUAL)

604	ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 602 Y 603 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	
	LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE.....	1 PASE 620
	LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS.....	2 PASE 610
	LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE	3 PASE 605
SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO MÉTODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE		
605	¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)? MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 RETIRO..... 10 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 MELA..... 12 NS / NR..... 99

606	¿Cuál fue el primer método que usted usó? (MARQUE EL MÁS EFECTIVO)	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 09 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 MÉTODOS VAGINALES..... 11 MELA..... 12 OTRO, Cuál? 88 NS / NR..... 99
607	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>
608	Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/>
609	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4
610	VEA EN 300, PÁGINA 6, SI ESTÁ EMBARAZADA	EMBARAZADA..... 1 PASE 615 NO EMBARAZADA..... 2 NO SABE..... 9
611	¿Cree usted que puede quedar embarazada?	SI..... 1 PASE 613 NO..... 2 NO SABE..... 9 PASE 613
612	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS Y NO PUEDE TENER MÁS HIJOS..... 1 PASE 700 MENOPAUSIA 2 PASE 700 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁR QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO..... 3 PASE 700 SIN VIDA SEXUAL..... 4 PASE 615 AMAMANTAMIENTO 5 PASE 615 OTRA, Cuál? 8 PASE 615
613	¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO..... 01 PASE 615 POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO..... 02 PASE 615 SIN VIDA SEXUAL..... 03 PASE 615 POR EDAD AVANZADA..... 04 PASE 700 NO LE GUSTA..... 05 PASE 700 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 06 TUVO EFECTOS COLATERALES..... 07 EL COMPAÑERO SE OPONE..... 08 RAZONES RELIGIOSAS..... 09 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99
614	¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI..... 1 PASE 616 NO..... 2 NS / NR..... 9
615	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 700 NS / NR..... 9 PASE 700

616	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted (o su pareja)?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 07 CONDÓN..... 08 MÉTODOS VAGINALES..... 09 RETIRO..... 10 PASE 700 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 PASE 700 MELA..... 12 PASE 700 OTRO, Cuál? 88 PASE 700 NS / NR..... 99
617	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?	SI..... 1 NO..... 2 PASE 700
618	¿A qué lugar iría a conseguir el método?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 ESTABLECIMIENTOS DE FF.AA O POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 FARMACIA O BOTICA..... 10 PARTERA..... 11 OTRO, Cuál? 88 NS / NR..... 99
619	¿Cuánto tiempo tardaría normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS, SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99
PASE A 700		
SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
620	ENTREVISTADORA: VEA 603, PÁGINA 22 Y MARQUE EL MÉTODO QUE USA, SI ESTÁ UTILIZANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO <u>ORDEN DE EFECTIVIDAD</u> 1. VASECTOMÍA 7. MELA 2. ESTER. FEMENINA 8. MÉT. VAGINALES 3. DIU 9. CONDÓN 4. INYECCIÓN 10. RITMO 5. NORPLANT 11. BILLINGS 6. PASTILLAS 12. RETIRO	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 PASE 622 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 PASE 627 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVAS..... 04 PASE 627 PASTILLAS..... 05 PASE 627 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 PASE 627 CONDÓN..... 07 PASE 627 MÉTODOS VAGINALES..... 08 PASE 627 RETIRO..... 09 PASE 630 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 PASE 630 MELA..... 11 PASE 630
621	¿Qué edad tenía usted cuando le esterilizaron?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
622	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 OTRO LUGAR, Cuál? 88 NS / NR..... 99

623	¿Dónde recibió orientación sobre la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA..... 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 IGLESIA..... 10 ESPOSO / COMPAÑERO..... 11 OTRO, Cuál? 88 NO SABE..... 99																		
624	¿Quién tomó la decisión para la esterilización?	USTED..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO..... 2 USTED Y SU COMPAÑERO..... 3 MÉDICO..... 4 USTED, ESPOSO / COMPAÑERO Y MÉDICO..... 5 FAMILIARES..... 6 OTRO, Cuál? 8																		
625	Dada la situación actual, si tuviera que elegir nuevamente, ¿Tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI..... 1 PASE 635 NO..... 2 NO SABE / NO RESPONDE..... 9																		
626	¿Por qué no está conforme con su esterilización o la de su esposo o compañero?	ELLA QUIERE OTRO HIJO..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO QUIERE TENER OTRO HIJO..... 2 LA OPERACIÓN LE HA OCASIONADO PROBLEMAS DE SALUD..... 3 LA OPERACIÓN LE HA OCASIONADO PROBLEMAS EMOCIONALES..... 4 OTRO, Cuál? 8																		
PASE A 635																				
627	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL IESS..... 02 FF.AA O POLICÍA 03 JUNTA DE BENEFICENCIA..... 04 PATRONATO SAN JOSÉ..... 05 APROFE..... 06 CEMOPLAF..... 07 COF..... 08 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 09 FARMACIA O BOTICA 10 OTRO, Cuál? 88 NO SABE..... 99 PASE 630																		
628	¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99																		
629	¿El precio pagado por consulta y por el método anticonceptivo, le parece caro, razonable, barato o no pagó nada?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONSULTA</th> <th>MÉTODO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RAZONABLE</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BARATO</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NO PAGÓ</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>9</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		CONSULTA	MÉTODO	CARO	1	1	RAZONABLE	2	2	BARATO	3	3	NO PAGÓ	4	4	NO SABE	9	9
	CONSULTA	MÉTODO																		
CARO	1	1																		
RAZONABLE	2	2																		
BARATO	3	3																		
NO PAGÓ	4	4																		
NO SABE	9	9																		
630	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 usted?	YA NO QUIERE TENER MÁS HIJOS 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS..... 2 PARA PROTECCIÓN DEL SIDA Y OTRAS ITS..... 3 POR OTRAS RAZONES DE SALUD..... 4 POR RAZONES ECONÓMICAS / TRABAJO..... 5 OTRA, Cuál? 8 NS / NR..... 9																		

631	La decisión de usar este método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4
632	Si en éste momento usted pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	PREFERIRÍA OTRO..... 1 EL MISMO..... 2 PASE 635 NO USARÍA NINGUNO 3 PASE 634 NO SABE 9 PASE 635
633	¿Cuál método preferiría usar usted?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 10 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 11 MÉTODOS VAGINALES..... 12 MELA..... 13 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
PASE A 635		
634	¿Cuál es la razón principal por la que ya no usaría ningún método?	DESEO DE EMBARAZO..... 01 SIN VIDA SEXUAL..... 02 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 03 EL COMPAÑERO SE OPONE..... 04 RAZONES RELIGIOSAS..... 05 EDAD AVANZADA..... 06 RAZONES ECONÓMICAS..... 07 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
635	¿Cuál fue el primer método que usted usó?	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA..... 01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 02 NORPLANT O IMPLANTE..... 03 INYECCIÓN..... 04 PASTILLAS..... 05 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN..... 08 RETIRO..... 09 RITMO, CALENDARIO, MOCO CERVICAL..... 10 MÉTODOS VAGINALES..... 11 MELA..... 12 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR 99
636	¿Qué edad tenía cuando usted comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
637	Cuándo usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO) ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	N° DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
638	La decisión de usar su primer método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS..... 1 SOLO ELLA..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4

VII. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

700	ENTREVISTADORA: VEA 602 (PÁGINA 22) EN LA LINEA 2 SI ESTÁ O NO ESTERILIZADA ¿ESTÁ ESTERILIZADA?	SI ESTÁ ESTERILIZADA 1 PASE 705 NO ESTÁ ESTERILIZADA 2
701	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300 (PÁGINA 6): NO EMBARAZADA O INSEGURA ┐ ¿Quisiera tener un (otro) hijo / hija o preferiría no tener (más) hijos / hijas? EMBARAZADA ┐ ¿Después del hijo / hija que está esperando, quisiera tener otro hijo / hija o preferiría no tener más hijos / hijas?	QUIERE HIJO / HIJA 1 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS 2 PASE 705 MENOPÁUSICA 3 PASE 705 OPERADA POR RAZONES MÉDICAS 4 PASE 705 INDECISA O NO SABE 9 PASE 705
702	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA ┐ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo / hija? EMBARAZADA ┐ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES 1 ┐┐ PASE 705 AÑOS 2 ┐┐ PASE 705 PRONTO / AHORA 994 PASE 705 MENOPÁUSICA (ESTÉRIL) 995 PASE 705 OTRO, Cuál? 998 NO SABE 999
703	VEA: 300 (PÁGINA 6) Y 320c (PÁGINA 7) ESTÁ EMBARAZADA Y / O TIENE HIJO(S) VIVO(S)	SI 1 NO 2 PASE 705
704	VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA ┐ De quedar embarazada otra vez, ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo / hija menor? EMBARAZADA ┐ ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo / hija que está esperando, cuando nazca su próximo hijo / hija?	AÑOS DE EDAD ┐┐ NO SABE 99
705	VEA 320c (PÁGINA 7): TIENE HIJO(S) VIVO(S) ┐ Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos / hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) ┐ Si pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA	NÚMERO ┐┐ OTRA RESPUESTA, Cuál? 88
706	VEA 700 SI LA MUJER ESTÁ ESTERILIZADA	SI 1 PASE 800 NO 2
707	VEA 701 Y COPIE LA RESPUESTA	QUIERE HIJO / HIJA 1 PASE 800 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS 2 MENOPÁUSICA 3 PASE 800 OPERADA POR RAZONES MÉDICAS 4 PASE 800 INDECISA O NO SABE 9 PASE 800

708	¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos?	PROBLEMAS ECONÓMICOS 01 POR RAZONES DE SALUD 02 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS 03 SE SIENTE VIEJA 04 SU TRABAJO NO LE PERMITE 05 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS 06 INESTABILIDAD CONYUGAL 07 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99
709	¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos?	SI 1 NO 2 PASE 711
710	¿Cuál es la razón principal por la cual no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO 03 COSTO MUY ELEVADO 04 RECHAZO DEL MÉDICO 05 RAZONES RELIGIOSAS 06 NO LE GUSTA 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES 09 COMPAÑERO SE OPONE 10 SIN VIDA SEXUAL 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS 15 OTRO, Cuál? 88 NO SABE 98 NO RESPONDE 99
PASE A 800		
711	¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO 03 COSTO MUY ELEVADO 04 RECHAZO DEL MÉDICO 05 RAZONES RELIGIOSAS 06 NO LE GUSTA 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES 09 COMPAÑERO SE OPONE 10 SIN VIDA SEXUAL 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS 15 OTRO, Cuál? 88 NO SABE 98 NO RESPONDE 99

VIII. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS (ADULTAS JÓVENES)

800	VEA LA EDAD EN PREG. 201, PÁGINA 3 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	TIENE DE 15 A 24 AÑOS 1 TIENE DE 25 A 49 AÑOS 2 PASE 836																																																												
801	¿Recibió o ha recibido información sobre:	ENTREVISTADORA: HAGA LA PREGUNTA 802 PARA CADA TEMA QUE TENGA MARCADO EL CÓDIGO "1" EN PREG. 801																																																												
	(LÉALE UNO A UNO) <div style="text-align: center;">TEMA</div> a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)? b. El aparato reproductor femenino / masculino? c. La menstruación o regla? d. Las relaciones sexuales? e. El embarazo y el parto? f. Los métodos anticonceptivos? g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">P. 801</th> <th colspan="3">P. 802 ¿La información sobre (TEMA), la recibió de un familiar, en la escuela, colegio, o de otras personas?</th> </tr> <tr> <th colspan="3">RECIBIÓ</th> <th colspan="3">(SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> <th>FAMILIAR</th> <th>ESCUELA/ COLEGIO</th> <th>OTRAS PERSONAS</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>	P. 801			P. 802 ¿La información sobre (TEMA), la recibió de un familiar, en la escuela, colegio, o de otras personas?			RECIBIÓ			(SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)			SI	NO	NS/NR	FAMILIAR	ESCUELA/ COLEGIO	OTRAS PERSONAS	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8	1	2	9	1	2	8
P. 801			P. 802 ¿La información sobre (TEMA), la recibió de un familiar, en la escuela, colegio, o de otras personas?																																																											
RECIBIÓ			(SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)																																																											
SI	NO	NS/NR	FAMILIAR	ESCUELA/ COLEGIO	OTRAS PERSONAS																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
1	2	9	1	2	8																																																									
803	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO..... 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR..... 888888 NS / NR..... 999999																																																												
804	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO DESEA CONTESTAR..... 88 PASE 845 NS / NR 99																																																												
805	¿Su primera relación sexual ocurrió porque usted y su pareja decidieron juntos, usted le convenció, le convenció su pareja o le obligó su pareja?	DECIDIERON JUNTOS..... 1 USTED LE CONVENCIO..... 2 LE CONVENCIO SU PAREJA 3 LE OBLIGO SU PAREJA 4 SIMPLEMENTE PASÓ..... 5 NS / NR 9																																																												
806	¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR 99																																																												
807	¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO 1 NOVIO..... 2 AMIGO..... 3 FAMILIAR 4 DESCONOCIDO 5 OTRO,Cuál?..... 8 NS / NR 9																																																												
808	¿Cuánto tiempo de relación tenía con la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 999																																																												
809	¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?	SI 1 NO 2 PASE 812																																																												

810	¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?	PASTILLAS 1 CONDÓN..... 2 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA 3 MÉTODOS VAGINALES 4 RITMO, CALENDARIO, BILLINGS 5 RETIRO 6 OTRO, Cuál? 8 NS / NR 9
811	¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?	USTED 1 SU PAREJA..... 2 LOS DOS..... 3
PASE A 813		
812	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO..... 01 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO 02 CREÍA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD 03 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA..... 04 QUERÍA EMBARAZARSE 05 CONOCÍA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABÍA DONDE OBTENERLOS 06 EL COMPAÑERO SE OPUSO..... 07 QUERÍA USARLO, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO..... 08 COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 09 OTRO, Cuál? 88 NS / NR 99
813	ENTREVISTADORA: OBSERVE PREGUNTAS 300 Y 305 (PÁGINA 6)	SI HA ESTADO EMBARAZADA..... 1 NO HA ESTADO EMBARAZADA..... 2 PASE 838
814	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
815	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada?	SI 1 PASE 817 NO 2
816	¿Por qué no?	ERA LA PRIMERA VEZ 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES 2 USÓ ANTICONCEPTIVOS 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL 4 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD 5 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA..... 6 OTRA, Cuál? 8
817	En la época en la que quedó embarazada, ¿Quería usted tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3
818	¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99
819	¿Qué era para usted esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO 1 PASE 823 NOVIO 2 AMIGO..... 3 FAMILIAR 4 DESCONOCIDO 5 PADRASTRO 6 OTRO, Cuál? 8 NR 9

820	¿Con quién vivía usted cuando se dio cuenta del primer embarazo?	PADRES..... 1 PARIENTES 2 AMIGOS(AS) 3 SOLA 4 OTRO, Cuál?..... 8 NO RESPONDE 9																																																								
821	¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo?	QUERÍAN CASAMIENTO / LE OBLIGARON A CASARSE 01 ACEPTARON EMBARAZO EN FORMA NORMAL..... 02 FAMILIA IBA A CRIAR AL NIÑO / NIÑA 03 LA CORRIERON (BOTARON) DE LA CASA 04 QUE NO LO TUVIERA 05 NO LO SUPIERON..... 06 INDIFERENCIA 07 OTRA, Cuál?..... 88 NO RESPONDE 99																																																								
822	¿Cuál fue la reacción de la persona que la embarazó cuando supo que usted estaba embarazada?	NO SUPO 01 CONTENTO 02 ENOJADO 03 PREOCUPADO 04 QUE LO TUVIERA SOLA..... 05 INDIFERENCIA 06 SE CASARÍA / UNIRÍA..... 07 FUE VIOLADA..... 08 OTRA, Cuál?..... 88 NO RESPONDE 99																																																								
823	En su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdió antes de que tuviera los 5 meses (aborto), o fue un hijo que nació muerto después de que tuviera los 5 meses (mortinato)	NACIDO VIVO..... 1 PÉRDIDA (ABORTO) 2 NACIDO MUERTO 3 AÚN EMBARAZADA 4 PASE 825																																																								
824	¿Con quién vivía después de que terminó ese embarazo?	ESPOSO / COMPAÑERO 1 PADRES..... 2 PARIENTES 3 AMIGOS(AS) 4 SOLA 5 OTRO, Cuál?..... 8 NO RESPONDE 9																																																								
825	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	SI 1 NO 2 PASE 831 NUNCA ESTUDIÓ..... 3 PASE 831																																																								
826	¿Qué grado, curso o año estaba estudiando y en qué nivel de estudios?	<table><tr><td></td><td colspan="2">NIVEL</td><td colspan="5">GRADO</td></tr><tr><td>NINGUNO.....</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>PRIMARIO.....</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>SECUNDARIO.....</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>SUPERIOR.....</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6+</td></tr><tr><td>POSTGRADO.....</td><td>5</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4+</td><td></td><td></td></tr></table>		NIVEL		GRADO					NINGUNO.....	0	0						C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6	PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6	SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6	SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+	POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+		
	NIVEL		GRADO																																																							
NINGUNO.....	0	0																																																								
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1	2	3	4	5	6																																																			
PRIMARIO.....	2	1	2	3	4	5	6																																																			
SECUNDARIO.....	3	1	2	3	4	5	6																																																			
SUPERIOR.....	4	1	2	3	4	5	6+																																																			
POSTGRADO.....	5	1	2	3	4+																																																					
827	¿Interrumpió sus estudios?	SI 1 NO 2																																																								
828	VEA EN 823 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	YA TERMINÓ 1 AÚN EMBARAZADA 2 PASE 831																																																								

829	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	SI 1 PASE 831 NO 2
830	¿Por qué no siguió asistiendo?	NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO / NIÑA 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO 02 EL NIÑO / NIÑA ERA MUY ENFERMO 03 OPOSICIÓN DEL ESPOSO / COMPAÑERO 04 ACOSO SEXUAL 05 NO LA ADMITIERON / FUE EXPULSADA 06 PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 07 TENÍA QUE TRABAJAR 08 CAMBIÓ DE RESIDENCIA 09 OTRA, Cuál? 88
831	Al momento que supo que estaba embarazada, ¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?	SI 1 NO 2 PASE 838
832	¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?	SI 1 NO 2
833	VEA EN 828 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	YA TERMINÓ 1 AÚN EMBARAZADA 2 PASE 838
834	¿Volió a trabajar después de que terminó el embarazo?	SI 1 PASE 838 NO 2
835	¿Porqué no volió a trabajar?	NO TENÍA CON QUIÉN DEJAR AL NIÑO / NIÑA 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO 02 EL NIÑO / NIÑA ERA MUY ENFERMO 03 OPOSICIÓN DEL ESPOSO / COMPAÑERO 04 ACOSO SEXUAL 05 FUE DESPEDIDA 06 PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 07 ERA EMPLEO TEMPORAL 08 CAMBIÓ DE RESIDENCIA 09 OTRO, Cuál? 88
PASE A 838		
836	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR 888888 NS / NR 999999
837	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR 99
838	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? (coito)	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE ÚLTIMO PARTO / EMBARAZO 555 NS / NR 999
839	VEA EN 838 HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL:	HACE MENOS DE UN AÑO 1 HACE UN AÑO O MÁS 2 PASE 845
840	¿Usó el condón en su última relación sexual?	SI 1 PASE 844 NO 2

841	¿Porqué no lo usó?	NO SABE DONDE OBTENERLO 01 DÍFICIL DE OBTENER..... 02 ES CARO / COSTO..... 03 TIENE UNA SOLA PAREJA..... 04 USA (USABA) OTRO MÉTODO 05 DISMINUYE EL PLACER / INCÓMODO 06 NO ES SEGURO..... 07 ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO..... 08 SU PAREJA ES FIEL 09 A SU PAREJA NO LE GUSTA..... 10 NO TENÍA EN ESE MOMENTO..... 11 NUNCA LO HA USADO 12 OTRA, Cuál? 88																				
842	Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?	NO TIENE PAREJA / NO CONOCE CONDONES 0 PASE 845 SI 1 NO 2 NO SABE..... 9																				
843	Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón, ¿Cómo cree que reaccionaría él?	SE MOLESTARÍA..... 1 ACEPTARÍA 2 ME TRATARÍA MAL 3 OTRO, Cuál? 8 NO SABE..... 9																				
PASE A 845																						
844	¿ El condón lo usó para (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Evitar el embarazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>2. Evitar el VIH / SIDA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>4. O por otra razón?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS / NR	1. Evitar el embarazo?.....	1	2	9	2. Evitar el VIH / SIDA?	1	2	9	3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....	1	2	9	4. O por otra razón?.....	1	2	9
	SI	NO	NS / NR																			
1. Evitar el embarazo?.....	1	2	9																			
2. Evitar el VIH / SIDA?	1	2	9																			
3. Otras infecciones de transmisión sexual?.....	1	2	9																			
4. O por otra razón?.....	1	2	9																			
845	¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla), por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO HA MENSTRUADO TODAVÍA..... 97 PASE 849																				
846	¿Cuándo eso sucedió, usted sabía lo que es la menstruación o regla?	SI 1 NO 2 NO SABE..... 8 NO RESPONDE 9																				
847	¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?	PADRE Y MADRE..... 01 PADRE 02 MADRE..... 03 HERMANO 04 HERMANA..... 05 OTRO PARIENTE 06 AMIGO..... 07 AMIGA..... 08 PROFESOR(A)..... 09 NUNCA LE EXPLICARON 10 OTRO, Cuál? 88 NO RECUERDA..... 99																				
848	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DEL ÚLTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 555 YA NO MENSTRUÁ 666 NUNCA HA MENSTRUADO 777																				
849	¿Cuál sería la edad adecuada para iniciar las relaciones sexuales para los hombres y para las mujeres?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">EDAD</th> <th style="text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>MUJERES</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> </tbody> </table>		EDAD	NS/NR	HOMBRES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	99	MUJERES	<input type="text"/> <input type="text"/>	99											
	EDAD	NS/NR																				
HOMBRES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	99																				
MUJERES	<input type="text"/> <input type="text"/>	99																				

850	¿Está de acuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio (premaritales)?	SI 1 NO 2
851	Según su opinión, ¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?	EL HOMBRE..... 1 LA MUJER..... 2 LOS DOS JUNTOS..... 3 CUALQUIERA DE LOS DOS..... 4 DEPENDE DE LAS CIRCUNSTANCIAS..... 5 NINGUNO DE LOS DOS..... 6 NO SABE 9
852	En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NS / NR 9

IX. NUPCIALIDAD

900	¿Es usted actualmente unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	UNIDA 1 PASE 902 CASADA..... 2 PASE 902 VIUDA..... 3 PASE 911 SEPARADA..... 4 PASE 911 DIVORCIADA..... 5 PASE 911 SOLTERA..... 6																					
901	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?	SI 1 PASE 911 NO 2 PASE 1000																					
902	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo / compañero?	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NS / NR 99																					
903	¿Cuál es el grado, curso o año más alto de estudios que aprobó su esposo / compañero? (¿En que nivel de estudios?)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">NIVEL</th> <th style="text-align: center;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 9</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 9</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 9</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6+ 9</td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4+ 9</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	NINGUNO.....	0	0	C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1 2 3 4 5 6 9	PRIMARIO.....	2	1 2 3 4 5 6 9	SECUNDARIO.....	3	1 2 3 4 5 6 9	SUPERIOR.....	4	1 2 3 4 5 6+ 9	POSTGRADO.....	5	1 2 3 4+ 9
	NIVEL	GRADO																					
NINGUNO.....	0	0																					
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1 2 3 4 5 6 9																					
PRIMARIO.....	2	1 2 3 4 5 6 9																					
SECUNDARIO.....	3	1 2 3 4 5 6 9																					
SUPERIOR.....	4	1 2 3 4 5 6+ 9																					
POSTGRADO.....	5	1 2 3 4+ 9																					
904	¿Cuál es la profesión u oficio que él tiene?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></div>																					
905	Actualmente, ¿Trabaja él en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	SI 1 NO 2 PASE 907																					
906	¿Qué es lo que él hace? (Trabajo principal)	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></div>																					
907	¿Su esposo / compañero vive con usted ahora o vive en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2																					
908	¿Usted ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2																					
909	¿En qué mes y año se casó o unió por última vez?	MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 999999																					
910	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 99																					
PASE A 1000																							
911	¿Usted ha estado en unión o casada sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2																					
912	¿En qué mes y año se unió o casó (por última vez)?	MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 999999																					
913	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?	EDAD EN AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 99																					
914	¿Qué tiempo tiene de (ESTADO CIVIL)?	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																					
	(VEA 900)	(SI ES MENOS DE 1 AÑO ANOTE 00)																					

X. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1000	OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, NO CONTINUE HASTA QUE LA PERSONA ENTREVISTADA ESTÁ COMPLETAMENTE SOLA						
	PRIVACIDAD OBTENIDA ENTREVISTADA SOLA <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> <div style="margin-top: 5px;">1001</div> </div>			PRIVACIDAD IMPOSIBLE, DESPUÉS DE INTENTAR OBTENER PRIVACIDAD, NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> <div style="margin-top: 5px;">PASE A 1100</div> </div>			
1001	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> <div style="margin-top: 5px;">1002</div> </div>		SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> <div style="margin-top: 5px;">1004</div> </div>		NUNCA CASADA O UNIDA <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> <div style="margin-top: 5px;">1006</div> </div>		
	VEA 900		VEA 900		VEA 900 Y 901		
1002	Ahora si me permite, le voy a hacer preguntas acerca de su relación con su esposo o pareja. ¿Quién toma la decisión en su casa, usted, él o los dos , sobre lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
1003	Cuando dos personas se casan o conviven, ellos comparten los buenos y malos momentos. En su relación con su esposo / compañero, ¿podría decirme si las siguientes situaciones le suceden: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Siempre		A veces	Nunca	NR/NR
			1		2	3	9
			1		2	3	9
			1		2	3	9
			1		2	3	9
			1		2	3	9
PASE A 1006							
1004	Ahora si me permite, le voy a hacer preguntas acerca de su relación con su ex-esposo o pareja más reciente. ¿Quién tomaba la decisión en su casa, usted, él o los dos , sobre lo siguiente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)		Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9
			1	2	3	4	9

1005	<p>Cuando dos personas se casan o conviven, ellos comparten los buenos y malos momentos. En su relación con su ex-esposo / ex-compañero más reciente, ¿podría decirme si las siguientes situaciones le sucedían:</p> <p>(LEA LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>Siempre A Nunca NR/NR veces</p> <p>A) Su ex_esposo / ex_compañero le consultaba su opinión en diferentes temas? 1 2 3 9</p> <p>B) Su ex_esposo / ex_compañero era cariñoso con usted? 1 2 3 9</p> <p>C) Su ex_esposo / ex_compañero le respetaba sus derechos? 1 2 3 9</p> <p>D) Usted sospechaba que su ex_esposo / ex_compañero le fue infiel 1 2 3 9</p>	
1006	<p>Algunas veces una esposa/compañera puede hacer cosas que molestan a su esposo/compañero. Por favor dígame, ¿Cree usted que un esposo / compañero tiene razón a pegarle a su esposa/compañera en alguna de las siguientes situaciones:</p> <p>(LEA LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>Tiene No tiene NR/NR razón razón</p> <p>A) Si ella descuida de la casa o de los niños? 1 2 9</p> <p>B) Si ella sale sin avisarle? 1 2 9</p> <p>C) Si ella quiere trabajar y/o estudiar? 1 2 9</p> <p>D) Si se niega a tener relaciones sexuales con él? 1 2 9</p> <p>E) Si sospecha que ella anda con otro? 1 2 9</p>	
1007	<p>Pensando en su niñez, antes que cumpliera 15 años, ¿Alguna vez usted vio o escuchó a su padre o madre, padrastro o madrastra, maltratarse físicamente o psicológicamente?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>A. MALTRATARSE FÍSICAMENTE 1 2 9</p> <p>B. MALTRATARSE PSICOLÓGICAMENTE 1 2 9</p>	
1008	<p>Antes que usted cumpliera los 15 años, ¿Fue usted alguna vez golpeada o maltratada físicamente o psicológicamente por alguna persona?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>A. MALTRATADA FÍSICAMENTE 1 PASE 1009A 2 9</p> <p>B. MALTRATADA PSICOLÓGICAMENTE 1 PASE 1009B 2 9</p> <p>PASE 1010</p>	
1009	<p>¿Quién le golpeó o maltrató físicamente o psicológicamente:</p> <p>(LEA LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>1009A 1009B FÍSICA PSICOLÓGICA SI NO SI NO</p> <p>A. PADRE? 1 2 1 2</p> <p>B. MADRE? 1 2 1 2</p> <p>C. HERMANO? 1 2 1 2</p> <p>D. HERMANA? 1 2 1 2</p> <p>E. PADRASTRO / MADRASTRA? 1 2 1 2</p> <p>F. NOVIO /ENAMORADO? 1 2 1 2</p> <p>G. OTRO, Quién? 1 2 1 2</p>	
1010	<p>ENTREVISTADORA: VEA 1001</p> <p>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA NUNCA CASADA O UNIDA</p> <p style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; text-align: center; width: 30%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="color: blue;">1013</div> </div> <div style="display: inline-block; text-align: center; width: 30%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">2</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="color: blue;">1012</div> </div> <div style="display: inline-block; text-align: center; width: 30%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3</div> </div> </p>		
1011	<p>¿Alguna vez ha tenido usted pareja, novio o enamorado?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 PASE 1021</p>	
1012	<p>Durante los últimos 12 meses, ha tenido usted un compañero, pareja, novio o enamorado?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	

AHORA LE QUIERO PREGUNTAR SOBRE COSAS QUE TALVEZ HAYAN PASADO ALGUNA VEZ ENTRE USTED Y SU ESPOSO, COMPAÑERO, PAREJA, NOVIO O ENAMORADO. ESTO INCLUYE EX-MARIDOS O EX-COMPAÑEROS, EX-NOVIO O EX- ENAMORADO.																														
1013 Por favor dígame si en toda su vida alguna pareja o ex-pareja le hizo alguna vez lo siguiente: (LEA DESDE LA LETRA “A” HASTA LA LETRA “I”)		1014. Usted me dijo que alguna pareja o (ex) pareja Esto le ha ocurrido durante los últimos 12 meses?	1015. En el momento que esto ocurrió en la última vez, cuál fue su relación con la persona que lo hizo? 1. MARIDO O COMPAÑERO 2. EX-MARIDO O EX-COMPAÑERO 3. NOVIO / EX_NOVIO 9. NO RECUERDA / NO RESPONDE																											
A. ¿Le hizo algo para humillarla?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
B. ¿Le gritó, insultó o llamó por apodos ofensivos?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
C. ¿La amenazó con dañarse o dañar a alguien que sea importante para usted?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
D. ¿La empujó, sacudió o le lanzó algún objeto?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
E. ¿La bofeteó o le torció el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
F. ¿La golpeó con puñete u otra cosa que podría herirla?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
G. ¿Le dio patadas, le ahorcó, o le dio una golpiza?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
H. ¿La amenazó con un cuchillo, arma, u otro objeto que podría herirla?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
I. ¿La obligó a tener relaciones sexuales aunque usted no quiso?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 PASE 1015 NO..... 2 NS/NR..... 9	CÓDIGO: <input type="text"/>																											
MUJERES ABUSADAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES																														
1016	Revise 1014: ALGUNA RESPUESTA “SI” DESDE LITERAL “D” HASTA LITERAL “I” <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; margin: 0 auto;">1</div> <div style="text-align: center;">↓</div> 1017	NINGUNA RESPUESTA “SI” DESDE LITERAL “D” HASTA LITERAL “I” <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; margin: 0 auto;">2</div> <div style="text-align: center;">↓</div> 1021																												
1017	¿En qué situaciones particulares esta[s] persona[s] le ha(n) agredido: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. OTRA, Cuál?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....	1	2	B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....	1	2	C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....	1	2	D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....	1	2	E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?	1	2	F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....	1	2	G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?	1	2	H. OTRA, Cuál?	1	2
	SI	NO																												
A. CUANDO EL ESTÁ / BORRACHO / DROGADO?.....	1	2																												
B. CUANDO EL ESTÁ CELOSO?.....	1	2																												
C. CUANDO USTED QUIERE SALIR?.....	1	2																												
D. CUANDO USTED QUIERE ALGO DE ÉL?.....	1	2																												
E. CUANDO EL TIENE PROBLEMAS FAMILIARES HIJOS, SUEGROS, ETC?	1	2																												
F. CUANDO A LA FAMILIA LE FALTA DINERO?.....	1	2																												
G. CUANDO ÉL NO TIENE TRABAJO O TIENE PROBLEMAS EN EL TRABAJO?	1	2																												
H. OTRA, Cuál?	1	2																												
1018 (*)	Cuando esta(s) persona(s) le ha(n) agredido durante los últimos 12 meses, ¿a quién o a quienes ha acudido? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>A NADIE.....</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> PASE A 1020 </td> </tr> <tr> <td>SU FAMILIA</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>FAMILIA DE EL.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>ESTACION DE POLICÍA.....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>COMISARIA DE LA MUJER.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>ORGANIZACIÓN DE MUJERES</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....</td> <td style="text-align: center;">08</td> </tr> <tr> <td>OTRO, Cuál?</td> <td style="text-align: center;">88</td> </tr> </tbody> </table>		A NADIE.....	01	PASE A 1020	SU FAMILIA	02	FAMILIA DE EL.....	03	ESTACION DE POLICÍA.....	04	COMISARIA DE LA MUJER.....	05	ORGANIZACIÓN DE MUJERES	06	IGLESIA	07	ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	08	OTRO, Cuál?	88								
A NADIE.....	01	PASE A 1020																												
SU FAMILIA	02																													
FAMILIA DE EL.....	03																													
ESTACION DE POLICÍA.....	04																													
COMISARIA DE LA MUJER.....	05																													
ORGANIZACIÓN DE MUJERES	06																													
IGLESIA	07																													
ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	08																													
OTRO, Cuál?	88																													

1019	¿Cual fue la razón mas importante por la que no acudió a nadie?	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA 1 TENÍA VERGÜENZA..... 2 NO HAY DONDE ACUDIR 3 CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... 4 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR 5 CREE QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR Y EL VA A CAMBIAR 6 CREE QUE NO ERA NECESARIO 7 OTRA, Cuál? 8																					
1020	En los últimos 12 meses, como consecuencia de esta agresión, usted ha quedado con: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. MORETONES?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DOLORS DE CABEZA O DEL CUERPO?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	A. MORETONES?	1	2	B. DOLORS DE CABEZA O DEL CUERPO?	1	2	C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?	1	2	D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....	1	2	E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....	1	2	F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?	1	2
	SI	NO																					
A. MORETONES?	1	2																					
B. DOLORS DE CABEZA O DEL CUERPO?	1	2																					
C. HERIDAS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO?	1	2																					
D. HA QUEDADO INVALIDA PERMANENTEMENTE?.....	1	2																					
E. ANSIEDAD O ANGUSTIA TAL QUE NO PODIA CUMPLIR CON SUS DEBERES?.....	1	2																					
F. MIEDO QUE LA PERSONA LE VUELVA A AGREDIR?	1	2																					
1021	Alguna vez en su vida, ¿Alguien la obligó o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no lo quiso? ENTREVISTADORA: INCLUYA ACTOS DEL ESPOSO O COMPAÑERO SI HA ESTADO CASADA O UNIDA	SI 1 NO 2 } PASE A NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1029																					
1022	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99																					
1023 (*)	¿Quién la obligó a tener relaciones sexuales que usted no quiso en la primera vez? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	ESPOSO / COMPAÑERO 01 EX_ESPOSO / EX_COMPAÑERO 02 PADRE 03 PADRASTRO 04 HERMANO 05 TÍO 06 PRIMO 07 MAESTRO 08 NOVIO / EX-NOVIO 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO 11 DESCONOCIDO 12 OTRO, Quién? 88																					
1024	¿Más de una vez en su vida alguien la obligó a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no lo quiso?	SI 1 NO 2 } PASE A NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1029																					
1025	¿Qué edad tenía usted cuando eso le pasó por última vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99																					
1026	¿Cuando eso le pasó (la última vez), ¿pidió ayuda a alguien?	SI 1 NO 2 } PASE NO RECUERDA / NO RESPONDE 9 } 1028																					
1027 (*)	¿A quién pidió ayuda? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	POLICIA 1 COMISARIA DE LA MUJER..... 2 FAMILIAR 3 AMIGO / AMIGA 4 VECINO / VECINA 5 IGLESIA..... 6 ORGANIZACIONES DE MUJERES..... 7 OTRO, Cuál? 8																					
PASE A 1029																							

1028	¿Cual fue la razón más importante por la que no pidió ayuda?	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA..... 1 TENÍA VERGÜENZA..... 2 NO SABE DONDE ACUDIR..... 3 CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... 4 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR..... 5 OTRA, Cuál? 8
1029	¿Y alguien la obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o a hacer cualquier otro acto sexual, sin llegar a la penetración?	SI..... 1 NO..... 2 } PASE A 1100 NO RECUERDA / NO RESPONDE 9
1030	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99
1031 (*)	¿Quién la obligó o la ha obligado? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	ESPOSO / COMPAÑERO 01 EX_ESPOSO / EX_COMPAÑERO 02 PADRE..... 03 PADRASTRO..... 04 HERMANO..... 05 TÍO 06 PRIMO 07 MAESTRO 08 NOVIO / EX-NOVIO..... 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN..... 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO 11 DESCONOCIDO 12 OTRO, Quién? 88

XI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)

1100	¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?	SI 1 NO 2 PASE 1102
1101	¿De cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar? ENTREVISTADORA: - EN COLUMNA PREGUNTA 1101 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA INFECCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA. - PARA CADA UNA DE LAS INFECCIONES QUE NO MENCIONE, HAGA LA PREGUNTA 1102. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARQUE EL CÓDIGO 1. CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÓDIGO 2	
	P. 1101	P.1102 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)
INFECCIÓN	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>
a. Sífilis (chancro)?	1	2 3
b. Gonorrea (purgación)?	1	2 3
c. VIH / SIDA?	1	2 3
d. Herpes Genital?	1	2 3
e. Condilomas (verrugas)?	1	2 3
f. Leucorrea (flujos)?	1	2 3
g. Chlamydia?	1	2 3
h. Hepatitis B?	1	2 3
i. Virus de Papiloma humano?	1	2 3
j. Tricomoniasis?	1	2 3
k. Candidiasis?	1	2 3
l. Otras, Cuáles? _____	1	2 3
1103	VEA EN PREGUNTAS 1101c Y 1102c SI HA OÍDO HABLAR DEL VIH / SIDA	CONOCE ESPONTÁNEO 1 CONOCE DIRIGIDO 2 NO CONOCE 3 PASE 1200
1104	¿Piensa que una persona pueda estar infectada del virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	SI 1 NO 2 NO SABE 9
1105	¿Existe curación para el SIDA?	SI 1 NO 2 NO SABE 9
1106	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH / SIDA?	SI 1 NO 2 PASE 1108 NO SABE 3 PASE 1109
1107	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene algún riesgo?	SU PAREJA TIENE MÁS PAREJAS 01 SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA 02 NO SABE CÓMO PROTEGERSE 03 SU PAREJA RECHAZA EL CONDÓN 04 YA HA TENIDO ITS 05 ELLA TIENE MÁS DE UNA PAREJA 06 POR SER TRABAJADORA DEL SEXO 07 NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES 08 NO SABE CON QUIEN SE JUNTA 09 SU PAREJA ES VICIOSA (ALCOHOL / DROGA) 10 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99
PASE A 1109		

1108	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que no tiene riesgo?	NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS 01 USA EL CONDÓN 02 USA OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO 03 TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL 04 CONOCE BIEN A SU PAREJA 05 NO TIENE PAREJA SEXUAL 06 NO TIENE RELACIONES SEXUALES 07 NO ES TRABAJADORA DEL SEXO 08 NO USA DROGA 09 NO LE HAN HECHO TRANSFUSIONES 10 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99	
1109	¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer pueda prevenir infectarse del VIH / SIDA? ENTREVISTADORA: - EN LA COLUMNA DE LA PREGUNTA 1109 MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA FORMA DE PREVENCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA - PARA CADA UNA DE LAS TRES PRIMERAS FORMAS DE PREVENCIÓN QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA 1110. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 1. CASO CONTRARIO MARQUE EL CÓDIGO 2.		
		P. 1109	P. 1110 ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?
		ESPONTÁNEO	DIRIGIDO
			SI NO
a.	No tener relaciones sexuales / abstinencia	1	1 2
b.	Tener un solo compañero / fidelidad	1	1 2
c.	Usar condones	1	1 2
d.	No utilizar jeringas usadas por infectados	1	
e.	No usar transfusiones inseguras	1	
f.	No tener sexo oral	1	
g.	No tener relaciones por el ano	1	
h.	No tener relaciones sexuales con desconocidos	1	
i.	No tener relaciones con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	1	
j.	No tener relaciones con hombres mujerigos	1	
k.	Otras, Cuál? _____	1	
1111 ¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH / SIDA al			
		SI	NO NS / NR
a.	Darle la mano a alguien que tiene SIDA?	1	2 9
b.	Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?	1	2 9
c.	Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2 9
d.	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?	1	2 9
e.	Trabajar con una persona que tiene SIDA?	1	2 9
1112	¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI 1 NO 2	PASE 1124
1113	¿Sabe dónde hacen esa prueba?	SI 1 NO 2	PASE 1122
1114	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI 1 NO 2	PASE 1121

1115	¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> NO RECUERDA..... 999
1116	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP 1 ESTABLECIMIENTOS DEL IESS..... 2 HOSPITAL DE FF.AA / POLICÍA 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... 4 CRUZ ROJA..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál? 6 OTRA, Cuál? 8
1117	¿Ese examen se lo hizo por su propia voluntad o porque tenía que mostrar el resultado en algún lugar?	POR SU PROPIA VOLUNTAD 1 TENÍA QUE PRESENTAR EL RESULTADO..... 2
1118	Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?	SI..... 1 NO 2
1119	¿Recibió los resultados de la prueba o el examen?	SI..... 1 NO 2 PASE 1122
1120	Antes de darle los resultados, ¿Platicaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH / SIDA?	SI..... 1 NO 2
PASE A 1124		
1121	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH / SIDA?	NO LA HA CONSIDERADO NECESARIO..... 01 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD 02 OPOSICIÓN DE LA PAREJA 03 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES..... 04 TEMOR AL RESULTADO 05 NO HA TENIDO TIEMPO 06 RAZONES RELIGIOSAS 07 DICEN QUE EL PERSONAL DE SALUD REGAÑA 08 DICEN QUE NO DAN EL RESULTADO 09 POR FALTA DE DINERO / MUY CARO..... 10 NUNCA SE LA HA INDICADO O RECOMENDADO 11 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99
1122	Si dentro de poco tiempo le tocara ir a pasar consulta y le ofrecieran hacerle el examen del VIH / SIDA a un precio que usted puede pagar, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?	SI..... 1 PASE 1124 NO 2
1123	¿Cuál es la razón principal por la que no se lo haría?	NO LO NECESITA 01 TEMOR A FALTA DE CONFIDENCIALIDAD 02 OPOSICIÓN DE LA PAREJA 03 OPOSICIÓN DE OTROS FAMILIARES..... 04 TEMOR AL RESULTADO 05 NO HA TENIDO TIEMPO 06 RAZONES RELIGIOSAS 07 DICEN QUE EL PERSONAL DE SALUD REGAÑA 08 DICEN QUE NO DAN EL RESULTADO 09 OTRA, Cuál? 88 NS / NR 99
1124 Pensando en lo que pudiera suceder en (NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO):		
		SI NO NS / NR
a.	Si un pariente suyo se enfermara de SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?	1 2 9
b.	Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA, ¿Le compraría usted a él?	1 2 9
c.	Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1 2 9
d.	Si una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	1 2 9
e.	Si un niño está infectado con el virus del SIDA, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?	1 2 9

XII. MORTALIDAD MATERNA

1200	¿Cuántas de las hijas que tuvo su mamá, están vivas actualmente sin incluirse (contarse) usted?	HERMANAS NINGUNA 00 PASE 1202 NS / NR 99 PASE 1202																											
1201	¿Podría decirme sus nombres y los años que han cumplido sus hermanas de su misma mamá, comenzando por la de mayor edad?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%; text-align: left;">No.</th> <th style="width: 45%; text-align: left;">NOMBRES</th> <th style="width: 50%; text-align: left;">AÑOS CUMPLIDOS</th> </tr> <tr><td>1.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>2.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>3.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>4.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>5.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>6.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>7.</td><td>_____</td><td> </td></tr> <tr><td>8.</td><td>_____</td><td> </td></tr> </table>	No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS	1.	_____	 	2.	_____	 	3.	_____	 	4.	_____	 	5.	_____	 	6.	_____	 	7.	_____	 	8.	_____	
No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS																											
1.	_____	 																											
2.	_____	 																											
3.	_____	 																											
4.	_____	 																											
5.	_____	 																											
6.	_____	 																											
7.	_____	 																											
8.	_____	 																											
1202	Desde 1994 hasta la fecha (hace 10 años), ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su misma mamá han fallecido (muerto)?	HERMANAS NINGUNA 00 PASE 1300 NS / NR 99 PASE 1300																											
1203	¿Podría decirme el(los) nombre(s) de la(s) hermana(s) que murió(eron), comenzando por la última que murió? ENTREVISTADORA: SI MURIÓ MÁS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIÓ MÁS RECIENTEMENTE.																												
	ANOTE NOMBRE(S)	1	2	3	4	5																							
1204.	¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00	AÑOS < 1 AÑO 00																							
1205.	¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando falleció?	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS 11-54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>P. 1300</u>																							
1206.	Cuando murió (NOMBRE) , ¿Estaba.... (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) 1. En un hospital o clínica pública? 2. En un hospital o clínica privada? 3. En su casa o donde la partera? 4. En el camino buscando atención? 5. En otro lugar?	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO..... 2 CASA/PARTERA..... 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO..... 2 CASA/PARTERA..... 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO..... 2 CASA/PARTERA..... 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO..... 2 CASA/PARTERA..... 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	HOSP. / CLÍNICA PÚBLICO..... 1 HOSP. / CLÍNICA PRIVADO..... 2 CASA/PARTERA..... 3 EN EL CAMINO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9																							
1207.	¿Murió (NOMBRE) (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) 1. Cuando estaba embarazada? 2. Durante un parto? 3. Durante un aborto? 4. Dentro de las 6 semanas después de terminado un embarazo? 5. En otro momento?	EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9	EMBARAZO..... 1 PARTO..... 2 ABORTO..... 3 POST-PARTO/ POST-ABORTO.. 4 OTRO..... 8 NS/NR..... 9																							
1208.	¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS PASE SGTE. COL.	HIJOS 																							

XIII. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD

1300	VEA EN LA PREGUNTA 320d (PÁGINA 7) CUÁNTOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD TIENE LA ENTREVISTADA QUE ESTÉN VIVOS Y ANOTE EL TOTAL	HIJOS..... NINGUNO..... 00 PASE 1400			
ENTREVISTADORA: REVISE TODA LA PREGUNTA 320, COLUMNA “d” DE LAS PÁGINAS 7 Y 8 E IDENTIFIQUE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD Y ANÓTELOS AL PRINCIPIO DE CADA COLUMNA. LOS RESPECTIVOS NÚMEROS DE LÍNEA ANÓTELOS EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA 1301. COMENZANDO EN LA PRIMERA COLUMNA CON EL DE MENOR EDAD QUE ESTÉ VIVO. TAMBIÉN TRASLADÉ LA EDAD EN AÑOS DE CADA HIJO EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA 1302. LUEGO, LÉALE A LA ENTREVISTADA: <i>“Ahora vamos a hablar unos momentos de la educación de su(s) hijo(s)”</i> .					
PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
1301. No. DE LINEA NOMBRE					
1302. EDAD (años)	 AÑOS	 AÑOS	 AÑOS	 AÑOS	 AÑOS
1303. ¿Asistió alguna vez (NOMBRE) a Kinder (o Primero de básica)?	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305	SI 1 NO 2 P. 1305
1304. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó Kinder?	AÑOS NR.....99	AÑOS NR.....99	AÑOS NR.....99	AÑOS NR.....99	AÑOS NR.....99
1305. ¿Ha asistido (NOMBRE) al primer grado (o segundo de básica)?	SI 1 NO..... 2 SIG.COL. NS/NR..... 9 SIG.COL.	SI 1 NO..... 2 SIG.COL. NS/NR..... 9 SIG.COL.	SI 1 NO..... 2 SIG.COL. NS/NR..... 9 SIG.COL.	SI 1 NO..... 2 SIG.COL. NS/NR..... 9 SIG.COL.	SI 1 NO..... 2 P.1400 NS/NR..... 9 P.1400
1306. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó este grado?	AÑOS NR..... 99	AÑOS NR..... 99	AÑOS NR..... 99	AÑOS NR..... 99	AÑOS NR..... 99
1307. A que nivel y grado asistió en el año escolar 2003 / 2004? <i>Sierra: Oct2003 – jul2004 Costa: May2003 – Ene2004</i>	 Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	 Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	 Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	 Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	 Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.
1308. ¿A qué tipo de escuela o colegio asiste: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4	FISCAL (Español)?..... 1 FISCAL (Bilingüe)?..... 2 FISCOMISIONAL?..... 3 PARTICULAR?..... 4
1309. ¿Estaba repitiendo grado (NOMBRE) en el año 2003/2004?	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2
PASE 1313					

PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
1310. ¿Cuál es el nivel y grado más alto de estudio que ha aprobado (NOMBRE)?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>Nivel Grado</div> <div>Ninguno 00</div>
1311. ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>AÑOS</div> <div>NS/NR..... 99</div>
1312. ¿Por qué razón abandonó la escuela o colegio (dejó de estudiar)?	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál 88 NS / NR..... 99
1313. ¿Cuántas veces ha repetido (repitió) grado desde que comenzó la escuela a estudiar el primer grado?	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div>VECES.....</div> <div>NINGUNA..... 00</div>

CÓDIGO DE NIVELES:

KINDER / 1ro. De BÁSICA / JARDÍN 7
 PRIMARIO 1
 SECUNDARIO 2
 SUPERIOR 3
 POST GRADO 4

Básico	Nivel	Grado
EDUCACIÓN BÁSICA		
1	7	7
2	1	1
3	1	2
4	1	3
5	1	4
6	1	5
7	1	6
8	2	1
9	2	2
10	2	3
EDUCACIÓN MEDIA		
1	2	4
2	2	5
3	2	6

XIV. VIVIENDA Y HOGAR

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		
1400	Tipo de vivienda (POR OBSERVACIÓN)	CASA, VILLA 1 DEPARTAMENTO 2 MEDIAGUA 3 CUARTOS DE INQUILINATO 4 RANCHO O CHOZA 5 VIVIENDA IMPROVISADA 6 BODEGA O NEGOCIO USADO COMO VIVIENDA 7 OTRO, Cuál? 8
1401	Material predominante del techo (POR OBSERVACIÓN)	PAJA, DESECHOS O LATAS 1 ZINC, ETERNIT 2 LOSA, TEJA 3 OTRO, Cuál? 8
1402	Material predominante de paredes (POR OBSERVACIÓN)	BAHAREQUE / CAÑA 1 MADERA BURDA 2 TAPIA O ADOBE 3 BLOQUE O LADRILLO 4 OTRO, Cuál? 8
1403	Material predominante de piso (POR OBSERVACIÓN)	TIERRA 1 MADERA BURDA, TABLA O TABLÓN 2 CEMENTO / LADRILLO 3 BALDOSA, VINIL O LADRILLO 4 PARQUET, MADERA TRATADA, ALFOMBRA 5 OTRO, Cuál? 8
1404	¿De cuántos cuartos dispone este hogar (no incluye baños, cocina, pasillos, garajes)?	NÚMERO DE CUARTOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
1405	¿Cuántos cuartos utilizan en este hogar en forma exclusiva para dormir?	NÚMERO DE DORMITORIOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
1406	¿Tienen en esta vivienda un cuarto exclusivo para cocinar?	SI 1 NO 2 NO COCINAN 3 PASE 1408
1407	¿Con qué se cocina usualmente en este hogar?	LEÑA 1 CARBÓN 2 GAS 3 ELECTRICIDAD 4 PASE 1408 OTRO, Cuál? 8
1407a	¿Cuánto gastó en total durante el mes pasado en combustible para cocinar (Excepto electricidad)?	VALOR <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999
1408	¿Parte de la vivienda esta destinada para alguna actividad económica?	SI 1 NO 2 PASE 1409
1408a	¿A qué actividad le dedican principalmente?	COMERCIO 1 SERVICIOS 2 TALLER ARTESANAL 3 OTRO, Cuál? 8
1409	¿De dónde obtiene el agua principalmente este hogar?	AGUA POR TUBERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA 01 AGUA POR TUBERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL TERRENO 02 AGUA POR TUBERÍA DE PILA O GRIFO PÚBLICO 03 AGUA POR TUBERÍA DE PILA O GRIFO PRIVADO 04 POZO PÚBLICO 05 POZO PRIVADO 06 TANQUERO 07 RÍO, ACEQUIA, MANANTIAL, OJO DE AGUA 08 LLUVIA 09 OTRO, Cuál? 88

409a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el agua que consumieron en el hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1410 NS/NR 99999 PASE 1410
1409b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1410
1410	¿Con qué tipo de servicio higiénico cuenta este hogar:	EXCUSADO CONECTADO A ALCANTARILLADO? 1 EXCUSADO CONECTADO A POZO SÉPTICO? 2 EXCUSADO CONECTADO A POZO CIEGO? 3 EXCUSADO QUE DA A RÍO O QUEBRADA? 4 LETRINA? 5 NO TIENE SERVICIO HIGIÉNICO 9 PASE 1412
1411	¿Dónde está ubicado el servicio higiénico:	DENTRO DE LA VIVIENDA? 1 FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL LOTE O TERRENO? 2 FUERA DE LA VIVIENDA, LOTE O TERRENO? 3
1412	¿Cuál es la principal fuente de desagüe de las aguas servidas (lavaderos o baños):	ALCANTARILLADO PÚBLICO? 1 DESCARGAN EN POZO SÉPTICO? 2 DESCARGAN EN POZO CIEGO? 3 DESCARGAN EN EL PATIO? 4 DESCARGAN EN EL RÍO O QUEBRADA? 5 OTRA, Cuál? 8
1413	¿Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar?	EMPRESA ELECTRICA PÚBLICA 1 PLANTA ELÉCTRICA PRIVADA 2 VELA 3 LÁMPARA (GASOLINA O GAS) 4 NINGUNO 5 PASE 1414
1413a	¿Cuánto pagó el mes pasado por la electricidad que consumieron en el hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1414 NS/NR 99999 PASE 1414
1413b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1414
1413c	¿Cuánto gastó el mes pasado por concepto de velas o combustibles para el alumbrado del hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999
1414	¿Tiene este hogar servicio telefónico? (EXCLUYE LOS CELULARES)	SI 1 NO 2 PASE 1415
1414a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el servicio telefónico?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 PASE 1415 NS/NR 99999 PASE 1415
1414b	¿De cuántos meses pagó?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 1415
1415	¿Tienen en este hogar teléfonos celulares?	SI 1 NO 2 PASE 1416
1415a	¿Cuánto pagaron en total el mes pasado por el servicio de telefonía celular de todos los miembros del hogar?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 00000 NS/NR 99999
1416	¿Cómo eliminan la mayor parte de la basura en este hogar?	LA BOTAN AL PATIO, QUEBRADA, RÍO, LOTE, ETC 1 LA QUEMAN O ENTIERRAN 2 LA BOTAN EN UN BASURERO PÚBLICO 3 CARRO RECOLECTOR 4 CONTRATAN AL SERVICIO 5 PASE 1417
1416a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el servicio de recolección de basura?	VALOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999

1417	¿La vivienda que ocupa este hogar es:	EN ARRIENDO? 1 PROPIA Y LA ESTÁ PAGANDO? 2 PASE 1417b PROPIA Y TOTALMENTE PAGADA? 3 PASE 1418 CEDIDA? 4 RECIBIDA POR SERVICIOS? 5 PASE 1419 OTRA, Cuál? 8			
1417a	¿Cuánto pagó el mes pasado por el arriendo de esta vivienda?	VALOR NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999 PASE 1422			
1417b	¿Cuánto pagó el mes pasado por la vivienda?	VALOR NO PAGÓ 0000 PASE 1422 NS/NR 9999 PASE 1422			
1417c	¿Cuántas cuotas pagó?	CUOTAS PASE 1422			
1418	¿Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto pagaría al mes?	VALOR NS/NR 9999 PASE 1420			
1419	¿Si tuviera que arrendar esta vivienda, ¿en cuánto la arrendaría al mes?	VALOR NS/NR 9999 PASE 1422			
1420	¿Los miembros de este hogar poseen por la vivienda:	ESCRITURA / TÍTULO DE PROPIEDAD? 1 MINUTA? 2 OTRO DOCUMENTO? 3 NO TIENE DOCUMENTOS? 4 PASE 1422			
1421	¿A nombre de quién está la escritura, minuta o documento?	JEFE (A) DE HOGAR 1 CÓNYUGE / CONVIVIENTE 2 DE AMBOS 3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR 4			
1422	¿Durante los últimos 12 meses, los miembros de este hogar gastaron dinero en:		SI	NO	NR
	a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?	1	2	9	
	b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERÍA / POZOS?	1	2	9	
	c. REPARACIONES ELÉCTRICAS / SEGURIDAD?	1	2	9	
	d. COMPRA LINÉA TELEFÓNICA / MEDIDORES DE AGUA Y LUZ	1	2	9	
	e. OTRO, Cuál?	1	2	9	
1422a	ENTREVISTADORA: EN 1422 ESTA MARCADO ALGÚN CÓDIGO "SI"?	SI 1 NO 2 PASE 1423			
1422b	¿Cuánto gastaron en total?	VALOR NS/NR 99999			
1423	¿Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar hicieron:		SI	NO	NR
	a. CONSTRUCCIONES O AMPLIACIONES DE CUARTOS?	1	2	9	
	b. CONSTRUCCIÓN DE TERRAZAS / CERCAS?	1	2	9	
	c. INSTALACIONES DE PISOS?	1	2	9	
	d. COLOCACIÓN DE ALCANTARILLADO / DESAGÜES?	1	2	9	
	e. OTRO, Cuál?	1	2	9	
1423a	ENTREVISTADORA: EN 1423 ESTA MARCADO ALGÚN CÓDIGO "SI"?	SI 1 NO 2 PASE 1424			
1423b	¿Cuánto gastaron en total?	VALOR NS/NR 99999			
1424	¿En este hogar tienen servicio doméstico?	SI 1 NO 2			
PARTE B. GASTOS DE CONSUMO DEL HOGAR					
ENCUESTADORA: ¿EN ESTE HOGAR SE VA A APLICAR EL CUESTIONARIO DE GASTOS DE CONSUMO?		SI 1 PASE 1435 NO 2			

COMPRA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS				
1425 ¿Durante las 2 últimas semanas los miembros de este hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1426. ¿Cuánto gastaron en (Rubro)
		PASE SGTE. RUBRO		
a. Pan y leche?	1	2	9	
b. Cereales y fideos?	1	2	9	
c. Carnes, pollo, pescado y derivados?	1	2	9	
d. Queso, mantequilla y derivados?	1	2	9	
e. Huevos?	1	2	9	
f. Papas y demás tubérculos?	1	2	9	
g. Frutas y verduras?	1	2	9	
h. Granos tiernos y secos?	1	2	9	
i. Aceite vegetal?	1	2	9	
j. Café y azúcar?	1	2	9	
k. Alimentos preparados?	1	2	9	
l. Condimentos?	1	2	9	
m. Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?	1	2	9	
n. Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?	1	2	9	
1426a ENCUESTADORA: SI EN ESTE HOGAR REALIZAN LAS COMPRAS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y NO CONOCEN LOS PRECIOS UNITARIOS, REGISTRE EL VALOR TOTAL DE LA COMPRA DE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS				VALOR:
1427 ¿Durante las 2 últimas semanas , los miembros de este hogar obtuvieron sin tener que comprarlos, de su finca, de su negocio, les regalaron, les pagaron por trabajar o intercambiaron, los siguientes productos:	SI	NO	NS/NR	1428. ¿Cuánto pagaría por (Rubro) si tuviera que comprarlos?
		PASE SIGUIENTE RUBRO		
a. Pan y leche?	1	2	9	
b. Cereales y fideos?	1	2	9	
c. Carnes, pollo, pescado y derivados?	1	2	9	
d. Queso, mantequilla y derivados?	1	2	9	
e. Huevos?	1	2	9	
f. Papas y demás tubérculos?	1	2	9	
g. Frutas y verduras?	1	2	9	
h. Granos tiernos y secos?	1	2	9	
i. Aceite vegetal?	1	2	9	
j. Café y azúcar?	1	2	9	
k. Alimentos preparados?	1	2	9	
l. Condimentos?	1	2	9	
m. Comidas y bebidas fuera del hogar (personas de 15 años y más de edad)?	1	2	9	
n. Agua mineral, gaseosas, otras bebidas y cigarrillos?	1	2	9	

1429 ¿Durante la última semana , los miembros de este hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1430. ¿Cuánto gastaron?
	PASE SGTE. RUBRO			
a. Buses, busetas, taxis, canoa, lancha? (Excluye el transporte escolar)	1	2	9	
b. Llamadas telefónicas, tarjetas de telefonía pública, correo, etc.?	1	2	9	
c. Loterías, rifas, bingos, etc.?	1	2	9	
d. Combustible y lubricantes para el vehículo?	1	2	9	
e. Peajes, garajes y parqueadero?	1	2	9	
f. Dinero entregado a miembros del hogar menores de 15 años (colación)?	1	2	9	
1431 ¿Durante el último mes , los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1432. ¿Cuánto gastaron?
	PASE SGTE. RUBRO			
a. Productos para el cuidado del hogar (incluye los de autoconsumo)?	1	2	9	
b. Productos y servicios para el cuidado personal (incluye los de autoconsumo)?	1	2	9	
c. Pago a empleados(as) domésticos(as)?	1	2	9	
d. Lavado y planchado en seco?. (Incluye reparación de las prendas)?	1	2	9	
e. Consultas, medicamentos, exámenes y otros gastos en salud ?	1	2	9	
f. Pensiones de estudio, transporte escolar y cuotas?	1	2	9	
g. Esparcimiento, diversión y cultura?	1	2	9	
h. Alimentación y alojamiento de miembros del hogar que por motivos de estudios se encuentran fuera del hogar?	1	2	9	
i. Pago de seguro de salud, vehículo, incendios?	1	2	9	
1433 ¿Durante los últimos 12 meses , los miembros del hogar gastaron dinero en:	SI	NO	NS/NR	1434. ¿Cuánto gastaron?
	PASE SGTE. RUBRO			
a. Prendas de vestir y calzado (Excluye uniformes)?	1	2	9	
b. Tejidos para el hogar y otros accesorios? (Incluye reparación)	1	2	9	
c. Mantenimiento y reparación de vehículo (carro, motocicleta, bicicleta)?	1	2	9	
d. Compra de electrodomésticos, muebles, utensilios de cristal para el hogar? (Incluye su reparación)	1	2	9	
e. Compra de juguetes, artículos deportivos y recreación? (Incluye su reparación)	1	2	9	
f. Compra de computadoras, celulares, cámara fotográfica, máquina de escribir, etc.? (Incluye reparación)	1	2	9	
g. Compra de artículos de joyería y fantasía? (Incluye reparación)	1	2	9	
h. Gastos por control del embarazo, atención del parto y control postparto?	1	2	9	
i. Gastos en hospitalizaciones (excluye hospitalizaciones en últimos 30 días)?	1	2	9	
j. Compra de antiparasitarios?	1	2	9	

k. Lentes, prótesis dentales o aparatos ortopédicos? (Incluye reparación)	1	2	9																																					
l. Matriculas, uniformes y útiles escolares?	1	2	9																																					
m. Cursos de capacitación?	1	2	9																																					
n. Compra de vehículo para uso del hogar?	1	2	9																																					
o. Viajes, paseos y tours?	1	2	9																																					
p. Pagos de servicios profesionales y primas de seguros?	1	2	9																																					
q. Fiestas?	1	2	9																																					
r. Pago de impuestos y tasas?	1	2	9																																					
s. Envíos de dinero, pago de pensión alimenticia, aportes a clubes, asociaciones y donaciones?	1	2	9																																					
PARTE C: SEGURIDAD ALIMENTARIA																																								
1435	¿En las 2 últimas semanas , el hogar tuvo suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar?		SI 1 PASE 1437 NO 2																																					
1436	¿Cuando la comida no es suficiente, qué hacen principalmente en el hogar:		Disminuyen alguna de las comidas diarias? 1 Disminuyen la cantidad a todos por igual? 2 Disminuyen la cantidad a los adultos? 3 Disminuyen la cantidad a los niños? 4 Disminuyen la cantidad a las mujeres? 4 Otra, Cuál? 8																																					
1437	¿En las 2 últimas semanas , el hogar tuvo dificultades o problemas para pagar los gastos en alimentación?		SI 1 NO 2 PASE 1439																																					
1438	¿Qué acciones hizo para cubrir los gastos de alimentación:		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Pidió prestado a un familiar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Pidió prestado a un amigo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Fió en la tienda?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Dejó de comprar algunos productos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Vendió algún animal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. Gastó de sus ahorros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>g. Utilizó tarjeta de crédito?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>h. Otra, Cuál?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	NR	a. Pidió prestado a un familiar?	1	2	9	b. Pidió prestado a un amigo?	1	2	9	c. Fió en la tienda?	1	2	9	d. Dejó de comprar algunos productos?	1	2	9	e. Vendió algún animal?	1	2	9	f. Gastó de sus ahorros?	1	2	9	g. Utilizó tarjeta de crédito?	1	2	9	h. Otra, Cuál?	1	2	9
	SI	NO	NR																																					
a. Pidió prestado a un familiar?	1	2	9																																					
b. Pidió prestado a un amigo?	1	2	9																																					
c. Fió en la tienda?	1	2	9																																					
d. Dejó de comprar algunos productos?	1	2	9																																					
e. Vendió algún animal?	1	2	9																																					
f. Gastó de sus ahorros?	1	2	9																																					
g. Utilizó tarjeta de crédito?	1	2	9																																					
h. Otra, Cuál?	1	2	9																																					
PARTE D: EQUIPAMIENTO DEL HOGAR																																								
1439	¿Tienen en este hogar (Bien)...:	SI	NO	NS/NR	1440. ¿Cuántos tienen? (NÚMERO)	1441. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (Si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (MENOS DE 1 año = 00)																																		
			PASE SGTE. RUBRO																																					
	a. Refrigeradora?	1	2	9																																				
	b. Cocina?	1	2	9																																				
	c. Plancha?	1	2	9																																				
	d. Lavadora?	1	2	9																																				
	e. Televisor?	1	2	9																																				
	f. Betamax, VHS, DVD?	1	2	9																																				
	g. Equipo de sonido / grabadora?	1	2	9																																				
	h. Radio?	1	2	9																																				
	i. Ventilador?	1	2	9																																				
	j. Aire acondicionado?	1	2	9																																				
	k. Bicicleta?	1	2	9																																				
	l. Motocicleta?	1	2	9																																				
	m. Carro?	1	2	9																																				
	n. Computadora?	1	2	9																																				

PARTE E: ACTIVIDAD AGROPECUARIA DEL HOGAR																																																						
1442	¿Este hogar tiene tierras (fincas, parcelas, lotes, etc.) de cualquier tamaño, destinadas al cultivo o crianza de animales?			SI 1 NO 2 PASE 1452																																																		
1443	¿Estas tierras son:			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Propias?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Tomadas en arriendo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Tomadas al partir?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Recibidas en usufructo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Recibidas por servicios?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. Tierras comunales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO	NR	a. Propias?.....	1	2	9	b. Tomadas en arriendo?.....	1	2	9	c. Tomadas al partir?.....	1	2	9	d. Recibidas en usufructo?.....	1	2	9	e. Recibidas por servicios?.....	1	2	9	f. Tierras comunales?.....	1	2	9																	
	SI	NO	NR																																																			
a. Propias?.....	1	2	9																																																			
b. Tomadas en arriendo?.....	1	2	9																																																			
c. Tomadas al partir?.....	1	2	9																																																			
d. Recibidas en usufructo?.....	1	2	9																																																			
e. Recibidas por servicios?.....	1	2	9																																																			
f. Tierras comunales?.....	1	2	9																																																			
1444	ENTREVISTADORA: EN 1443 ESTA MARCADO EL CÓDIGO "SI" EN TIERRAS PROPIAS (Literal a)?			SI 1 NO 2 PASE 1450																																																		
1445	¿Tiene algún documento que le acredite la propiedad de las tierras?			SI 1 NO 2 PASE 1447																																																		
1446	¿A nombre de quién está el documento?			JEFE (A) DE HOGAR 1 CÓNYUGE / CONVIVIENTE 2 DE AMBOS 3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR 4																																																		
1447	¿Cuál es la superficie total de las tierras propias que el hogar tiene?			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>HECTÁREAS.....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>METROS 2</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUADRA</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLAR</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NS/NR</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						HECTÁREAS.....	1		METROS 2	2		CUADRA	3		SOLAR	4		NS/NR	9																															
HECTÁREAS.....	1																																																					
METROS 2	2																																																					
CUADRA	3																																																					
SOLAR	4																																																					
NS/NR	9																																																					
1448	¿Las tierras propias tienen riego?			SI 1 NO 2																																																		
1449	¿Si fueran a comprar estas tierras, en cuánto las comprarían? (EXCLUYA EL VALOR DE LA VIVIENDA SI ESTÁ DENTRO DE LAS TIERRAS PARA CULTIVO O CRIANZA DE ANIMALES)			CANTIDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DÓLARES																																																		
1450	ENTREVISTADORA: EN 1443 ESTA MARCADO EL CÓDIGO "SI" EN LOS LITERALES b, c,d, e?			SI 1 NO 2 PASE 1452																																																		
1451	¿Cuál es la superficie total de tierras tomadas en arriendo, al partir, usufructo o por servicios? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> EN ARRIENDO <table border="1"> <tbody> <tr><td>HECTÁREAS.....</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>METROS 2</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>CUADRA</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>SOLAR</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>NS/NR</td><td>9</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div> AL PARTIR <table border="1"> <tbody> <tr><td>HECTÁREAS.....</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>METROS 2</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>CUADRA</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>SOLAR.....</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>NS/NR</td><td>9</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div> USUFRUCTO / SERVICIO <table border="1"> <tbody> <tr><td>HECTÁREAS.....</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>METROS 2</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>CUADRA</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>SOLAR</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>NS/NR</td><td>9</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> </div>									HECTÁREAS.....	1		METROS 2	2		CUADRA	3		SOLAR	4		NS/NR	9		HECTÁREAS.....	1		METROS 2	2		CUADRA	3		SOLAR.....	4		NS/NR	9		HECTÁREAS.....	1		METROS 2	2		CUADRA	3		SOLAR	4		NS/NR	9	
HECTÁREAS.....	1																																																					
METROS 2	2																																																					
CUADRA	3																																																					
SOLAR	4																																																					
NS/NR	9																																																					
HECTÁREAS.....	1																																																					
METROS 2	2																																																					
CUADRA	3																																																					
SOLAR.....	4																																																					
NS/NR	9																																																					
HECTÁREAS.....	1																																																					
METROS 2	2																																																					
CUADRA	3																																																					
SOLAR	4																																																					
NS/NR	9																																																					
1452	¿En este hogar tienen actualmente animales de crianza (excluye mascotas)?			SI 1 PASE 1454 NO 2																																																		
1453	ENTREVISTADORA: VEA EN 1442 SI TIENE TIERRAS:			SI TIENE? 1 PASE 1456 NO TIENE?..... 2 PASE 1461																																																		
1454	¿Tienen animales de las siguientes especies:			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>1455. Cuántos?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Vacas de ordeño y secas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Toros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Vaconas y terneros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Oveja?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Cerdos o chanchos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Cuyes o conejos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO	1455. Cuántos?	a. Vacas de ordeño y secas?	1	2		b. Toros?	1	2		c. Vaconas y terneros?	1	2		d. Oveja?	1	2		e. Cerdos o chanchos?	1	2		f. Cuyes o conejos?	1	2																		
	SI	NO	1455. Cuántos?																																																			
a. Vacas de ordeño y secas?	1	2																																																				
b. Toros?	1	2																																																				
c. Vaconas y terneros?	1	2																																																				
d. Oveja?	1	2																																																				
e. Cerdos o chanchos?	1	2																																																				
f. Cuyes o conejos?	1	2																																																				

		g. Caballos, asnos y mulas?	1	2	
		h. Aves (gallinas, patos, etc.)?	1	2	
		i. Otros animales?	1	2	
1456	¿Durante los últimos 12 meses , tuvieron personas contratadas para trabajar las tierras explotadas por el hogar y/o crianza de animales?	SI	1		
		NO	2		PASE 1458
1457	¿Cuántas personas contratadas trabajan?	a. Hombres.....			
		b. Mujeres.....			
1458	¿De los siguientes bienes, cuáles tienen en propiedad para las labores de cultivo y/o crianza de animales:	SI	NO	NR	1459. ¿Cuántos tienen?
			PASE SGTE. RUBRO		(NÚMERO)
	a. Arado para animales?	1	2	9	
	b. Animales de trabajo?	1	2	9	
	c. Tractor?	1	2	9	
	d. Cosechadora?	1	2	9	
	e. Bomba de agua?	1	2	9	
	f. Bomba fumigadora?	1	2	9	
	g. Camión, camioneta, etc.?	1	2	9	
	h. Planta eléctrica?	1	2	9	
	i. Comedores y bebedores?	1	2	9	
	j. Ordenadora?	1	2	9	
	k. Galpones?	1	2	9	
	l. Invernaderos?	1	2	9	
	m. Herramientas?	1	2	9	
PARTE F: ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES					
1461	¿En los últimos 12 meses , algún miembro de este hogar se ha beneficiado de los siguientes programas:				
		SI	NO	NR	
	a. Bono de desarrollo humano?	1	2	9	h. Bono de la vivienda?
	b. Maternidad gratuita y atención a la infancia?	1	2	9	i. Desayuno y almuerzo escolar?
	c. Operación Rescate Infantil – ORI?	1	2	9	j. Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?
	d. Programa del INFA (Guardería NUTRIINNFA)?	1	2	9	k. Programa de alimentación para los de la tercera edad?
	e. Crédito productivo solidario?	1	2	9	l. Otro, Cuál?
	f. Unidad móvil de salud?	1	2	9	
	g. Programa nacional de alimento y nutrición (Mi papilla y Mi bebida)	1	2	9	

ENTREVISTADORA:
REVISE EN CAPÍTULO IV, PÁGINA 17, PREGUNTA 480, SI FALTA COPIAR INFORMACIÓN DEL CARNET DE VACUNACIÓN.

XV. ANTROPOMETRÍA

ENTREVISTADORA:	VEA EN PREGUNTA 400, PÁGINA 9 SI ÚLTIMO NACIDO VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1999	Antes de 1999..... 1 PASE 1513 A partir de Enero 1999..... 2
ENTREVISTADORA:	LLENAR INFORMACIÓN DE PREGUNTA 320 (PÁGINA 7), PARA CADA NACIMIENTO A PARTIR DE ENERO DE 1999, EN PREGUNTAS 1500 HASTA 1504	

PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1500. NÚMERO DE LÍNEA NOMBRE (VEA 320)	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []
1501. ESTÁ VIVO (VEA EN 320)	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 S.COL.	VIVO..... 1 MUERTO 2 P.1510
1502. ¿Vive con usted (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 S.COL.	SI 1 NO 2 P.1510
1503. FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 320b)	DÍA [] [] MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] []	DÍA [] [] MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] []	DÍA [] [] MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] []	DÍA [] [] MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] []	DÍA [] [] MES..... [] [] AÑO..... [] [] [] []
1504. ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 SIG.COL. 60 meses o más.. 2 SIG.COL.	Menos de 60 Meses..... 1 P.1510 60 meses o más.. 2 P.1510
1505. RESULTADO DE ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ 4 MADRE RECHAZÓ 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ 4 MADRE RECHAZÓ 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ 4 MADRE RECHAZÓ 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ 4 MADRE RECHAZÓ 5 OTRO..... 8	NIÑO MEDIDO 1 NIÑO ENFERMO 2 NIÑO AUSENTE 3 NIÑO RECHAZÓ 4 MADRE RECHAZÓ 5 OTRO..... 8
1506. ESTATURA (EN CMS.)	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []
1507. MEDICIÓN DEL NIÑO	Acostado 1 Parado..... 2	Acostado 1 Parado 2	Acostado 1 Parado 2	Acostado 1 Parado 2	Acostado 1 Parado 2
1508. PESO (EN KGS.)	[] [] . [] []	[] [] . [] []	[] [] . [] []	[] [] . [] []	[] [] . [] []
1509. FECHA DE MEDICIÓN DEL PESO Y LA TALLA	DÍA [] [] MES..... [] []	DÍA [] [] MES..... [] []	DÍA [] [] MES..... [] []	DÍA [] [] MES..... [] []	DÍA [] [] MES..... [] []
1510. RESULTADO DE ANTROPOMETRÍA DE LA ENTREVISTADA	ENTREVISTADA MEDIDA..... 1 ENTREVISTADA AUSENTE..... 2 ENTREVISTADA NO DESEA SE REGISTRE DATO..... 3 OTRA, Cuál?..... 8				
1511. ESTATURA DE LA ENTREVISTADA	[] [] . [] [] Mts Cms				
1512. PESO DE LA ENTREVISTADA (EN KGS.)	[] [] [] . [] [] Kilos grs				
1513.	REVISE PREGUNTA 1504. SI HAY AL MENOS UN CÓDIGO 1 MARCADO EN LAS COLUMNAS DE LA PREGUNTA 1500, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA PERSONA VENDRÁ A LA CASA A TOMAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL ESTUDIO. AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO. REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA DEL CUESTIONARIO SELECCIÓN DE LA MUJER ENTREVISTADA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA ¡ GRACIAS !				
NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMÓ LAS MEDIDAS: _____					CÓDIGO: [] [] [] []

ECUADOR
CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
ENDEMAIN - 2004
CUESTIONARIO GASTOS DE CONSUMO DEL HOGAR



I. INFORMACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

CUESTIONARIO No.

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA				
PROVINCIA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CANTÓN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIUDAD O PARROQUIA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
Zona No:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sector No:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segmento No:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vivienda No:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA				
Calle/camino/Km.: _____				
Recinto/Caserío/Barrio: _____				
N° de la casa/Dpto./Lote: _____ Piso: _____				
D. NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR E INFORMANTE				
Nombre del o la Jefe(a) del hogar: _____				
Nombre del o la Informante: _____				

E. SEGUIMIENTO Y RESULTADO DE LA ENTREVISTA				
No. de Visita	1	2	3	4
Fecha de Visita	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>
Hora de inicio de la entrevista	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>
Hora de finalización de la entrevista	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Min <input type="text"/> <input type="text"/>
Resultado de la entrevista:	- Completa..... 1		- Rechazo..... 3	
	- Informante no disponibles 2		- Otra, cuál?..... 8	

F. PERSONAL DE CAMPO			
Nombre Entrevistador (a): _____		Nombre Supervisor (a): _____	
G. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificador(a) / digitador(a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Verificador(a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

II. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS

# O R D E N	1. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) compraron en este hogar:		2. Cada cuánto compra (producto)?		3. Qué cantidad de (producto) compra cada (frecuencia)?			4. Cuánto pagó en total?	
	SI.....1 NO.....2		FRECUECIA		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			USO OFIC	
	PRODUCTO	CÓDIGO	Anual..... 7	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	
1	Arroz?	1 2	>> 5						
2	Avena?	1 2	>> 5						
3	Fideo (lazos, concha, letras,etc)?	1 2	>> 5						
4	Galletas (Dulce y sal)?	1 2	>> 5						
5	Harina de trigo?	1 2	>> 5						
6	Pan?	1 2	>> 5						
7	Carne de res con hueso?	1 2	>> 5						
8	Carne de res sin hueso?	1 2	>> 5						
9	Carne de res molida?	1 2	>> 5						
10	Visceras (lengua, hígado, etc.)?	1 2	>> 5						
11	Pechugas, alas y piernas de pollo?	1 2	>> 5						
12	Pollo entero sin plumas?	1 2	>> 5						
13	Salchichas de res y/o pollo?	1 2	>> 5						
14	Carne de cerdo y/o borrego?	1 2	>> 5						
15	Jamón y/o mortadela?	1 2	>> 5						
16	Pescado?	1 2	>> 5						
17	Atún y/o sardina en conserva?	1 2	>> 5						
18	Camarones?	1 2	>> 5						
19	Leche pasteurizada?	1 2	>> 5						
20	Leche cruda?	1 2	>> 5						

5. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) obtuvieron en este hogar (producto): De su finca o huerto, De su tienda o negocio, Les regalaron, Les pagaron por trabajo, Intercambio de productos?		6. Cada cuánto obtienen (producto)?		7. Qué cantidad de (producto) obtienen cada (frecuencia)?		8. Cuánto tendría que pagar en total por (producto), si tuvieran que comprarlo?	
SI.....1 NO.....2		FRECUECIA		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3		USO OFIC	
		CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					
	1						
	2	>> sp					

II. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS

# O R D E N	1. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) compraron en este hogar:		2. Cada cuánto compra (producto)?		3. Qué cantidad de (producto) compra cada (frecuencia)?			4. Cuánto pagó en total?		5. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) obtuvieron en este hogar (producto): De su finca o huerto, De su tienda o negocio, Les regalaron, Les pagaron por trabajo, Intercambio de productos?		6. Cada cuánto obtienen (producto)?		7. Qué cantidad de (producto) obtienen cada (frecuencia)?			8. Cuánto tendría que pagar en total por (producto), si tuvieran que comprarlo?	
	SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			USO OFIC		SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			USO OFIC	
	PRODUCTO	CÓDIGO	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR						
21	Leche maternizada?	1 2	>> 5															
22	Huevos de gallina?	1 2	>> 5															
23	Aceite?	1 2	>> 5															
24	Mantequilla y/o margarina?	1 2	>> 5															
25	Ajo?	1 2	>> 5															
26	Acelga?	1 2	>> 5															
27	Arveja tierna?	1 2	>> 5															
28	Cebolla blanca?	1 2	>> 5															
29	Cebolla paitaña (Colorada y perla)?	1 2	>> 5															
30	Choclos?	1 2	>> 5															
31	Col?	1 2	>> 5															
32	Coliflor?	1 2	>> 5															
33	Brócoli?	1 2	>> 5															
34	Fréjol tierno?	1 2	>> 5															
35	Fréjol seco?	1 2	>> 5															
36	Habas tiernas?	1 2	>> 5															
37	Lechuga?	1 2	>> 5															
38	Lenteja?	1 2	>> 5															
39	Mellocos?	1 2	>> 5															
40	Pimiento?	1 2	>> 5															

II. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS

# O R D E N	1. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) compraron en este hogar:		2. Cada cuánto compra (producto)?		3. Qué cantidad de (producto) compra cada (frecuencia)?			4. Cuánto pagó en total?		5. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) obtuvieron en este hogar (producto): De su finca o huerto, De su tienda o negocio, Les regalaron, Les pagaron por trabajo, Intercambio de productos?		6. Cada cuánto obtienen (producto)?		7. Qué cantidad de (producto) obtienen cada (frecuencia)?			8. Cuánto tendría que pagar en total por (producto), si tuvieran que comprarlo?	
	SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			USO OFIC		SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			USO OFIC	
	PRODUCTO	CÓDIGO	Anual..... 7	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR					
41	Papa?	1 2 >> 5																
42	Remolacha?	1 2 >> 5																
43	Tomate riñón?	1 2 >> 5																
44	Yuca?	1 2 >> 5																
45	Zanahoria amarilla?	1 2 >> 5																
46	Aguacate?	1 2 >> 5																
47	Banano (Guineo seda)	1 2 >> 5																
48	Limón?	1 2 >> 5																
49	Manzana?	1 2 >> 5																
50	Mandarina?	1 2 >> 5																
51	Melón?	1 2 >> 5																
52	Mora?	1 2 >> 5																
53	Maracuyá?	1 2 >> 5																
54	Naranja?	1 2 >> 5																
55	Naranjailla?	1 2 >> 5																
56	Plátano maduro?	1 2 >> 5																
57	Plátano verde?	1 2 >> 5																
58	Papaya?	1 2 >> 5																
59	Piña?	1 2 >> 5																
60	Tomate de árbol?	1 2 >> 5																

II. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS

# O R D E N	1. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) compraron en este hogar:		2. Cada cuánto compra (producto)?		3. Qué cantidad de (producto) compra cada (frecuencia)?				4. Cuánto pagó en total?		5. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) obtuvieron en este hogar (producto): De su finca o huerto, De su tienda o negocio, Les regalaron, Les pagaron por trabajo, Intercambio de productos?		6. Cada cuánto obtienen (producto)?		7. Qué cantidad de (producto) obtienen cada (frecuencia)?				8. Cuánto tendría que pagar en total por (producto), si tuvieran que comprarlo?	
	SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3				USO OFIC		SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3				USO OFIC	
	PRODUCTO	CÓDIGO	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR								
61	Sandía?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
62	Uva?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
63	Azúcar refinada?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
64	Café soluble?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
65	Sal?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
66	Agua mineral?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
67	Agua sin gas?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
68	Gaseosas?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
69	Licores?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
70	Cigarrillos?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
71	Otro, cuál?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
72	Otro, cuál?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
73	Otro, cuál?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
74	Otro, cuál?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						
75	Otro, cuál?	1 2	>> 5										1 2	--> sp						

III. FRECUENCIA Y VALOR DE LAS COMPRAS DE ALIMENTOS EN SUPERMERCADOS

APLIQUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI EN EL HOGAR COMPRARON ALIMENTOS, BEBIDAS Y CIGARRILLOS EN EL SUPERMERCADO Y NO RECUERDAN LOS PRECIOS UNITARIOS	1. Con qué frecuencia compran ALIMENTOS, BEBIDAS y CIGARRILLOS en el supermercado? - Diario..... 1 - Semanal..... 2 - Quincenal..... 3 - Mensual..... 4	2. Cuál fue el valor total de la compra..... (Frecuencia)..... solo de alimentos, bebidas y cigarrillos? <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DOLARES
--	--	---

OBSERVACIONES

IV. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS NO ALIMENTICIOS

PARTE A: GASTOS SEMANALES					
1. Durante la semana pasada, los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
i	Buses, busetas, taxis: urbanos, interparroquiales, intercantonales, interprovinciales, etc. ?. (Excluye el transporte escolar)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
ii	Periódico y revistas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
iii	Llamadas telefónicas, tarjetas de teléfono público, telegramas, correo, estampillas, Internet en Ciber ?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
iv	Lotería, rifas, bingos, cadenas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
v	Combustibles y lubricantes para vehículos del hogar?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
vi	Peaje, garaje o parqueadero?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
vii	Dinero dado a los miembros del hogar menores de 15 años?	SI 1		>> SR	
		NO 2			

PARTE B: GASTOS MENSUALES					
a) PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DEL HOGAR					
1. Durante el mes pasado, los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
i	Jabón para ropa y platos (barra o crema), detergente, almidón, suavizante, blanqueador, pinzas para colgar ropa? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
ii	Betún, tinta de zapatos, pulimento, barniz?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
iii	Escobas, cepillos para piso, cepillos para ropa, cepillos para zapatos, trapeadores, rasqueteadores, limpión, esponjas?(INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
iv	Fósforos y velas? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
v	Focos, linternas, pilas y baterías?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
vi	Cera para pisos, desinfectante, desodorante ambiental, funguicidas e insecticidas para la vivienda? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			

CONTINÚE....

a) PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DEL HOGAR					
1. Durante el mes pasado, los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
vii	Papel higiénico, servilletas, papel absorbente? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
b) PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO PERSONAL					
viii	Corte de pelo, peinados, permanentes, tintes, rizados y afeitado?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
ix	Maquillaje, manicure, pedicura, depilación ?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
x	Sauna, baño turco, masaje, gimnasio, piscina?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xi	Aceite para niño, brillantina, gel, bronceador, repelente, talco, vaselina, desmaquillante ? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xii	Pañales desechables? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xiii	Afeitadora desechable y repuestos, tijeras, limas, rulos, corta uñas, pinzas ? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xiv	Guantes para cocinar y/o lavar? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xv	Esmalte de uñas, base, sombras, lápiz labial, polvo, delineador, rimel? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xvi	Cepillos y pasta de dientes, hilo dental, enjuague bucal? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xvii	Cepillos, peinillas, peines para el cabello? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xviii	Shampoo, jabón de tocador, rinse, crema, fijador, acondicionador y espuma de afeitar? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xix	Colonia, desodorantes, loción y perfumes? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xx	Toallas sanitarias, tampones, pañuelos desechables y anticonceptivos? (INCLUYE AUTOCONSUMO)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
c)	ENCUESTADOR(A): SI EN ESTE HOGAR REALIZAN LAS COMPRAS DE PRODUCTOS DE CUIDADO DEL HOGAR Y PERSONAL EN SUPERMERCADOS Y NO CONOCEN LOS PRECIOS UNITARIOS , REGISTRE EL VALOR TOTAL DE LA COMPRA EN EL ÚLTIMO MES				<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> DÓLARES

IV. GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS NO ALIMENTICIOS

d) SERVICIOS PARA EL HOGAR					
1. Durante el mes pasado					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
xxi	Empleada doméstica, lavandera, chofer, jardinero, guardián?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxii	Lavado y planchado en seco?. (Incluye reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
d) ESPARCIMIENTO, DIVERSIÓN Y CULTURA					
xxiii	Casetes, CDs, DVDs, rollos fotográficos, pilas, posters, flores?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxiv	Servicio de TV cable, alquiler de películas, cine , teatro, discoteca, peñas, fútbol, y otros espectáculos?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxv	Libros, suscripciones a periódicos y revistas, Internet?. (Excluye textos escolares)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xvi	Alimentación y alojamiento de miembros del hogar que por motivos de estudio se encuentran fuera del hogar?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
e) SEGUROS					
xxvii	Pago del seguro social de empleados domésticos y aporte voluntario de los miembros del hogar?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxviii	Seguros de salud privados, seguro del vehículo e incendios?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
PARTE C: GASTOS ÚLTIMOS 12 MESES					
a) PRENDAS DE VESTIR Y CALZADO					
1. Durante los últimos 12 meses					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
i	Prendas de vestir ?. (Excluye los uniformes escolares)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
ii	(Incluye reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
iii		SI 1		>> SR	
		NO 2			
iv	Confección y reparación de prendas de vestir?	SI 1		>> SR	
		NO 2			

1. Durante los últimos 12 meses					1a. en () ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
v		SI 1		>> SR	
		NO 2			
vi	(Incluye la reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
vii		SI 1		>> SR	
		NO 2			
viii	uso del hogar?. combustibles y lubricantes)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
ix	electrodomésticos?. (Incluye la reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
x		SI 1		>> SR	
		NO 2			
xi	(Incluye la reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xii	naturaleza?. (Incluye la reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xiii	deportivos?. (Incluye su reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xiv	naturaleza?. (Incluye su reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xv	(Incluye su reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xvi		SI 1		>> SR	
		NO 2			
xvii	Motocicleta y bicicleta?	SI 1		>> SR	
		NO 2			

IV: GASTOS DEL HOGAR EN PRODUCTOS NO ALIMENTICIOS

h) SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE Y TOURS					
1. Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
xxviii	Pago de fletes y mudanzas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xix	Pasajes por vía aérea nacional e internacional?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xx	Hoteles, hosterías y giras turísticas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
i) SERVICIOS PROFESIONALES Y PRIMAS DE SEGURO					
xxi	Servicios financieros y jurídicos?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxii	Primas de seguro de vida, robos, vehículos y otros?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
J) OTROS GASTOS					
xxiii	Fiestas, bautizos, matrimonios, cumpleaños, regalos y otras fiestas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxiv	Funerales?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxv	Pago de artículos adquiridos a crédito antes de los últimos 12 meses?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
k) IMPUESTOS, TASAS Y OTRAS TRANSFERENCIAS					
1. Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
xxvi	Impuesto a la renta, impuesto a la propiedad, al traspaso de bienes inmuebles, al traspaso de vehículos y otros impuestos?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxvii	Matrícula de vehículos, licencias de manejo, permisos de manejo, multas y otros?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxviii	Impuestos por herencia, legados, loterías y rifas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxix	Aportación a clubes, asociaciones profesionales, gremiales, culturales y deportivas?	SI 1		>> SR	
		NO 2			

1. Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar gastaron dinero en:					1a. Cuánto gastaron en (rubro de gasto) ?
#	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO		VALOR	
xxx	Pago por pensión de alimentos?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxxi	Envío de dinero a bienes a familiares o amigos que no son miembros del hogar?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
xxxii	Donaciones a instituciones de caridad?	SI 1		>> SR	
		NO 2			
I) ARTEFACTOS Y EQUIPO ORTOPÉDICO					
xxxiii	Lentes, prótesis dentales, aparatos ortopédicos? (Incluye reparación)	SI 1		>> SR	
		NO 2			

OBSERVACIONES

V. GASTOS PERSONALES FUERA DEL HOGAR - PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD	
--	--

[illegible][illegible]

ECUADOR
CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL
ENDEMAIN 2004
FORMULARIO DE PRECIOS

IDENTIFICACIÓN				
	CÓDIGO		CÓDIGO	PERSONAL RESPONSABLE
1. REGIÓN:		6. ZONA		SUPERVISOR:
2. PROVINCIA:		7. SECTOR		FECHA:
3. CANTÓN:				DIGITADOR:
4. PARROQUIA:				FECHA:
5. COMUNIDAD/BARRIO:				

#	PRODUCTO/ARTÍCULO	COTIZACIÓN 1		COTIZACIÓN 2		CÓDIGO
		SITIO	PRECIO	SITIO	PRECIO	

A. ALIMENTOS Y BEBIDAS

1	Arroz - grano entero - blanco - 1 libra				
2	Avena - Quaker - funda de 500 gramos				
3	Fideo (Lazos, concha, letras, etc) - funda de 500 gramos				
4	Harina de trigo - 1 libra				
5	Pan de harina de trigo - 1 unidad				
6	Carne de res con hueso - costilla - fresca - 1 libra				
7	Carne de res sin hueso - pulpa - fresca - 1 libra				
8	Visceras (lengua, hígado, etc.) - 1 libra				
9	Pechugas, alas y piernas de pollo - 1 libra				
10	Pollo entero - pelado - de 3 a 5 libras				
11	Mortadela - 250 gramos				
12	Pescado - fresco - 1 libra				
13	Atún 1 lata de 184 gramos				
14	Camarones - 1 libra				
15	Leche pasteurizada - 1 funda de 1 litro				
16	Leche cruda - 1 litro				
17	Huevos de gallina - mediano - fresco - 1 unidad				
18	Aceite vegetal - Cocinero - 1 botella				
19	Mantequilla - empaque de sal - 1 paquete de 300 gramos				
20	Arveja tierna - verde - desgranada - 1 libra				
21	Cebolla blanca atado - mediano - 1 atado				
22	Cebolla paitaña (Colorada y perla) - 1 libra				
23	Fréjol tierno - desgranado - 1 libra				
24	Fréjol seco - 1 libra				
25	Lechuga - mediana - 1 unidad				
26	Lenteja - 1 libra				
27	Pimiento - 1 libra				
28	Papa chola - mediana - 1 libra				
29	Tomate riñón - mediano - fresco - 1 libra				

SITIO COTIZACIÓN	
- Mercado/plaza.....	1
- Feria libre.....	2
- Tienda.....	3
- Supermercado.....	4
- Carretilla/carro.....	5
- Carnicería.....	6
- Almacén.....	7
- Ambulante.....	8
- Otro, cuál?.....	88

#	PRODUCTO/ARTÍCULO	COTIZACIÓN 1		COTIZACIÓN 2		CÓDIGO
		SITIO	PRECIO	SITIO	PRECIO	
30	Yuca - mediana - fresca - crema - 1 pedazo					<div>SITIO COTIZACIÓN</div> <div> - Mercado/plaza..... 1 - Feria libre..... 2 - Tienda..... 3 - Supermercado..... 4 - Carretilla/carro..... 5 - Carnicería..... 6 - Almacén..... 7 - Ambulante..... 8 - Otro, cuál?..... 88 </div>
31	Zanahoria amarilla - fresca - 1 libra					
32	Banano (Guineo seda) - medianos - frescos - 5 unidades					
33	Limón sutil - 25 unidades					
34	Mandarina - mediana - 25 unidades					
35	Mora - buen estado - 1 libra					
36	Naranja - mediana - 25 unidades					
37	Plátano maduro - mediano - 3 unidades					
38	Plátano verde - mediano 3 unidades					
39	Papaya - mediana - 1 unidad					
40	Piña - mediana - 1 unidad					
41	Tomate de árbol - mediano - 25 unidades					
42	Sandía - mediana - 1 unidad					
43	Uva - 1 libra					
44	Azúcar refinada - blanca - 1 libra					
45	Café soluble - 1 vaso de 100 gramos					
46	Sal refinada - 1 libra					
47	Agua mineral - 1 botella					
48	Gaseosas - Coca cola - 1 botalle de 1 litro					

B. ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL Y DEL HOGAR

#	PRODUCTO/ARTÍCULO	COTIZACIÓN 1		COTIZACIÓN 2		CÓDIGO
		SITIO	PRECIO	SITIO	PRECIO	
49	Detergente - granulado - 1 funda de 200 gramos					<div>SITIO COTIZACIÓN</div> <div> - Mercado/plaza..... 1 - Feria libre..... 2 - Tienda..... 3 - Supermercado..... 4 - Carretilla/carro..... 5 - Carnicería..... 6 - Almacén..... 7 - Ambulante..... 8 - Otro, cuál?..... 88 </div>
50	Jabón de lavar - mediano azul - 1 paquete					
51	Papel higiénico - de color - 1 rollo					
52	Toallas sanitarios tradicionales - 10 unidades					
53	Escoba nacional - 1 unidad					
54	Foco de luz - 60 wats- nacional - 1 unidad					
55	Desodorante - nacional - 1 unidad					
56	Jabón de tocador - nacional - 1 unidad					
57	Pasta dental - familiar - nacional - 1 tubo					
58	Shampoo normal - nacional - Envase de 200 cc					
	Fósforos - 1 caja pequeña					
	Velas - grande - 1 unidad					