

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:	<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. 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 <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		- 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)	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Digitador(a)	<input type="text"/> <input type="text"/>			

II. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

Registre el nombre y apellidos de todas las personas que **COMEN Y DUERMEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR:**

Sexo de (.....)

Cuántos años cumplidos tiene(.....)?

Cuál es el **parentesco** de (.....) con el JEFE(A) de este hogar?

MENOS DE 12 AÑOS
Pase >> 301, Pág. 1

Hombre ... 1

Mujer 2

MENOS DE 1 AÑO = 00

AÑOS

- 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

Cuál es el estado civil o conyugal actual de (.....)?

- Unión libre..... 1
- Casado..... 2
- Separado..... 3
- Divorciado..... 4
- Viudo..... 5
- Soltero..... 6

CP	201	202	203	204	205
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

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>(.....) Durante los últimos 12 meses (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 - Particular?..... 2 - Municipal, del Consejo Provincial, Fiscomisional, de la JBG?..... 3</p>	<p>Durante los últimos 12 meses (de.....a.....) cuánto pagó por concepto de uniformes, matrícula o inscripción de (.....)?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p>	<p>Durante los últimos 12 meses (de.....a.....) cuánto pagó por concepto de textos, útiles y material escolar de (.....) ?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p>	<p>Durante el mes pasado o el último que pagó, cuánto canceló por concepto de pensión de (.....)?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p>	<p>Durante el mes pasado o el último que pagó, cuánto gastó por concepto de transporte escolar y/o pasajes de (.....)?</p> <p>NO GASTÓ=00</p> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p>	<p>Durante el mes pasado o el último que pagó, cuánto canceló por concepto de cuotas u otros gastos relacionados con la educación de (.....)?</p> <p>NO PAGÓ = 00</p> <p style="text-align: center;">DÓLARES</p> <p style="text-align: center; color: magenta;">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 - Costo..... 2 - Trabajo..... 3 - Lab. Domésticas..... 4 - Terminó los estudios..... 5 - Enfermedad..... 6 - Falta de establecimiento o profesores..... 7 - Embarazo..... 8 - Distancia, transporte..... 9 - Otra, cuál?..... 88</p>	<p>Cuál es o fue el nivel de instrucción más avanzado que (.....) aprobó?</p> <p>- Ninguno..... 1 >> 312 - Educación Básica de Adultos (E.B.A.) 2 - Preprimario..... 3 - Primaria 4 - Secundaria 5 - Superior 6 - Postgrado 7</p>	<p>Qué grado, curso o año aprobó (.....) ?</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">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

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)....?	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)....?	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?	Cuando (.....) llegó al (establecimiento o proveedor de salud)....quién le atendió:	
	- 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/Policía..... 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	511						
	- 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							
	509	510	511	512	513	514	515	

	CP →	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)										
PRIMER PANEL												

	CP →	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)										
SEGUNDO PANEL												

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: - Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 >> 532 - Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2>> 529 - Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera curandero, etc. ?..... 3>> 541 - Se automedicó..... 4>> 544 - Siguió el tratamiento del médico?..... 5>> 544 - Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?.... 6 PASE >> 546, Pág. 8 - No hizo nada?..... 7	Cuál fue el motivo por el que (.....) no hizo nada para resolver el [la](problema de salud).....? - Enfermedad o accidente leve..... 1 - No tuvo tiempo.....2 - El centro de atención queda lejos..... 3 - Muy caro.....4 - Atención de mala calidad..... 5 - Falta de dinero.....6 - No pudo dejar la casa o a los niños?..... 7 - Conoce la enfermedad..... 8 - No puede dejar de trabajar..... 9 - Otro, cuál..... 88	(.....) a dónde acudió o quién le atendió por el [la](problema de salud).... esta vez? - 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	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?			
	SI.....1 Pase>>557, Pág. 9 NO.....2	Pase >> 557, Pág. 9		} 531		NOMBRE ESTABLECIMIENTO	PROVINCIA	CANTÓN
	526	527	528	529	530			

	CP →	PARTE B: PRIMER PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)							→
PRIMER PANEL									

	CP →	PARTE C: SEGUNDO PROBLEMA DE SALUD (PERSONAS ENFERMAS)							→
SEGUNDO PANEL									

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 style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> UNIDAD TIEMPO - Minutos... 1 - Horas..... 2 </div>	En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> NO GASTÓ = 00 </div>	Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> UNIDAD TIEMPO - Minutos... 1 - Horas..... 2 </div>	Cuando (.....) llegó al (establecimiento o proveedor de salud).....quién le atendió esta vez: (múltiples respuestas) - 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 esta vez ? (Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud) - Si..... 1 - No..... 2	(.....) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio esta vez ? (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. esta vez ? - Si..... 1 - No..... 2	
	FORMA	Cuánto pagó?		Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?	Cuánto pago?
	COD	PERSONA	SEGURO / OTRO	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD
	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES

PASE >>553, Pág. 9

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 ? NO PAGÓ = 00	(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios esta vez ? - Si..... 1 - No..... 2	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 pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse, esta vez ? NO PAGÓ ANOTE 00 PASE >>553, Pág. 9 ENFERMEDAD CRÓNICA Pase >> 557, Pág. 9	(.....) dónde estuvo hospitalizado? - 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	Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? UNIDAD TIEMPO - Días..... 1 - Semanas..... 2 - Meses..... 3	Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización: (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) - 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	TIEMPO	UT	FORMA COD	PERSONA DÓLARES	SEGURO/ OTRO 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)

PARTE B: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

CP		560		561		562		563		564		565		566		567		568	
CP	→									←									→
1																			1
2																			2
3																			3
4																			4
5																			5
6																			6
7																			7
8																			8
9																			9
10																			10

(.....) 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.?

Excluya control del embarazo

SI.....1

NO.....2
Pase >> 572, Pág. 11

A partir de esta pregunta se diligencia persona por persona en forma horizontal

(.....) a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su 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?..... 88

Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió ir a ese(establecimiento de salud o proveedor de salud).....?

- 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

Cuánto tiempo le tomó (.....) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud).....?

UNIDAD TIEMPO

- Minutos..... 1
- Horas..... 2

TIEMPO | **U.T**

En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).... ?

NO GASTO = 00

DÓLARES

Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan?

UNIDAD TIEMPO

- Minutos..... 1
- Horas..... 2

TIEMPO | **U.T**

(.....) qué atención o servicios de salud (vacunas, control del crecimiento, consultas, examen dental, laboratorio, rayos x, etc.) que (.....) recibió?

(múltiples respuestas)

- 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

Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido:

(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)

- 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

FORMA

FORMA	Cuánto pagó?	
	PERSONA	SEGURO/ OTRO
COD	DÓLARES	DÓLARES

Compró (.....) medicamentos, se hizo exámenes o efectuó otros gastos?

(Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)

- Si..... 1
- No..... 2

Cuánto pago?

COD | **DÓLARES**

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

PARTE B: SALUD PREVENTIVA - ÚLTIMOS 30 DÍAS			PARTE C: HOSPITALIZACIÓN - ÚLTIMOS 12 MESES									
Cuando acudió (Establecimiento o proveedor de salud)..... para el chequeo o control, (.....) o algún familiar , faltó o dejó de trabajar? - Solo paciente... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3 - No faltó..... 4 - No trabaja..... 5	Cuántos días faltó o faltaron? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">MENOS DE 1 DÍA=00</div>	Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">NO PERDIÓ =00</div>	Durante los últimos 12 meses (de.....a), tuvo alguna enfermedad o accidente (incluye problemas de embarazo) por el cual (.....) estuvo hospitalizado(a)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">Excluye atención del parto</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto; margin-top: 10px;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto; margin-top: 10px;">NO.....2 Pase >> 601, Pág. 13</div>	Cuál(es) fueron la (s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (.....) tuvo que hospitalizarse? 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	(.....) dónde estuvo hospitalizado la última vez? - 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	Cuánto tiempo estuvo hospitalizado la última vez? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">UNIDAD TIEMPO</div> - Días..... 1 - Semana: 2 - Meses... 3	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) - 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	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				
									DÍAS	DÓLARES	PROBLEMA DE SALUD 1o 2o	TIEMPO UT
CP	569	570	571	572	573	574	575	576		577		
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 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: (múltiples respuestas)	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?
- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No..... 2		- Si..... 1 - No..... 2		SI.....1 Pase >>601, Pág. 13 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			- Solo paciente..... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3 - No faltó..... 4 - No trabaja..... 5 } 601	MENOS DE 1 DÍA=00	NO PERDIÓ =00
	Cuánto pagó?		Cuánto pagó?		Cuánto pagó?			VECES	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES
CP	578	579	579	580	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

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?	
UNIDAD TIEMPO Minutos..... 1 Horas.....2		UNIDAD MEDIDA - Minutos.. 1 - Horas.....2		NO PAGÓ = 00		NO PAGÓ = 00		- 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.....1 NO.....2 Pase >> 701, Pág. 16		- Hospital Público..... 1 - Centro de Salud Público... 2 - Subcentro de Salud Públic 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 - En casa con familiar..... 15 - Parto sola..... 16 - Otro, Cuál?..... 88		- Centro de atención queda lejos..... 1 - No hay transporte..... 2 - Precios altos..... 3 - No tiene con que pagar..... 4 - No hay equipos..... 5 - Mala reputación..... 6 - Malos tratos..... 7 - Cuestiones culturales..... 8 - Otra, cuál?..... 88	
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).....? - 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 style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">UNIDAD TIEMPO</div> - Minutos.. 1 - Horas.....2	En total, cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">NO GASTÓ ANOTE 00</div>	Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., cuánto tiempo esperó para que le atiendan? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">UNIDAD TIEMPO</div> - Minutos. 1 - Horas... 2	Cuánto gastó (.....) en el parto? (incluya atención, medicinas, exámenes de laboratorio, servicios médicos, materiales, etc) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">NO PAGÓ ANOTE 00</div>	Cuando dió a luz, (.....) o algún familiar faltó o dejó de trabajar? - Solo paciente... 1 - Paciente y familiar..... 2 - Solo familiar..... 3 - No faltó..... 4 - No trabaja..... 5	Cuántos días en total faltó o faltaron? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">MENOS DE 1 DÍA=00</div>	Cuánto ingreso perdió o perdieron por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">NO PERDIÓ =00</div>		
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

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

902. MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO
(Por observación)

- ↓ Paja , desechos o latas..... 1
- Zinc, eternit 2
- Losa, teja..... 3
- Otro, cuál?:..... 8

903. MATERIAL PREDOMINANTE DE PAREDES
(Por observación)

- ↓ Bahareque /caña..... 1
- Madera burda..... 2
- Tapia o adobe..... 3
- Bloque o ladrillo..... 4
- Otro, cuál?:..... 8

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

905. De cuántos cuartos dispone este hogar (no incluye baños, cocina, pasillos, garajes)?

NÚMERO DE CUARTOS

906. Cuántos cuartos utilizan en este hogar en forma exclusiva para dormir ?

DORMITORIOS

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

909. Cuánto gastó en total durante el mes pasado en combustible para cocinar (excepto electricidad)?

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ = 00)

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

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

913. Cuánto pagó el mes pasado por el agua que consumieron en el hogar?

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ =00) >>914

913(a). De cuántos meses pagó? MESES

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

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

916. Cuál es la principal fuente 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

917. Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar ?

- ↓ - Empresa eléctrica pública 1
- Planta eléctrica privada 2
- Vela 3 } 919
- Lámpara (gasolina o gas)..... 4
- Ninguno 5 ➔ 920

918. Cuánto pagó el mes pasado por la electricidad que consumieron en el hogar?

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ=00) >>920

918(a). De cuántos meses pagó? MESES

PASE >> 920

919. Cuánto gastó el mes pasado por concepto de velas o combustible para el alumbrado del hogar?

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ = 00)

920. Tiene este hogar servicio telefónico? (Excluye los celulares)

- ↓ Si 1
- No..... 2 ➔ 922

921. Cuánto pagó el mes pasado por el servicio telefónico?

VALOR DÓLARES
(NO PAGÓ=00) >>922

921(a). De cuántos meses pagó? MESES

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 DÓLARES
(NO PAGÓ = 00)

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 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 aplicar 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?		

936z. 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

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?

DÓLARES

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?
	RUBRO DE GASTO	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?
	RUBRO DE GASTO	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?
	RUBRO DE GASTO	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 border="1"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>- Pidió prestado a un familiar ?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Pidió prestado a un amigo?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Fió en la tienda?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Dejó de comprar algunos productos?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Vendió algún animal ?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Gastó de sus ahorros?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Utilizó tarjeta de crédito?.....1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>- Otra, cuál?.....1</td> <td align="center">1</td> <td 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? SI.....1 NO.....2	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?
	BIEN	CÓDIGO	NÚMERO	AÑOS
	945 →		946 →	947 →
a	Refrigeradora?			948 →
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

949. Este hogar tiene tierras (fincas, parcelas, lotes, etc.) de cualquier tamaño, destinadas al **cultivo o crianza de animales?**

- SI..... 1

- NO..... 2 → **957**

950. Estas tierras son:

(Puede marcar más de una alternativa de respuesta)

- Propias?..... 1

- Tomadas en arriendo?..... 2

- Tomadas al partir?..... 3

- Recibidas en usufructo?..... 4

- Recibidas por servicios?..... 5

- Tierras comunales?..... 6 → **957**

ENCUESTADOR(A)

SI TIENE MARCADO AL CÓDIGO 1, PASE A 951

951. Tiene algún documento que le acredite la propiedad de la tierras?

- SI..... 1

- NO..... 2 >> **953**

952. A nombre de quién está el documento?

CP	CP	CP	NS
----	----	----	----

953.Cuál es la superficie total de las tierras **propias** que el hogar tiene?

CÓDIGO	
Hectárea.....	1
Metros ²	2
Cuadra.....	3
Solar.....	4

SUPERFICIE	COD

954. Las tierras **propias** tienen riego?

- SI..... 1

- NO..... 2

955. 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)

DÓLARES

Si en P950 marcó únicamente el código 1 PASE >> 957, caso contrario continúe

956.Cuál es la superficie de las tierras tomadas en arriendo, al partir, usufructo o por servicios?

TIERRAS	SUPERF.	COD	Hectárea.....	1
- Arriendo.....			Metros ²	2
- Al partir.....			Cuadra.....	3
- Usufructo o servicios....			Solar.....	4

957. En este hogar tienen **actualmente** animales de crianza (Excluya mascotas)?

- SI..... 1

- NO..... 2 →

Si en P949, cód. 1 , Pase >> 959

Si en P949, cód 2 , Pase >> 964

958. Tienen animales de la siguiente especie:

(Puede marcar más de una alternativa de respuesta)

- Vacas de ordeño y secas?..... 1 >> **Cuántos?** _____\

- Toros?..... 2 >> **Cuántos?** _____\

- Vaconas y terneros?..... 3 >> **Cuántos?** _____\

- Ovejas?..... 4 >> **Cuántos?** _____\

- 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?** _____\

959. Durante los últimos 12 meses, tuvieron personas contratadas para trabajar las tierras explotadas por el hogar y/o crianza de animales?

	1 >> Cuántos?	Hombres	Mujeres
- SI.....	1 >> Cuántos?		
- NO.....	2		

De los siguientes bienes, cuáles tienen en propiedad para las labores de cultivo y/o crianza de animales:

	BIEN	COD	NÚMERO	AÑOS	DÓLARES
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	Comederos y bebederos?				
j	Ordeñadora?				
k	Galpones?				
l	Invernaderos?				
m	Herramientas?				

PARTE F: ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES

964. En los últimos 12 meses (de.....al.....), algún miembros de este hogar se ha beneficiado de los siguientes programas:

	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 GEOGRAFICA 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 _____	Día _____	Día _____	Día _____
	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____
Hora de inicio de la entrevista	Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____
	Min. _____	Min. _____	Min. _____	Min. _____
Hora de finalización de la entrevista	Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____
	Min. _____	Min. _____	Min. _____	Min. _____
Resultado (*)	_____	_____	_____	_____
(*) 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				_____
Nombre Supervisor(a)				_____
III. DATOS DE PROCESAMIENTO				
	Código	Día	Mes	
Codificado	_____	_____	_____	
Digitado	_____	_____	_____	

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		Edad (Años cumplidos) MENOS DE 1 AÑO = 00	Relación de parentesco con el Jefe(a) del hogar						Elegibilidad de MEF
		Hombre 1	Mujer 2		Jefe(a)..... 1	Cónyuge 2	Hijo - hija 3	Otros parientes 4	Otros no parientes 5	Empleada(o) domestica(o) 6	
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 <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
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 99
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 SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.</u>		
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: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Provincia: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> OTRO PAÍS:..... 3 País: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
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> <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> <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> <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> <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> <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> <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)	_____ 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"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 999
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON..... <input type="text"/> <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"/> <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: <i>Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s)</i>	
314	¿En qué mes y año tuvo el parto de su último nacido muerto?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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.*

- **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. _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	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. _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	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. _____ ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	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. _____ 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"/>
05. _____ 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"/>
06. _____ 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"/>
07. _____ 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"/>
08. _____ 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"/>

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 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
NOVENO ANTERIOR						
10. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO ANTERIOR						
11. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO PRIMERO ANTERIOR						
12. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO SEGUNDO ANTERIOR						
13. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO TERCERO ANTERIOR						
14. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO CUARTO ANTERIOR						
15. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO QUINTO ANTERIOR						
16. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO SEXTO ANTERIOR						
17. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO SÉPTIMO ANTERIOR						
18. _____	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	SI.... 1 SGTE. COL NO... 2 PASE e.	<u> </u> <u> </u> PASE SIG. NIÑO	MES <u> </u> AÑO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	DÍAS..... 1 <u> </u> <u> </u> MESES.... 2 <u> </u> <u> </u> AÑOS.....3 <u> </u> <u> </u>
DÉCIMO OCTAVO ANTERIOR						

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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 3 <input type="text"/> <input 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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES DE EDAD..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input 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 type="text"/> <input type="text"/> <input 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)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></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. AGUA?.....</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. LECHE QUE NO ERA DE SU 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>C. OTROS LÍQUIDOS, JUGOS?.....</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. COMIDA SÓLIDA O ESPESA?.....</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. PAPILLA O PURÉS?.....</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. 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
	SI	NO	NS/NR																							
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 style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" 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					
419 NOMBRE					
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 AÑOS..... 2 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 IEES..... 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	 Código	 Código	 Código	 Código	 Código
426 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES.....	MESES.....	MESES.....	MESES.....	MESES.....
427 ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES....	No. DE CONTROLES....	No. DE CONTROLES....	No. DE CONTROLES....	No. DE CONTROLES....
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 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	<input type="text"/> Código				
		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				
432	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, 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
433	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	SEMANAS <input type="text"/> 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				
435	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 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
439	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE)?		DÍAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>

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): <input type="text"/>
	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 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/>
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)	
	A. PASABA CON MUCHO SUEÑO O NO RESPONDÍA AL HABLAR?	SI 1 NO 2 NS / NR 9
	B. BEBÍA AGUA U OTROS LÍQUIDOS CON MUCHA SED?	SI 1 NO 2 NS / NR 9
	C. ESTUVO DESGANADO PARA MAMAR, BEBER AGUA Y OTROS LÍQUIDOS	SI 1 NO 2 NS / NR 9
	D. LE OFRECÍA LÍQUIDOS DE BEBER Y NO BEBÍA NADA?	SI 1 NO 2 NS / NR 9
	E. TENÍA LOS OJOS HUNDIDOS?	SI 1 NO 2 NS / NR 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?	<table border="1"> <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 IESS / 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 IESS / 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 IESS / 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?	<table border="1"> <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?	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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UN DÍA / COMENZÓ HOY..... 00 PASE 472 MÁS DE UN MES 33 NS / NR..... 99																																				
471	¿Todavía tiene esta enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2																																				
472	(NOMBRE) (LÉALE UNA A UNA)	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>B. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>C. Le dieron ataques?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D. Vomitaba todo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>E. Se le hundía el pecho?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>F. Hacía ruido al respirar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>G. Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>H. Le silbaba o le roncaba el pecho?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>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	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>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>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>C. Le dio algún descongestionante?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D. Le dio antibióticos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>E. Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>F. Le hospitalizaron?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>G. Le dio algo más, Qué?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>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..... 1 NO..... 2 PASE 476																																				
475	¿Dónde o quién consultó primero?	HOSPITAL DEL MSP..... 01 UNIDADES DE SALUD DEL MSP..... 02 HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL IEISS / 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	<p>ENTREVISTADORA: TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO.</p> <p>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 SEGÚN MADRE.</p>																																																																																																																																																																																																																									
<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. _____ 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 } PASE 514 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. _____ 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. _____ B. _____ C. _____		
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:																																																																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI TUVO</th> <th>NO TUVO</th> <th>NS / NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. La placenta se quedó dentro, no salía?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>b. No le venían los dolores / contracciones?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>c. El parto se demoró más de lo normal?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>d. Se adelantó el parto?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>e. Se rompió el agua de fuente antes de tiempo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>f. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>g. Cadera estrecha?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>h. Sangrado abundante?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>i. Infección / Sepsis?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>j. El bebé no respiraba / no lloraba?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>k. Parto gemelar?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>l. El bebé no se movía?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>m. El bebé se tomó el agua de fuente?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>n. Cordón envuelto en el cuello del bebé?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>o. Otro, Cuál?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		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	
	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"/> 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"/> <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"/> <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?	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	<p>ENTREVISTADORA: VEA 602 (PÁGINA 22) EN LA LINEA 2 SI ESTÁ O NO ESTERILIZADA ¿ESTÁ ESTERILIZADA?</p>	<p>SI ESTÁ ESTERILIZADA..... 1 PASE 705 NO ESTÁ ESTERILIZADA..... 2</p>
701	<p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300 (PÁGINA 6): NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quisiera tener un (otro) hijo / hija o preferiría no tener (más) hijos / hijas?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Después del hijo / hija que está esperando, quisiera tener otro hijo / hija o preferiría no tener más hijos / hijas?</p>	<p>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</p>
702	<p>VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo / hija?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 705 AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE 705 PRONTO / AHORA 994 PASE 705 MENOPÁUSICA (ESTÉRIL) 995 PASE 705 OTRO, Cuál?..... 998 NO SABE 999</p>
703	<p>VEA: 300 (PÁGINA 6) Y 320c (PÁGINA 7) ESTÁ EMBARAZADA Y / O TIENE HIJO(S) VIVO(S)</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 PASE 705</p>
704	<p>VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>De quedar embarazada otra vez, ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo / hija menor?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo / hija que está esperando, cuando nazca su próximo hijo / hija?</p>	<p>AÑOS DE EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 99</p>
705	<p>VEA 320c (PÁGINA 7): TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>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?</p> <p>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA</p>	<p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA, Cuál?..... 88</p>
706	<p>VEA 700 SI LA MUJER ESTÁ ESTERILIZADA</p>	<p>SI..... 1 PASE 800 NO..... 2</p>
707	<p>VEA 701 Y COPIE LA RESPUESTA</p>	<p>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</p>

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)	
	TEMA	
	a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	1 2 9
	b. El aparato reproductor femenino / masculino?	1 2 9
	c. La menstruación o regla?	1 2 9
	d. Las relaciones sexuales?	1 2 9
	e. El embarazo y el parto?	1 2 9
	f. Los métodos anticonceptivos?	1 2 9
	g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH / SIDA?	1 2 9
803	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	MES [][] AÑO [][][][] NUNCA HA TENIDO..... 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR..... 888888 NS / NR..... 999999
804	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS [][] 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 PASO 5 NS / NR 9
806	¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)	AÑOS [][] 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 [][] AÑOS 2 [][] 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 border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">NIVEL</th> <th colspan="4">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</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 6</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6+</td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4+</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	¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?	SI 1 PASE 838 NO 2
835	¿Porqué no volvió 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 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: 20%; 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 style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width: 40px;" type="text"/> AÑOS 4 <input style="width: 40px;" 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">EDAD</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>MUJERES </td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> </tbody> </table>		EDAD	NS/NR	HOMBRES.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	99	MUJERES	<input style="width: 40px;" type="text"/>	99											
	EDAD	NS/NR																				
HOMBRES.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	99																				
MUJERES	<input style="width: 40px;" 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"/> 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 align="center" colspan="2">NIVEL</th> <th align="center" colspan="6">GRADO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td align="center">0</td> <td align="center">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">6</td> <td align="center">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td align="center">2</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">6</td> <td align="center">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td align="center">3</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">6</td> <td align="center">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td align="center">4</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">6+</td> <td align="center">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td align="center">5</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4+</td> <td></td> <td></td> <td align="center">9</td> <td></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"/>																																																																												
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"/>																																																																												
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"/> 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"/> NO RECUERDA..... 99																																																																												
914	¿Qué tiempo tiene de (ESTADO CIVIL)?	AÑOS <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: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> 1001			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> PASE A 1100																																												
1001	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA		SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA		NUNCA CASADA O UNIDA																																											
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> VEA 900		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> VEA 900		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> VEA 900 Y 901																																											
	1002		1004		1006																																											
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)		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Ella</th> <th style="width:10%; text-align:center;">El</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Los dos</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Otro</th> <th style="width:10%; text-align:center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Visitas familiares?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Cuando un hijo necesita ir al médico?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Cómo disciplinar a los hijos?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Uso de anticonceptivos?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>E) Como gastar el ingreso de la familia?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR	A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9	B) Cuando un hijo necesita ir al médico?	1	2	3	4	9	C) Cómo disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9	D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9	E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9	F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar	1	2	3	4	9
	Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR																																											
A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9																																											
B) Cuando un hijo necesita ir al médico?	1	2	3	4	9																																											
C) Cómo disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9																																											
D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9																																											
E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9																																											
F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar	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)		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Siempre</th> <th style="width:10%; text-align:center;">A veces</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Nunca</th> <th style="width:10%; text-align:center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Usted sospecha que su esposo le es infiel</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Siempre	A veces	Nunca	NR/NR	A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?	1	2	3	9	B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted	1	2	3	9	C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?	1	2	3	9	D) Usted sospecha que su esposo le es infiel	1	2	3	9																	
	Siempre	A veces	Nunca	NR/NR																																												
A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?	1	2	3	9																																												
B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted	1	2	3	9																																												
C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?	1	2	3	9																																												
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)		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Ella</th> <th style="width:10%; text-align:center;">El</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Los dos</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Otro</th> <th style="width:10%; text-align:center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Visitas familiares?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Como disciplinar a los hijos?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Uso de anticonceptivos?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>E) Como gastar el ingreso de la familia?</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> <tr> <td>F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR	A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9	B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?	1	2	3	4	9	C) Como disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9	D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9	E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9	F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar	1	2	3	4	9
	Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR																																											
A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9																																											
B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?	1	2	3	4	9																																											
C) Como disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9																																											
D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9																																											
E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9																																											
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)	Siempre	A veces	Nunca	NR/NR
	A) Su ex_esposo / ex_compañero le consultaba su opinión en diferentes temas?.....	1	2	3	9
	B) Su ex_esposo / ex_compañero era cariñoso con usted?.....	1	2	3	9
	C) Su ex_esposo / ex_compañero le respetaba sus derechos?.....	1	2	3	9
	D) Usted sospechaba que su ex_esposo / ex_compañero le fue infiel.....	1	2	3	9
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)	Tiene razón	No tiene razón		NR/NR
	A) Si ella descuida de la casa o de los niños?	1	2		9
	B) Si ella sale sin avisarle?.....	1	2		9
	C) Si ella quiere trabajar y/o estudiar?	1	2		9
	D) Si se niega a tener relaciones sexuales con él?	1	2		9
	E) Si sospecha que ella anda con otro?.....	1	2		9
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?	SI	NO		NS
	A. MALTRATARSE FÍSICAMENTE	1	2		9
	B. MALTRATARSE PSICOLÓGICAMENTE	1	2		9
1008	Antes que usted cumpliera los 15 años, ¿Fue usted alguna vez golpeada o maltratada físicamente o psicológicamente por alguna persona?	SI	NO		NS
	A. MALTRATADA FÍSICAMENTE	1	PASE 1009A	2	9
	B. MALTRATADA PSICOLÓGICAMENTE	1	PASE 1009B	2	9
					PASE 1010
1009	¿Quién le golpeó o maltrató físicamente o psicológicamente: (LEA LAS ALTERNATIVAS)	1009A FÍSICA	1009B PSICOLÓGICA		
		SI	NO	SI	NO
	A. PADRE?.....	1	2	1	2
	B. MADRE?.....	1	2	1	2
	C. HERMANO?.....	1	2	1	2
	D. HERMANA?.....	1	2	1	2
	E. PADRASTRO / MADRASTRA?.....	1	2	1	2
	F. NOVIO /ENAMORADO?.....	1	2	1	2
	G. OTRO, Quién?.....	1	2	1	2
1010	ENTREVISTADORA: VEA 1001 ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 ↓ 1013	SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA 2 ↓ 1012	NUNCA CASADA O UNIDA 3		
1011	¿Alguna vez ha tenido usted pareja, novio o enamorado?	SI	1		
	NO		2	PASE 1021	
1012	Durante los últimos 12 meses, ha tenido usted un compañero, pareja, novio o enamorado?	SI	1		
	NO		2		
	NO RESPONDE				9

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" <input type="text" value="1"/> ↓ 1017	NINGUNA RESPUESTA "SI" DESDE LITERAL "D" HASTA LITERAL "I" <input type="text" value="2"/> ↓ 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>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 (*)	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>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)	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 <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 } PASE A NO..... 2 } 1029 NO RECUERDA / NO RESPONDE..... 9 }
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)	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 OTRA RESPUESTA, Cuál? 88 NO RECUERDA / NO RESPONDE 99
1031 (* (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	¿Quién la obligó o la ha obligado?	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
		SI NO
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%; text-align: center;">No.</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">NOMBRES</th> <th style="width: 55%; text-align: center;">AÑOS CUMPLIDOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS	1.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	2.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	3.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	4.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	5.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	6.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	7.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	8.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS																											
1.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
2.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
3.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
4.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
5.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
6.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
7.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
8.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
1202	Desde 1994 hasta la fecha (hace 10 años), ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su misma mamá han fallecido (muerto)?	HERMANAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00																							
1205.	¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando falleció?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> 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..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 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	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
1302. EDAD (años)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS
1303. ¿Asistió alguna vez (NOMBRE) a Kinder (o Primero de básica)?	SI 1 NO 2 P. 1305				
1304. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó Kinder?	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR.....99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR.....99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR.....99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR.....99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 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 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR..... 99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR..... 99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR..... 99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR..... 99	AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NR..... 99
1307. A que nivel y grado asistió en el año escolar 2003 / 2004? <i>Sierra: Oct2003 – jul2004 Costa: May2003 – Ene2004</i>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 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				
1309. ¿Estaba repitiendo grado (NOMBRE) en el año 2003/2004?	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)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nivel Grado Ninguno 00				
1311. ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99
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?	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00

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 1413c 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 1414
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 } PASE 1422 NS/NR..... 9999 }																								
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:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / POZOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. REPARACIONES ELÉCTRICAS / SEGURIDAD?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. COMPRA LINÉA TELEFÓNICA / MEDIDORES DE AGUA Y LUZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. OTRO, Cuál?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?	1	2	9	b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / 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
	SI	NO	NR																							
a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?	1	2	9																							
b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / 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:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. CONSTRUCCIONES O AMPLIACIONES DE CUARTOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. CONSTRUCCIÓN DE TERRAZAS / CERCAS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. INSTALACIONES DE PISOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. COLOCACIÓN DE ALCANTARILLADO / DESAGÜES?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. OTRO, Cuál?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		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
	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:		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)
			PASE SGTE. RUBRO		1441. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (Si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (MENOS DE 1 año = 00)
	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:		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 <input type="text"/>			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?		EN ARRIENDO	AL PARTIR	USUFRUCTO / SERVICIO		
		HECTÁREAS..... 1	<input type="text"/>	HECTÁREAS..... 1	<input type="text"/>	HECTÁREAS..... 1	<input type="text"/>
		METROS 2 2	<input type="text"/>	METROS 2 2	<input type="text"/>	METROS 2 2	<input type="text"/>
		CUADRA 3	<input type="text"/>	CUADRA 3	<input type="text"/>	CUADRA 3	<input type="text"/>
		SOLAR 4	<input type="text"/>	SOLAR..... 4	<input type="text"/>	SOLAR..... 4	<input type="text"/>
		NS/NR 9	<input type="text"/>	NS/NR 9	<input type="text"/>	NS/NR 9	<input type="text"/>
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:		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? (NÚMERO)	1460. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (MENOS 1 AÑO = 00)			
	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. 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		SI	NO	NR	
	a. Bono de desarrollo humano?	1	2	9		h. Bono de la vivienda?	1	2	9
	b. Maternidad gratuita y atención a la infancia?	1	2	9		i. Desayuno y almuerzo escolar?	1	2	9
	c. Operación Rescate Infantil – ORI?	1	2	9		j. Desarrollo Infantil Programa Nuestros Niños?	1	2	9
	d. Programa del INFA (Guardería NUTRIINNFA)?	1	2	9		k. Programa de alimentación para los de la tercera edad?	1	2	9
	e. Crédito productivo solidario?	1	2	9		l. Otro, Cuál? _____	1	2	9
	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 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.)	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □
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.	<p>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>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>¡ GRACIAS !</p>				
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 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 _____	Día _____	Día _____	Día _____
	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____
Hora de inicio de la entrevista	Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____
	Min. _____	Min. _____	Min. _____	Min. _____
Hora de finalización de la entrevista	Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____
	Min. _____	Min. _____	Min. _____	Min. _____
Resultado (*)	_____	_____	_____	_____
(*) 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				_____
Nombre Supervisor(a)				_____
III. DATOS DE PROCESAMIENTO				
	Código	Día	Mes	
Codificado	_____	_____	_____	
Digitado	_____	_____	_____	

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		Edad (Años cumplidos) MENOS DE 1 AÑO = 00	Relación de parentesco con el Jefe(a) del hogar						Elegibilidad de MEF
		Hombre 1	Mujer 2		Jefe(a)..... 1	Cónyuge 2	Hijo – hija 3	Otros parientes 4	Otros no parientes 5	Empleada(o) domestica(o) 6	
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 <input type="text"/> <input type="text"/>
		No. DE MEF <input type="text"/> <input type="text"/>
		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 <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
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO RECUERDA..... 99
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 SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.</u>		
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: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Provincia: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> OTRO PAÍS:..... 3 País: _____ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
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="4">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</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 6</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6+</td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4+</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)	_____ 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"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 999
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA..... <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON..... <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS MURIERON..... <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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.

- **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. _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	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"/> <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. _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	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"/> <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. _____ ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	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"/> <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. _____ 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"/> <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. _____ 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"/> <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. _____ 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"/> <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. _____ 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"/> <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. _____ 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"/> <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 _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
NOVENO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
10. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
11. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO PRIMERO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
12. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO SEGUNDO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
13. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
14. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
15. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO QUINTO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
16. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO SEXTO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
17. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO SÉPTIMO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			
18. _____	HOMBRE..... 1	DÍA _ _ MES _ _ AÑO _ _ _ _	SI.... 1 SGTE. COL	_ _ PASE SIG. NIÑO	MES _ _ AÑO _ _ _ _	DÍAS..... 1 _ _ MESES.... 2 _ _ AÑOS.....3 _ _
DÉCIMO OCTAVO ANTERIOR	MUJER..... 2		NO... 2 PASE e.			

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 type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 3 <input type="text"/> <input 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 type="text"/> <input type="text"/> MESES DE EDAD..... 2 <input type="text"/> <input 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 type="text"/> <input 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)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></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. AGUA?.....</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. LECHE QUE NO ERA DE SU 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>C. OTROS LÍQUIDOS, JUGOS?.....</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. COMIDA SÓLIDA O ESPESA?.....</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. PAPILLA O PURÉS?.....</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. 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
	SI	NO	NS/NR																							
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 style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" 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					
419 NOMBRE					
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 AÑOS..... 2 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	 Código	 Código	 Código	 Código	 Código
426 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES.....	MESES.....	MESES.....	MESES.....	MESES.....
427 ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES...	No. DE CONTROLES...	No. DE CONTROLES...	No. DE CONTROLES...	No. DE CONTROLES...
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	<input type="text"/> Código					
		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	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 (prematuro, 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	A TIEMPO 1 P.434 PREMATURO 2 NO SABE 9 P.434
433	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE) ? SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> NO RECUERDA 98	SEMANAS <input type="text"/> 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	SI 1 NO 2 P.437
435	¿Cuánto pesó (NOMBRE) ? 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 NS..... 99999	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas --> P. 437 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos --> P. 437 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	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	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	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO	SI 1 NO 2 SGTE. NIÑO
439	¿Hasta qué edad le dio el seno a (NOMBRE) ? DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/>

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): <input type="text"/>	
	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 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/>
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)	
		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)	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	
	Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimeton-sulfa, etc Antidiarreico: Kaopectate, Caolinpectina, intestinomocina, yodoclorina, yodoquin, etc		
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 IEES / 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?	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UN DÍA / COMENZÓ HOY 00 PASE 472 MÁS DE UN MES 33 NS / NR 99
471	¿Todavía tiene esta enfermedad?	SI 1 NO 2
472	(NOMBRE) (LÉALE UNA A UNA)	
		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. Hacia 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)	
		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
	Antibióticos: Ampicilina, Eritromicina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetón-sulfa, etc.	
474	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE) ?	SI 1 NO 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 SEGÚN MADRE.																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE DE LA VACUNA</th> <th colspan="3">SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th colspan="3">SEGÚN MADRE ¿TIENE LA VACUNA?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th></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 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.																																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cómo le pareció a usted.....:</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>	¿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
¿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 PASE 514 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. _____ 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"/> B. _____ <input type="text"/> C. _____ <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
	a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2
	b. No le venían los dolores / contracciones?.....	1	2
	c. El parto se demoró más de lo normal?	1	2
	d. Se adelantó el parto?	1	2
	e. Se rompió el agua de fuente antes de tiempo?.....	1	2
	f. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2
	g. Cadera estrecha?	1	2
	h. Sangrado abundante?	1	2
	i. Infección / Sepsis?	1	2
	j. El bebé no respiraba / no lloraba?	1	2
	k. Parto gemelar?	1	2
	l. El bebé no se movía?.....	1	2
	m. El bebé se tomó el agua de fuente?	1	2
	n. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	1	2
	o. Otro, Cuál?	1	2
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"/> 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"/> <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"/> <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?	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"/> <input type="text"/> PASE 705 AÑOS 2 <input type="text"/> <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"/> <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"/> <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
	(LÉALE UNO A UNO)	
	TEMA	
	a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	P. 801 RECIBIÓ SI NO NS/NR 1 2 9
	b. El aparato reproductor femenino / masculino?	P. 802 ¿La información sobre (TEMA), la recibió de un familiar, en la escuela, colegio, o de otras personas? (SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS) FAMILIAR ESCUELA/ OTRAS COLEGIO PERSONAS 1 2 8
	c. La menstruación o regla?	1 2 9 1 2 8
	d. Las relaciones sexuales?	1 2 9 1 2 8
	e. El embarazo y el parto?	1 2 9 1 2 8
	f. Los métodos anticonceptivos?	1 2 9 1 2 8
	g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	1 2 9 1 2 8
803	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	MES [] [] AÑO [] [] [] [] NUNCA HA TENIDO..... 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR..... 888888 NS / NR..... 999999
804	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS [] [] 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 PASO..... 5 NS / NR 9
806	¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)	AÑOS [] [] 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 [] [] AÑOS 2 [] [] 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">NIVEL</th> <th colspan="4">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</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 6</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6+</td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4+</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	¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?	SI 1 PASE 838 NO 2
835	¿Porqué no volvió 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 AÑO NUNCA HA TENIDO 222222 PASE 845 NO DESEA CONTESTAR 888888 NS / NR 999999
837	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS NS / NR 99
838	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? (coito)	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 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)	
		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?	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 style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NIVEL</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">GRADO</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6+</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4+</td> <td></td><td></td><td style="text-align: center;">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 style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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 style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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 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			PRIVACIDAD IMPOSIBLE, DESPUÉS DE INTENTAR OBTENER PRIVACIDAD, NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA																																												
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> ↓ 1001			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> ↓ PASE A 1100																																												
1001	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA		SEPARADA, DIVORCIADA, VIUDA		NUNCA CASADA O UNIDA																																											
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> ↓ VEA 900 1002		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> ↓ VEA 900 1004		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> ↓ VEA 900 Y 901 1006																																											
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)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ella</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">El</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Los dos</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Otro</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Visitas familiares?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Cuando un hijo necesita ir al médico?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Cómo disciplinar a los hijos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Uso de anticonceptivos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>E) Como gastar el ingreso de la familia?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR	A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9	B) Cuando un hijo necesita ir al médico?	1	2	3	4	9	C) Cómo disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9	D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9	E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9	F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar	1	2	3	4	9
	Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR																																											
A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9																																											
B) Cuando un hijo necesita ir al médico?	1	2	3	4	9																																											
C) Cómo disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9																																											
D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9																																											
E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9																																											
F) Si usted quiere o quería trabajar fuera de la casa o estudiar	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)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Siempre</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A veces</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nunca</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Usted sospecha que su esposo le es infiel</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Siempre	A veces	Nunca	NR/NR	A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?	1	2	3	9	B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted	1	2	3	9	C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?	1	2	3	9	D) Usted sospecha que su esposo le es infiel	1	2	3	9																	
	Siempre	A veces	Nunca	NR/NR																																												
A) Su esposo / compañero le consulta su opinión en diferentes temas?	1	2	3	9																																												
B) Su esposo / compañero es cariñoso con usted	1	2	3	9																																												
C) Su esposo / compañero le respeta sus derechos?	1	2	3	9																																												
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)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ella</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">El</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Los dos</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Otro</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Visitas familiares?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>C) Como disciplinar a los hijos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>D) Uso de anticonceptivos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>E) Como gastar el ingreso de la familia?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>					Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR	A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9	B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?	1	2	3	4	9	C) Como disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9	D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9	E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9	F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar	1	2	3	4	9
	Ella	El	Los dos	Otro	NR/NR																																											
A) Visitas familiares?	1	2	3	4	9																																											
B) Cuando un hijo necesitaba ir al médico?	1	2	3	4	9																																											
C) Como disciplinar a los hijos?	1	2	3	4	9																																											
D) Uso de anticonceptivos?	1	2	3	4	9																																											
E) Como gastar el ingreso de la familia?	1	2	3	4	9																																											
F) Si usted quería trabajar fuera de la casa o estudiar	1	2	3	4	9																																											

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" <input type="text" value="1"/> ↓ 1017	NINGUNA RESPUESTA "SI" DESDE LITERAL "D" HASTA LITERAL "I" <input type="text" value="2"/> ↓ 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>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 (*)	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>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)	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 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																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="width: 30%; text-align: center;">INFECCIÓN</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">P. 1101</th> <th colspan="2" style="width: 50%; text-align: center;">P.1102 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">ESPONTÁNEO</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">DIRIGIDO</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Sífilis (chancro)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>b. Gonorrea (purgación)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>c. VIH / SIDA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>d. Herpes Genital?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>e. Condilomas (verrugas)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>f. Leucorrea (flujos)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>g. Chlamydia?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>h. Hepatitis B?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>i. Virus de Papiloma humano?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>j. Tricomoniasis?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>k. Candidiasis?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>l. Otras, Cuáles?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>			INFECCIÓN	P. 1101	P.1102 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)		ESPONTÁNEO	DIRIGIDO			SI	NO	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
INFECCIÓN	P. 1101	P.1102 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)																																																										
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO																																																										
		SI	NO																																																									
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	<p>¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer pueda prevenir infectarse del VIH / SIDA?</p> <p>ENTREVISTADORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 																																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>P. 1109</th> <th colspan="2">P. 1110 ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?</th> </tr> <tr> <th>ESPONTÁNEO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. No tener relaciones sexuales / abstinencia</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Tener un solo compañero / fidelidad</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Usar condones</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. No utilizar jeringas usadas por infectados</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. No usar transfusiones inseguras</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. No tener sexo oral</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. No tener relaciones por el ano</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. No tener relaciones sexuales con desconocidos</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. No tener relaciones con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. No tener relaciones con hombres mujeriegos</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>k. Otras, Cuál? _____</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		P. 1109	P. 1110 ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?		ESPONTÁNEO	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		
	P. 1109	P. 1110 ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?																																																			
	ESPONTÁNEO	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS / NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Darle la mano a alguien que tiene SIDA?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Ser picado por un mosquito o zancudo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Trabajar con una persona que tiene SIDA?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		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																											
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 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;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%; text-align: center;">No.</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">NOMBRES</th> <th style="width: 55%; text-align: center;">AÑOS CUMPLIDOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8.</td><td>_____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS	1.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	2.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	3.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	4.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	5.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	6.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	7.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	8.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS																											
1.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
2.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
3.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
4.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
5.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
6.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
7.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
8.	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>																											
1202	Desde 1994 hasta la fecha (hace 10 años), ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su misma mamá han fallecido (muerto)?	HERMANAS <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> < 1 AÑO 00																							
1205.	¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando falleció?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 11 a 54 Años, <u>Continúe</u> Otra edad -> <u>Sgte. Col.</u>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SGTE. COL.	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/>																							

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..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> NINGUNO..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> 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: “Ahora vamos a hablar unos momentos de la educación de su(s) hijo(s)”.

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	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
1302. EDAD (años)	<input style="width: 40px;" type="text"/> AÑOS				
1303. ¿Asistió alguna vez (NOMBRE) a Kinder (o Primero de básica)?	SI 1 NO 2 P. 1305				
1304. ¿Cuántos años completos tenía cuando comenzó Kinder?	AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/> 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 P.1400 NS/NR..... 9 P.1400			
1306. ¿ Cuántos años completos tenía cuando comenzó este grado?	AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/> NR..... 99				
1307. A que nivel y grado asistió en el año escolar 2003 / 2004? <i>Sierra: Oct2003 – jul2004 Costa: May2003 – Ene2004</i>	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Nivel Grado Ninguno..... 00 P. 1310 NS/NR..... 99 SIG.COL.	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> 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				
1309. ¿Estaba repitiendo grado (NOMBRE) en el año 2003/2004?	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)?	<input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado Ninguno 00	<input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado Ninguno 00	<input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado Ninguno 00	<input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado Ninguno 00	<input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado Ninguno 00
1311. ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99	AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NS/NR..... 99
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?	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00	VECES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA..... 00

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

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 1414
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 1414
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
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 <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 NS/NR 9999 PASE 1422																								
1417b	¿Cuánto pagó el mes pasado por la vivienda?	VALOR <input type="text"/> NO PAGÓ 0000 PASE 1422 NS/NR 9999 PASE 1422																								
1417c	¿Cuántas cuotas pagó?	CUOTAS <input type="text"/> PASE 1422																								
1418	¿Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto pagaría al mes?	VALOR <input type="text"/> NS/NR 9999 PASE 1420																								
1419	¿Si tuviera que arrendar esta vivienda, ¿en cuánto la arrendaría al mes?	VALOR <input type="text"/> 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:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / POZOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. REPARACIONES ELÉCTRICAS / SEGURIDAD?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. COMPRA LINÉA TELEFÓNICA / MEDIDORES DE AGUA Y LUZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. OTRO, Cuál? _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?	1	2	9	b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / 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
	SI	NO	NR																							
a. REPARACIÓN DE TECHO / PAREDES / PISO?	1	2	9																							
b. REPARACIÓN DE SERVICIO HIGIÉNICO / TUBERIA / 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 <input type="text"/> NS/NR 99999																								
1423	¿Durante los últimos 12 meses los miembros de este hogar hicieron:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. CONSTRUCCIONES O AMPLIACIONES DE CUARTOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. CONSTRUCCIÓN DE TERRAZAS / CERCAS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. INSTALACIONES DE PISOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. COLOCACIÓN DE ALCANTARILLADO / DESAGÜES?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. OTRO, Cuál? _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		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
	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 <input type="text"/> 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:				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?	1441. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (Si tiene más de 1 refiérase al más nuevo)	
					(NÚMERO)	(MENOS DE 1 año = 00)	
	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..... 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>METROS 2 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUADRA 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLAR 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NS/NR 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?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">EN ARRIENDO</th> <th colspan="2">AL PARTIR</th> <th colspan="2">USUFRUCTO / SERVICIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> <td>HECTÁREAS..... 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>METROS 2 2</td> <td></td> <td>METROS 2 2</td> <td></td> <td>METROS 2 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUADRA 3</td> <td></td> <td>CUADRA 3</td> <td></td> <td>CUADRA 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLAR 4</td> <td></td> <td>SOLAR..... 4</td> <td></td> <td>SOLAR 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NS/NR 9</td> <td></td> <td>NS/NR 9</td> <td></td> <td>NS/NR 9</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 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? (NÚMERO)
			PASE SGTE. RUBRO		1460. ¿Qué tiempo tiene (Bien)? (si tiene más de 1 refiérase al más nuevo) (MENOS 1 AÑO = 00)
	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. 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	SI
	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.	<p>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>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>¡ GRACIAS !</p>				
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"/>
CANTÓN:	<input type="text"/>
CIUDAD O PARROQUIA:	<input type="text"/>
B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	
Zona No:	<input type="text"/>
Sector No:	<input type="text"/>
Segmento No:	<input type="text"/>
Vivienda No:	<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?		5. Durante las 2 últimas semanas (de.....a.....) obtuvieron en este hogar (producto):		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			USO		SI.....1 NO.....2		FRECUCENCIA		TAMAÑO			USO	
	PRODUCTO	CÓDIGO	Anual..... 7	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR
1	Arroz?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
2	Avena?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
3	Fideo (lazos, concha, letras, etc)?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
4	Galletas (Dulce y sal)?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
5	Harina de trigo?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
6	Pan?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
7	Carne de res con hueso?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
8	Carne de res sin hueso?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
9	Carne de res molida?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
10	Visceras (lengua, hígado, etc.)?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
11	Pechugas, alas y piernas de pollo?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
12	Pollo entero sin plumas?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
13	Salchichas de res y/o pollo?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
14	Carne de cerdo y/o borrego?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
15	Jamón y/o mortadela?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
16	Pescado?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
17	Atún y/o sardina en conserva?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
18	Camarones?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
19	Leche pasteurizada?	1 2	>> 5							1 2	>> sp							
20	Leche cruda?	1 2	>> 5							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):		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				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FRECUENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7 </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3 </div>		USO OFIC		SI.....1 NO.....2		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FRECUENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7 </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3 </div>			USO OFIC	
	PRODUCTO	CÓDIGO	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR				
21	Leche maternizada?	1								1											
		2									>> sp										
22	Huevos de gallina?	1								1											
		2									>> sp										
23	Aceite?	1								1											
		2									>> sp										
24	Mantequilla y/o margarina?	1								1											
		2									>> sp										
25	Ajo?	1								1											
		2									>> sp										
26	Acelga?	1								1											
		2									>> sp										
27	Arveja tierna?	1								1											
		2									>> sp										
28	Cebolla blanca?	1								1											
		2									>> sp										
29	Cebolla paitaña (Colorada y perla)?	1								1											
		2									>> sp										
30	Choclos?	1								1											
		2									>> sp										
31	Col?	1								1											
		2									>> sp										
32	Coliflor?	1								1											
		2									>> sp										
33	Brócoli?	1								1											
		2									>> sp										
34	Fréjol tierno?	1								1											
		2									>> sp										
35	Fréjol seco?	1								1											
		2									>> sp										
36	Habas tiernas?	1								1											
		2									>> sp										
37	Lechuga?	1								1											
		2									>> sp										
38	Lenteja?	1								1											
		2									>> sp										
39	Mellocos?	1								1											
		2									>> sp										
40	Pimiento?	1								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: SI.....1 NO.....2		2. Cada cuánto compra (producto)? FRECUENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		3. Qué cantidad de (producto) compra cada (frecuencia)? TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			4. Cuánto pagó en total? USO OFIC		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? SI.....1 NO.....2		6. Cada cuánto obtienen (producto)? FRECUENCIA Diaria..... 1 Semanal..... 2 Quincenal..... 3 Mensual..... 4 Trimestral..... 5 Semestral..... 6 Anual..... 7		7. Qué cantidad de (producto) obtienen cada (frecuencia)? TAMAÑO PEQUEÑO=1 MEDIANO=2 GRANDE = 3			8. Cuánto tendría que pagar en total por (producto), si tuvieran que comprarlo?	
41	Papa?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
42	Remolacha?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
43	Tomate riñón?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
44	Yuca?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
45	Zanahoria amarilla?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
46	Aguacate?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
47	Banano (Guineo seda)	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
48	Limón?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
49	Manzana?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
50	Mandarina?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
51	Melón?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
52	Mora?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
53	Maracuyá?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
54	Naranja?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
55	NaranjaJilla?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
56	Plátano maduro?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
57	Plátano verde?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
58	Papaya?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
59	Piña?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							2				>> sp			
60	Tomate de árbol?	1		>> 5							1							
		2		>> 5							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):		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		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="2">FRECUENCIA</th></tr> <tr><td>Diaria.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>Semanal.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>Quincenal.....</td><td>3</td></tr> <tr><td>Mensual.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Trimestral.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>Semestral.....</td><td>6</td></tr> <tr><td>Anual.....</td><td>7</td></tr> </table>		FRECUENCIA		Diaria.....	1	Semanal.....	2	Quincenal.....	3	Mensual.....	4	Trimestral.....	5	Semestral.....	6	Anual.....	7	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="3">TAMAÑO</th></tr> <tr><td>PEQUEÑO=1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MEDIANO=2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRANDE = 3</td><td></td><td></td></tr> </table>			TAMAÑO			PEQUEÑO=1			MEDIANO=2			GRANDE = 3			USO OFIC		SI.....1 NO.....2		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="2">FRECUENCIA</th></tr> <tr><td>Diaria.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>Semanal.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>Quincenal.....</td><td>3</td></tr> <tr><td>Mensual.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Trimestral.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>Semestral.....</td><td>6</td></tr> <tr><td>Anual.....</td><td>7</td></tr> </table>		FRECUENCIA		Diaria.....	1	Semanal.....	2	Quincenal.....	3	Mensual.....	4	Trimestral.....	5	Semestral.....	6	Anual.....	7	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="3">TAMAÑO</th></tr> <tr><td>PEQUEÑO=1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MEDIANO=2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GRANDE = 3</td><td></td><td></td></tr> </table>			TAMAÑO			PEQUEÑO=1			MEDIANO=2			GRANDE = 3			USO OFIC	
	FRECUENCIA																																																																									
Diaria.....	1																																																																									
Semanal.....	2																																																																									
Quincenal.....	3																																																																									
Mensual.....	4																																																																									
Trimestral.....	5																																																																									
Semestral.....	6																																																																									
Anual.....	7																																																																									
TAMAÑO																																																																										
PEQUEÑO=1																																																																										
MEDIANO=2																																																																										
GRANDE = 3																																																																										
FRECUENCIA																																																																										
Diaria.....	1																																																																									
Semanal.....	2																																																																									
Quincenal.....	3																																																																									
Mensual.....	4																																																																									
Trimestral.....	5																																																																									
Semestral.....	6																																																																									
Anual.....	7																																																																									
TAMAÑO																																																																										
PEQUEÑO=1																																																																										
MEDIANO=2																																																																										
GRANDE = 3																																																																										
PRODUCTO	CÓDIGO	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR	CANT	UNIDAD	TAM	CÓDIGO	VALOR																																																															
61 Sandía?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
62 Uva?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
63 Azúcar refinada?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
64 Café soluble?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
65 Sal?		>> 5																																																																								
66 Agua mineral?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
67 Agua sin gas?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
68 Gaseosas?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
69 Licores?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
70 Cigarrillos?	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
71 Otro, cuál? _____	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
72 Otro, cuál? _____	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
73 Otro, cuál? _____		>> 5																																																																								
74 Otro, cuál? _____	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								
75 Otro, cuál? _____	1																																																																									
	2	>> 5																																																																								

III. FRECUENCIA Y VALOR DE LAS COMPRAS DE ALIMENTOS EN SUPERMERCADOS	
<p>APLIQUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI EN EL HOGAR COMPRARON ALIMENTOS, BEBIDAS Y CIGARRILLOS EN EL SUPERMERCADO Y NO RECUERDAN LOS PRECIOS UNITARIOS</p>	<p>1. Con qué frecuencia compran ALIMENTOS, BEBIDAS y CIGARRILLOS en el supermercado?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diario..... 1 - Semanal..... 2 - Quincenal..... 3 - Mensual..... 4
	<p>2.Cuál fue el valor total de la compra..... (Frecuencia)..... solo de alimentos, bebidas y cigarrillos?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> DOLARES </p>

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, rasqueteadotes, 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		<input type="text"/> 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	Confeción 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	

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					
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					

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

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					
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					

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