

# Apéndice F1. Cuestionario de hogar



REPÚBLICA DOMINICANA  
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadística



1

## Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - MICS 2014)

### INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA, EL HOGAR Y SUS MIEMBROS

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del  
Cuestionario \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL					
HH1- Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....					
HH1A- No. de orden del hogar ocupado en el registro .....					
HH2- No. de orden del hogar en la muestra .....					
HH2A- Código de selección del hogar:	1. Hogar con Niños		2. Hogar sin Niños		
HH6- Encierre en un círculo y anote el código de la zona de residencia.	1. Urbana		2. Rural		
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
HH7- Provincia .....					
HH7A-Municipio .....					
HH7B-Distrito municipal .....					
HH7C-Sección .....					
HH7D- Barrio o paraje .....					
HH7E- Polígono.....					
HH7F- Área.....					
HH7G- Segmento.....					
HH7H- Calle .....					No. ....
HH7I- Referencia.....					
VISITAS PARA ENTREVISTA					
	1	2	3	Fecha del resultado final del hogar	
Fecha (dd/mm/aa).....				HH5- Día	Mes Año
Nombre de la entrevistadora .....					2 0 1 4
Resultado del hogar.....				HH5A- Número total de visitas.....	
Próxima visita: fecha .....				HH9- Resultado de la entrevista del hogar.	
hora .....				HH11- Total de miembros del hogar.....	
				HH12- Total de mujeres con edades de 15 a 49 años..	
				HH13- Número de cuestionarios de mujeres completos..	
				HH14- Total de niños(as) menores de 5 años.....	
HH10-Nombre y número de línea de la persona entrevistada .....				HH15- Número de cuestionarios de niños(as) menores de 5 años completos.....	
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL HOGAR					
ENTREVISTADORA: ENCIERRE Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL HOGAR (HH9)					
Completada.....	01				
Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar.....	02				
Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo.....	03				
Rechazada.....	04				
Vivienda vacía o la dirección no es una vivienda.....	05				
Vivienda destruida.....	06				
No se encontró la vivienda.....	07				
Otro .....	96				
(Especifique)					
HH3- Nombre y código de la entrevistadora: .....					
HH4- Nombre y código de la supervisora: .....					
HH16-Nombre y código del(la) crítico codificador (a): .....					
HH17- Nombre y código del(la) digitador(a): .....					
				Fecha de revisión ____ / ____ / 2014	
				HH18- Anote la hora y los minutos de inicio:	
				____ Hora ____ Minutos	

## MÓDULO CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR		PARA PERSONAS DE 16 AÑOS Y MÁS		PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	PARA NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS
HL1	HL6- ¿En qué fecha nació (nombre)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            ANOTE EL DÍA Y EL MES CON DOS DÍGITOS Y EL AÑO CON CUATRO DÍGITOS         </div>	<b>ENTREVISTA-DORA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE TODAS LAS PERSONAS DE 16 AÑOS Y MÁS	HL6B- ¿Tiene (nombre) cédula de identidad? Sí      No	<b>HL7. ENTREVISTADORA:</b> 1. VERIFIQUE LA PREGUNTA HL5 Y LUEGO: 2. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE CADA MUJER EN EDAD DE 15 A 49 AÑOS. 3. LUEGO, ANTES DE CONTINUAR CON LA ENTREVISTA, SAQUE UN CUESTIONARIO "2" PARA CADA UNA DE ESTAS MUJERES. 4. ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DE CADA MUJER EN LA PREGUNTA "WM3" EN SU RESPECTIVO CUESTIONARIO "2". 5. LUEGO CONTINÚE CON LA ENTREVISTA.	<b>HL7B- ENTREVISTADORA:</b> 1. VERIFIQUE LA PREGUNTA HL5 Y LUEGO: 2. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE CADA NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS. 3. LUEGO, ANTES DE CONTINUAR CON LA ENTREVISTA, SAQUE UN CUESTIONARIO "3" PARA CADA UNO DE ESTOS NIÑOS. 4. ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DE CADA NIÑO O NIÑA EN LA PREGUNTA "UF3" EN SU RESPECTIVO CUESTIONARIO "3". 5. LUEGO CONTINÚE CON LA ENTREVISTA.
No. de línea	Día	Mes	Año		
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12
NO. DE MUJERES <input type="text"/> De 15 - 49 años				NO. DE NIÑOS(AS) <input type="text"/> menores de 5 años	

PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 17 AÑOS						PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 14 AÑOS					
HL1	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE TODAS LAS PERSONAS DE 0 A 17 AÑOS.	HL11 - ¿Está viva la madre biológica de (nombre)?	Pase a preg.	HL12 - ¿Vive la madre biológica de (nombre) en esta casa?	HL12A - ¿Dónde vive la madre biológica de (nombre)?	HL13 - ¿Está vivo el padre biológico de (nombre)?	Pase a preg.	HL14 - ¿Vive el padre biológico de (nombre) en esta casa?	HL14A - ¿Dónde vive el padre biológico de (nombre)?	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE TODAS LAS PERSONAS DE 0 A 14 AÑOS.	HL15 - ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA DE LA MADRE DESDE PREGUNTA HL12, SI ASI SE INDICA. SI HL12 ESTÁ VACÍO O ES "00" PREGUNTE:  ¿Quién es la persona responsable de cuidar a (nombre) en este hogar?
No. de línea		Sí No NS		No. de línea de la madre		Sí No NS		No. de línea del padre			No. de línea de la madre o persona responsable
01	01	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			01	
02	02	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			02	
03	03	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			03	
04	04	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			04	
05	05	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			05	
06	06	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			06	
07	07	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			07	
08	08	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			08	
09	09	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			09	
10	10	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			10	
11	11	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			11	
12	12	1 2 8	HL13			1 2 8	HL15			12	

## MÓDULO DE EDUCACIÓN

[illegible]

**MÓDULO DE ACCESO A LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)**

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS												TIC	
No. de línea	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA DE TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS	TIC1 - ¿Tiene (nombre) computadora de uso personal?	Pase a preg.	TIC2 - ¿Utilizó (nombre) alguna computadora desde cualquier lugar, en los últimos 12 meses?	Pase a preg.	TIC3- ¿Tiene (nombre) algún teléfono celular aunque no sea de su propiedad?	Pase a preg.	TIC4- ¿El teléfono celular que (nombre) utiliza más es propio o asignado por la empresa o institución?	Pase a preg.	TIC5 - ¿Utilizó (nombre) un teléfono celular aunque no sea de su propiedad, en los últimos 12 meses?	TIC6 - ¿Utilizó (nombre) Internet, desde su casa, oficina o cualquier otro lugar, en los últimos 12 meses?	Pase a persona	TIC7 - ¿Qué dispositivo(s) o aparato(s) utilizó (nombre) para acceder a la Internet, en los últimos 12 meses?
01		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	Propio Empresa o institución 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 2	Computadora de escritorio, portátil (laptop) o tableta..... A Teléfono celular ..... B Otro..... X		
02		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 3				
03		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 4				
04		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 5				
05		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 6				
06		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 7				
07		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 8				
08		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 9				
09		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 10				
10		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 11				
11		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Persona 12				
12		Sí No 1 2	TIC3	Sí No 1 2	TIC5	Sí No 1 2	TIC6	Sí No 1 2	Siguiente módulo				

SELECCIÓN DE UN NIÑO(A) PARA LOS MÓDULOS DE TRABAJO Y DISCIPLINA INFANTIL SL																																																																																																			
SL1	VERIFIQUE LA LISTA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR PREGUNTA HL2 Y LA EDAD PREGUNTA HL5 Y ANOTE EL NÚMERO TOTAL DE NIÑOS(AS) DE 1 A 17 AÑOS DE EDAD		Número de niños(as) de 1 a 17 años.... <input type="text"/>																																																																																																
SL2	VERIFIQUE EL NÚMERO TOTAL DE NIÑOS(AS) DE 1 a 17 AÑOS EN PREGUNTA SL1: SI ES "0" NIÑO O NIÑA..... <input type="text"/> → HC1A UN NIÑO O NIÑA..... <input type="text"/> → SL9 (VAYA A PREGUNTA SL9 Y ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN COMO "1". ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA, EL NOMBRE Y LA EDAD DEL NIÑO(A).) DOS O MÁS NIÑOS O NIÑAS <input type="text"/>																																																																																																		
SL2A	ANOTE EN LA TABLA DE ABAJO A CADA NIÑO O NIÑA DE 1 A 17 AÑOS EN EL ORDEN EN QUE APARECE EN LA LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR. SOLO INCLUIR MIEMBROS DEL HOGAR QUE TENGAN DE 1 A 17 AÑOS DE EDAD. ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA, EL NOMBRE, SEXO Y EDAD DE CADA NIÑO O NIÑA. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>SL3 Número de Orden</th> <th>SL4 Número de línea en preg. HL1</th> <th>SL5 Nombre del niño(a) en preg. HL2</th> <th colspan="2">SL6 Sexo del niño(a) en preg. HL4</th> <th>SL7 Edad del niño(a) en preg. HL5</th> </tr> <tr> <th>Orden</th> <th>Línea</th> <th>Nombre</th> <th>V</th> <th>H</th> <th>Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="text"/></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>				SL3 Número de Orden	SL4 Número de línea en preg. HL1	SL5 Nombre del niño(a) en preg. HL2	SL6 Sexo del niño(a) en preg. HL4		SL7 Edad del niño(a) en preg. HL5	Orden	Línea	Nombre	V	H	Edad	1	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																			
SL3 Número de Orden	SL4 Número de línea en preg. HL1	SL5 Nombre del niño(a) en preg. HL2	SL6 Sexo del niño(a) en preg. HL4		SL7 Edad del niño(a) en preg. HL5																																																																																														
Orden	Línea	Nombre	V	H	Edad																																																																																														
1	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
2	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
3	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
4	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
5	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
6	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
7	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
8	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>																																																																																														
SL8	VERIFIQUE EL ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DE ORDEN DEL HOGAR EN LA MUESTRA COMO ESTA EN LA PREGUNTA (HH2) QUE APARECE EN LA CARÁTULA. ESTE ES EL NÚMERO DE LA FILA A LA CUAL USTED DEBE IR EN LA TABLA DE ABAJO.  VERIFIQUE EL NÚMERO TOTAL DE NIÑOS(AS) DE 1 A 17 AÑOS EN LA PREGUNTA SL1. ESTE ES EL NÚMERO DE LA COLUMNA A LA CUAL USTED DEBE IR EN LA TABLA DE ABAJO.  BUSQUE EL RECUADRO EN EL CUAL SE INTERCEPTAN LA FILA Y LA COLUMNA Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE APARECE EN DICHO RECUADRO. ESTE ES EL NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA (SL3) DEL NIÑO(A) SELECCIONADO. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Último dígito del número de orden del hogar en la muestra (de HH2)</th> <th colspan="7">Número total de niños(as) en el hogar que son elegibles (de SL1)</th> </tr> <tr> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8+</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>6</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>7</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr><td>8</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>6</td><td>4</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>7</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>				Último dígito del número de orden del hogar en la muestra (de HH2)	Número total de niños(as) en el hogar que son elegibles (de SL1)							2	3	4	5	6	7	8+	0	2	2	4	3	6	5	4	1	1	3	1	4	1	6	5	2	2	1	2	5	2	7	6	3	1	2	3	1	3	1	7	4	2	3	4	2	4	2	8	5	1	1	1	3	5	3	1	6	2	2	2	4	6	4	2	7	1	3	3	5	1	5	3	8	2	1	4	1	2	6	4	9	1	2	1	2	3	7	5
Último dígito del número de orden del hogar en la muestra (de HH2)	Número total de niños(as) en el hogar que son elegibles (de SL1)																																																																																																		
	2	3	4	5	6	7	8+																																																																																												
0	2	2	4	3	6	5	4																																																																																												
1	1	3	1	4	1	6	5																																																																																												
2	2	1	2	5	2	7	6																																																																																												
3	1	2	3	1	3	1	7																																																																																												
4	2	3	4	2	4	2	8																																																																																												
5	1	1	1	3	5	3	1																																																																																												
6	2	2	2	4	6	4	2																																																																																												
7	1	3	3	5	1	5	3																																																																																												
8	2	1	4	1	2	6	4																																																																																												
9	1	2	1	2	3	7	5																																																																																												
SL9	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA (SL3), NÚMERO DE LÍNEA EN LA PREGUNTA (SL4), NOMBRE EN LA PREGUNTA (SL5) Y EDAD EN LA PREGUNTA (SL7) DEL NIÑO(A) SELECCIONADO.		Número de orden..... <input type="text"/> Número de línea..... <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre..... <input type="text"/> Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.															
	<b>TRABAJO INFANTIL</b>		<b>CL</b>															
CL1	VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO(A) SELECCIONADO EN LA PREGUNTA SL9: 5 a 17 años <input type="checkbox"/> 1 a 4 años <input type="checkbox"/> → CD1																	
CL2	<p>               Ahora me gustaría preguntarle sobre cualquier tipo de trabajo que puedan hacer los niños(as) en este hogar.                 Desde el último (este mismo día de la semana pasada), ¿Realizó (nombre) alguna de las siguientes actividades, aunque fuera durante solo una hora?             </p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿Trabajó (nombre) o ayudó en su propia parcela, finca, granja o en la del hogar o cuidó de los animales? por ejemplo, cosechando, alimentando, pastoreando, ordeñando animales?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿Ayudó (nombre) en un negocio familiar o de otros familiares, con o sin pago, o se encargó de su propio negocio?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿Produjo o vendió (nombre) artículos, artesanías, ropa, alimentos o productos agrícolas?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[D] ¿Desde el último (este mismo día de la semana pasada), se involucró (nombre) en alguna otra actividad a cambio de pago en efectivo o en especies, aunque fuera durante sólo una hora?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">             SI "NO", INDAGUE:              POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (NOMBRE) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO POR CUENTA PROPIA O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN UN NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR           </div>			Sí	No	[A] ¿Trabajó (nombre) o ayudó en su propia parcela, finca, granja o en la del hogar o cuidó de los animales? por ejemplo, cosechando, alimentando, pastoreando, ordeñando animales?	1	2	[B] ¿Ayudó (nombre) en un negocio familiar o de otros familiares, con o sin pago, o se encargó de su propio negocio?	1	2	[C] ¿Produjo o vendió (nombre) artículos, artesanías, ropa, alimentos o productos agrícolas?	1	2	[D] ¿Desde el último (este mismo día de la semana pasada), se involucró (nombre) en alguna otra actividad a cambio de pago en efectivo o en especies, aunque fuera durante sólo una hora?	1	2	
	Sí	No																
[A] ¿Trabajó (nombre) o ayudó en su propia parcela, finca, granja o en la del hogar o cuidó de los animales? por ejemplo, cosechando, alimentando, pastoreando, ordeñando animales?	1	2																
[B] ¿Ayudó (nombre) en un negocio familiar o de otros familiares, con o sin pago, o se encargó de su propio negocio?	1	2																
[C] ¿Produjo o vendió (nombre) artículos, artesanías, ropa, alimentos o productos agrícolas?	1	2																
[D] ¿Desde el último (este mismo día de la semana pasada), se involucró (nombre) en alguna otra actividad a cambio de pago en efectivo o en especies, aunque fuera durante sólo una hora?	1	2																
CL3	VERIFIQUE EN PREGUNTA CL2, LAS OPCIONES DESDE LA A HASTA LA D Hay al menos un "Sí" <input type="checkbox"/> → CL8																	
CL4	Desde el último (este mismo día de la semana pasada) ¿Alrededor de cuántas horas en total dedicó (nombre) a esta(s) actividad(es)? Número de horas ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00".																	
CL5	¿Requiere(n) esta(s) actividad(es) cargar objetos o cosas pesadas?	Sí..... 1 → CL8 No..... 2																
CL6	¿Requiere(n) esta(s) actividad(es) trabajar con herramientas peligrosas (cuchillos, machete, hacha, etc.) u operar maquinaria pesada?	Sí..... 1 → CL8 No..... 2																

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																								
CL7	<p>¿Cómo describiría usted el entorno de trabajo de (nombre)?</p> <p>A. ¿Está (nombre) expuesto a polvo, humo o gas?</p> <p>B. ¿Está (nombre) expuesto a frío, calor o humedad extrema?</p> <p>C. ¿Está (nombre) expuesto a ruidos o vibraciones fuertes?</p> <p>D. ¿Se requiere que (nombre) trabaje en alturas?</p> <p>E. ¿Se requiere que (nombre) trabaje con sustancias químicas (pesticidas, pegamentos, etc.) o explosivos?</p> <p>F. ¿Está (nombre) expuesto a otras cosas, procesos o condiciones malas para su salud o su seguridad?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>→CL8</p> <p>→CL8</p> <p>→CL8</p> <p>→CL8</p> <p>→CL8</p>																								
CL8	Desde el último (este mismo día de la semana pasada), ¿Buscó (nombre) agua o recogió leña para uso del hogar?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	→CL10																								
CL9	<p>En total, ¿Cuántas horas dedicó (nombre) en ir a buscar agua o recoger leña para uso del hogar desde el último (este mismo día de la semana pasada)?</p> <p>SI ES MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00".</p>	Número de horas ..... <input type="text"/>																									
CL10	Desde el último (este mismo día de la semana pasada), ¿Realizó (nombre) alguna de las siguientes tareas para este hogar?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. ¿Compras para el hogar?</td><td>Compras para el hogar ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>B. ¿Reparar algún equipo del hogar?</td><td>Reparar algún equipo del hogar ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>C. ¿Cocinar o limpiar utensilios o la casa?</td><td>Cocinar o limpiar utensilios o la casa ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>D. ¿Lavar la ropa?</td><td>Lavar la ropa ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>E. ¿Cuidar de los niños(as)?</td><td>Cuidar de los niños(as) ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>F. ¿Cuidar de los mayores o de los enfermos?</td><td>Cuidar de los mayores o de los enfermos ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>G. ¿Otras tareas del hogar?</td><td>Otras tareas del hogar ..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	A. ¿Compras para el hogar?	Compras para el hogar ..... 1	2	B. ¿Reparar algún equipo del hogar?	Reparar algún equipo del hogar ..... 1	2	C. ¿Cocinar o limpiar utensilios o la casa?	Cocinar o limpiar utensilios o la casa ..... 1	2	D. ¿Lavar la ropa?	Lavar la ropa ..... 1	2	E. ¿Cuidar de los niños(as)?	Cuidar de los niños(as) ..... 1	2	F. ¿Cuidar de los mayores o de los enfermos?	Cuidar de los mayores o de los enfermos ..... 1	2	G. ¿Otras tareas del hogar?	Otras tareas del hogar ..... 1	2	
	Sí	No																									
A. ¿Compras para el hogar?	Compras para el hogar ..... 1	2																									
B. ¿Reparar algún equipo del hogar?	Reparar algún equipo del hogar ..... 1	2																									
C. ¿Cocinar o limpiar utensilios o la casa?	Cocinar o limpiar utensilios o la casa ..... 1	2																									
D. ¿Lavar la ropa?	Lavar la ropa ..... 1	2																									
E. ¿Cuidar de los niños(as)?	Cuidar de los niños(as) ..... 1	2																									
F. ¿Cuidar de los mayores o de los enfermos?	Cuidar de los mayores o de los enfermos ..... 1	2																									
G. ¿Otras tareas del hogar?	Otras tareas del hogar ..... 1	2																									
CL11	<p>VERIFIQUE LA PREGUNTA CL10, LAS OPCIONES DESDE LA A HASTA LA G</p> <p>Hay al menos un "Sí" <input type="checkbox"/></p> <p>Todas las respuestas son "No" <input type="checkbox"/></p>		→CD1																								
CL12	<p>Desde el último (este mismo día de la semana pasada), ¿Alrededor de cuántas horas en total dedicó (nombre) a esta(s) actividad(es)?</p> <p>SI ES MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00".</p>	Número de horas ..... <input type="text"/>																									



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																				
	<b>DISCIPLINA INFANTIL</b>		<b>CD</b>																																				
CD1	VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO(A) SELECCIONADO EN PREGUNTA SL9: 1 a 14 años <input type="checkbox"/> 15 a 17 años <input type="checkbox"/> → HC1A																																						
CD2	ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA Y NOMBRE DEL NIÑO(A) DE LA PREGUNTA SL9. Número de línea ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre .....																																						
CD3	<p>Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños(as) la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y querría que me dijera si usted o alguien más del hogar ha usado estos métodos con (nombre) en el mes pasado.</p> <p>[A] ¿Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (nombre) le gusta, o no le permitió salir de la casa?</p> <p>[B] ¿Le explicó a (nombre) por qué su comportamiento estuvo mal?</p> <p>[C] ¿Lo(la) sacudió?</p> <p>[D] ¿Le habló alto o le gritó fuerte?</p> <p>[E] ¿Le puso a hacer otra cosa?</p> <p>[F] ¿Le dió una pela, lo(la) golpeó o lo(la) palmeó en las nalgas sólo con la mano?</p> <p>[G] ¿Lo(la) golpeó en las nalgas o en otra parte del cuerpo con algún objeto como cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro?</p> <p>[H] ¿Lo(la) llamó tonto(a), haragán(a) o alguna otra cosa parecida?</p> <p>[I] ¿Lo(la) golpeó o le dio una galleta en la cara, en la cabeza o en las orejas?</p> <p>[J] ¿Lo(la) golpeó o le dio una galleta en la mano, en el brazo o en la pierna?</p> <p>[K] ¿Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Le quitó algún privilegio.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Explicó el comportamiento erróneo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lo(la) sacudió.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Le habló alto o le gritó fuerte.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Le puso a hacer otra cosa.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Le dió una pela, lo(la) golpeó o lo(la) palmeó en el trasero sólo con la mano....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lo(la) golpeó con cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lo(la) llamó tonto(a), haragán(a) o alguna otra cosa parecida.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lo golpeó o dio una galleta en la cara, en la cabeza o en las orejas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lo golpeó o dio una galleta en la mano, en el brazo o en la pierna.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Le quitó algún privilegio.....	1	2	Explicó el comportamiento erróneo.....	1	2	Lo(la) sacudió.....	1	2	Le habló alto o le gritó fuerte.....	1	2	Le puso a hacer otra cosa.....	1	2	Le dió una pela, lo(la) golpeó o lo(la) palmeó en el trasero sólo con la mano....	1	2	Lo(la) golpeó con cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.....	1	2	Lo(la) llamó tonto(a), haragán(a) o alguna otra cosa parecida.....	1	2	Lo golpeó o dio una galleta en la cara, en la cabeza o en las orejas.....	1	2	Lo golpeó o dio una galleta en la mano, en el brazo o en la pierna.....	1	2	Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.....	1	2	
	Sí	No																																					
Le quitó algún privilegio.....	1	2																																					
Explicó el comportamiento erróneo.....	1	2																																					
Lo(la) sacudió.....	1	2																																					
Le habló alto o le gritó fuerte.....	1	2																																					
Le puso a hacer otra cosa.....	1	2																																					
Le dió una pela, lo(la) golpeó o lo(la) palmeó en el trasero sólo con la mano....	1	2																																					
Lo(la) golpeó con cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.....	1	2																																					
Lo(la) llamó tonto(a), haragán(a) o alguna otra cosa parecida.....	1	2																																					
Lo golpeó o dio una galleta en la cara, en la cabeza o en las orejas.....	1	2																																					
Lo golpeó o dio una galleta en la mano, en el brazo o en la pierna.....	1	2																																					
Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.....	1	2																																					
CD4	¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o una niña, él o ella debe ser castigado físicamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe o no opina..... 8																																					

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.		
	CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC		
HC1A	¿Cuál es la religión del jefe o la jefa del hogar?	Católica.....1 Evangélica ..... 2 Adventista..... 3 Testigo de Jehova..... 4 Otra religión..... 6 (Especifique) Ninguna religión..... 7			
HC1B	¿Cuál es la lengua materna o idioma nativo del jefe o la jefa del hogar?	Español..... 1 Creole..... 2 Inglés..... 3 Francés..... 4 Otro idioma..... 6 (Especifique)			
HC2	¿Cuántos cuartos de esta vivienda se usan para dormir?	Número de cuartos ..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
HC3	Material predominante del piso de la vivienda <div>ENTREVISTADORA: ANOTE POR OBSERVACIÓN</div> <div>SI LA ENTREVISTA SE REALIZA FUERA DE LA VIVIENDA Y NO PUEDE OBSERVAR EL PISO, POR FAVOR HAGA LA PREGUNTA.</div>	<b>Piso natural:</b> Tierra ..... 11  <b>Piso terminado:</b> Cerámica..... 33 Cemento..... 34 Granito..... 35 Mármol ..... 36 Mosaico..... 37  Otro..... 96 (Especifique)			
HC4	Material predominante del techo de la vivienda <div>ENTREVISTADORA: ANOTE POR OBSERVACIÓN</div> <div>SI LA ENTREVISTA SE REALIZA FUERA DE LA VIVIENDA Y NO PUEDE OBSERVAR EL TECHO, POR FAVOR HAGA LA PREGUNTA.</div>	<b>Techo natural:</b> Cana, yagua u otras hojas..... 12  <b>Techo terminado:</b> Metal o lata..... 31 Zinc..... 33 Asbesto cemento..... 34 Cemento o concreto..... 35  Otro..... 96 (Especifique)			

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
HC5	<p>Material predominante de las paredes exteriores de la vivienda</p> <div> <b>ENTREVISTADORA:</b>            ANOTE POR OBSERVACIÓN         </div> <div>           SI LA ENTREVISTA SE REALIZA FUERA DE LA VIVIENDA Y NO PUEDE OBSERVAR LAS PAREDES, POR FAVOR HAGA LA PREGUNTA.         </div>	<p><b>Paredes naturales:</b></p> <p>No hay paredes..... 11</p> <p>Tablas de palma..... 12</p> <p>Yagua..... 13</p> <p><b>Paredes rudimentarias:</b></p> <p>Tejamanil (barro con paja y excremento de vaca).. 22</p> <p>Cartón..... 25</p> <p>Madera rústica..... 26</p> <p><b>Paredes terminadas:</b></p> <p>Cemento..... 31</p> <p>Piedra y cemento..... 32</p> <p>Ladrillo..... 33</p> <p>Bloks de cemento..... 34</p> <p>Tabla de madera ..... 36</p> <p>Otra ..... 96</p> <p>(Especifique)</p>	
HC6	<p>¿Qué tipo de combustible se utiliza <u>principalmente</u> en su hogar para cocinar?</p>	<p>Electricidad..... 01</p> <p>Gas propano (GLP)..... 02</p> <p>Gas kerosén..... 05</p> <p>Carbón ..... 07</p> <p>Leña..... 08</p> <p>No se cocinan alimentos en el hogar..... 95</p> <p>Otro ..... 96</p> <p>(Especifique)</p>	<p>HC8</p> <p>→HC8</p>
HC7	<p>¿Por lo general dónde se cocina en este hogar, dentro de la casa, en una edificación separada o al aire libre?</p> <div> <b>ENTREVISTADORA:</b>            SI RESPONDE "DENTRO DE LA CASA" PREGUNTE:            ¿En un cuarto separado utilizado como cocina?         </div>	<p><b>Dentro de la casa</b></p> <p>En una habitación utilizada como cocina..... 1</p> <p>En otra parte de la casa..... 2</p> <p>En una edificación separada..... 3</p> <p>Al aire libre ..... 4</p> <p>Otro ..... 6</p> <p>(Especifique)</p>	
HC8	<p>¿Tiene su hogar...</p> <p>A. electricidad?</p> <p>B. radio?</p> <p>C. televisor?</p> <p>D. teléfono fijo?</p> <p>E. nevera?</p> <p>F. estufa?</p> <p>G. lavadora de ropa?</p> <p>H. inversor?</p> <p>I. bomba de agua?</p> <p>J. plancha eléctrica?</p> <p>K. internet?</p> <p>L. aire acondicionado?</p> <p>M. horno- microondas?</p> <p>N. computadora de escritorio?</p> <p>O. colchones para dormir?</p> <p>P. un sofá?</p> <p>Q. un juego de mesa y sillas?</p> <p>R. una vitrina?</p>	<p><b>Sí No</b></p> <p>Electricidad..... 1 2</p> <p>Radio..... 1 2</p> <p>Televisor..... 1 2</p> <p>Teléfono fijo..... 1 2</p> <p>Nevera..... 1 2</p> <p>Estufa..... 1 2</p> <p>Lavadora de ropa..... 1 2</p> <p>Inversor..... 1 2</p> <p>Bomba de agua..... 1 2</p> <p>Plancha eléctrica..... 1 2</p> <p>Internet..... 1 2</p> <p>Aire acondicionado..... 1 2</p> <p>Horno- microondas..... 1 2</p> <p>Computadora de escritorio..... 1 2</p> <p>Colchones para dormir..... 1 2</p> <p>Sofá..... 1 2</p> <p>Juego de mesa y sillas..... 1 2</p> <p>Vitrina..... 1 2</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
HC9	<p>¿Algún miembro de su hogar tiene...</p> <p>A. reloj de pulsera?</p> <p>B. teléfono celular?</p> <p>C. bicicleta?</p> <p>D. motor o pasola?</p> <p>E. carreta halada por animales?</p> <p>F. carro o camioneta?</p> <p>G. bote con motor?</p> <p>H. laptop?</p> <p>I. tableta (como Ipad o Samsung Galaxy)?</p> <p>J. jeepeta o jeep?</p> <p>K. camión?</p>	<p style="text-align: right;"><b>Si No</b></p> <p>Reloj de pulsera.....1 2</p> <p>Teléfono celular .....1 2</p> <p>Bicicleta.....1 2</p> <p>Motor o pasola .....1 2</p> <p>Carreta halada por animales.....1 2</p> <p>Carro o camioneta.....1 2</p> <p>Bote con motor.....1 2</p> <p>Laptop.....1 2</p> <p>Tableta (como Ipad o Samsung Galaxy).....1 2</p> <p>Jeepeta o jeep.....1 2</p> <p>Camión.....1 2</p>	
HC10	<p>¿Es usted o alguna de las personas que viven en este hogar propietario de la vivienda?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  SI ES "NO" PREGUNTE:  ¿Usted alquila la vivienda de alguien que no vive en el hogar?  SI ALQUILA A ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO "2"</p> </div>	<p>Propietario.....1</p> <p>Alquilada..... 2</p> <p>Prestada o cedida..... 3</p> <p>Otro..... 6</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	
HC11	<p>¿Algún miembro del hogar es propietario de algunas tierras que puedan usarse para agricultura?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	→HC13
HC12	<p>¿Cuántas tareas de tierra agrícola poseen los miembros de este hogar?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  SI ES MENOS DE 1 ANOTE "0000" SI ES 1,600 O MÁS ANOTE "1,600" SI NO SABE O NO RESPONDE ANOTE "9998"</p> </div>	<p>Tareas..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
HC13	<p>¿Posee algún miembro del hogar algún ganado, rebaño, aves de corral u otros animales?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	→HC15
HC14	<p>¿Cuántos de los siguientes animales posee el hogar?</p> <p>A. ¿Ganado, vacas lecheras o toros?</p> <p>B. ¿Caballos, burros o mulas?</p> <p>C. ¿Cabras?</p> <p>D. ¿Ovejas?</p> <p>E. ¿Gallos, gallinas y pollos?</p> <p>F. ¿Cerdos?</p> <p>G. ¿Pavos?</p> <p>H. ¿Patos?</p> <p>I. ¿Guineas?</p> <p>J. ¿Chivos?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  SI NO POSEE NINGUNO DE CADA UNO DEL TIPO DE ANIMAL SOBRE EL QUE SE ESTA PREGUNTANDO ANOTE "00" SI ES 95 O MÁS ANOTE "95" SI NO SABE O NO RESPONDE ANOTE "98".</p> </div>	<p>A. Ganado, vacas lecheras o toros..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>B. Caballos, burros o mulas..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>C. Cabras..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D. Ovejas..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>E. Gallos, gallinas y pollos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>F. Cerdos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>G. Pavos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>H. Patos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>I. Guineas..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>J. Chivos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
HC15	<p>¿Algún miembro de este hogar tiene una cuenta bancaria?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>AGUA Y SANEAMIENTO</b>			<b>WS</b>
WS1	¿Cuál es la fuente <u>principal</u> de agua para beber que utilizan los miembros de este hogar?	<b>Agua por tubería de la red pública</b> Por tubería dentro de la vivienda..... 11 Por tubería en el patio, solar o terreno..... 12 Por tubería de la casa o patio de un vecino..... 13 Llave pública..... 14 Por tubería de pozo..... 21 <b>Pozo cavado</b> Pozo protegido o con brocal..... 31 Pozo no protegido o sin brocal..... 32 <b>Agua de manantial</b> Manantial protegido..... 41 Manantial no protegido..... 42 Agua de lluvia..... 51 Camión cisterna..... 61 Camioncito..... 62 Carreta con tanque pequeño..... 71 Agua de río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de riego..... 81 Agua embotellada o envasada (botellones)..... 91 Otro _____ 96 (Especifique)	WS6 WS3 WS3
WS2	¿Cuál es la fuente <u>principal</u> de abastecimiento de agua utilizada en su hogar para otros fines tales como cocinar y lavarse las manos?	<b>Agua por tubería de la red pública</b> Por tubería dentro de la vivienda..... 11 Por tubería en el patio, solar o terreno..... 12 Por tubería de la casa o patio de un vecino..... 13 Llave pública..... 14 Por tubería de pozo..... 21 <b>Pozo cavado</b> Pozo protegido o con brocal..... 31 Pozo no protegido o sin brocal..... 32 <b>Agua de manantial</b> Manantial protegido..... 41 Manantial no protegido..... 42 Agua de lluvia..... 51 Camión cisterna..... 61 Camioncito..... 62 Carreta con tanque pequeño..... 71 Agua de río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de riego..... 81 Otro _____ 96 (Especifique)	WS6
WS3	¿Dónde se encuentra esa fuente de agua?	En el interior de la vivienda..... 1 En el patio de la vivienda..... 2 En otro lado..... 3	WS6
WS4	¿Cuánto tiempo le toma ir al lugar donde busca el agua y volver a la casa?	Número de minutos..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 998	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
WS5	¿Quién va habitualmente a ese lugar a buscar el agua para su hogar? <div> <b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b>            ¿Esa persona es menor de 15 años?            ¿Esa persona es varón o hembra?         </div>	Una mujer adulta de 15 años o más..... 1 Un hombre adulto de 15 años o más..... 2 Una niña menor de 15 años..... 3 Un niño menor de 15 años..... 4 No sabe..... 8	
WS6	¿Le da algún tratamiento al agua o le hace algo para hacerla más segura para beber?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	WS8
WS7	Usualmente, ¿Qué tratamiento le hacen al agua para hacerla más segura para beber? <div> <b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b>            ¿Algo más?            ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS         </div>	La hierven..... A Le añaden cloro..... B La filtran o la cuelean con una tela..... C Utilizan un filtro para agua (cerámica, arena, compuestos, etc.)..... D La dejan reposar y asentar..... F Otro..... X (Especifique) No sabe..... Z	
WS8	¿Qué tipo de servicio sanitario utilizan por lo general los miembros de este hogar? <div> <b>ENTREVISTADORA:</b>            SI RESPONDE INODORO            INDAGUE:            ¿Hacia dónde descarga?            SI ES NECESARIO, PIDA PERMISO PARA MIRAR LA INSTALACIÓN         </div>	<b>Chorro o baldeo</b> Inodoro con descarga al alcantarillado público o cloaca..... 11 Inodoro con descarga a pozo séptico..... 12 Letrina a pozo negro u hoyo..... 13 Inodoro con descarga a río, cañada u otro..... 14 Inodoro con descarga a lugar desconocido..... 15 <b>Letrina de fosa</b> Letrina con cajón..... 21 Letrina sin cajón..... 22 Cubeta..... 41 Bacinilla..... 42 No hay instalación sanitaria, va al monte..... 95 Otro..... 96 (Especifique)	→HW1 →HW1
WS9	¿Comparte usted este servicio sanitario con otras personas que no son miembros de su hogar?	Sí..... 1 No..... 2	→HW1
WS10	¿Comparte usted este servicio sanitario únicamente con miembros de otros hogares que usted conoce, o la instalación está abierta al uso del público en general?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general)..... 1 Servicio sanitario público..... 2	→HW1
WS11	¿Cuántos hogares en total utilizan este servicio sanitario, incluido el suyo?	Número de hogares..... <input type="text"/> No sabe..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>LAVADO DE MANOS</b>		<b>HW</b>
HW1	Nos gustaría conocer sobre los espacios que utilizan los hogares para lavarse las manos.  ¿Puede mostrarme qué lugar usan con mayor frecuencia los miembros de este hogar para lavarse las manos?	Lugar observado ..... 1 <b>Lugar no observado</b> No está en la vivienda, en el patio o el solar..... 2 No obtuvo permiso para ver el lugar..... 3 Otra razón ..... 6 (Especifique)	HW4
HW2	<b>ENTREVISTADORA:</b> OBSERVE SI HAY AGUA EN EL LUGAR ESPECÍFICO PARA EL LAVADO DE LAS MANOS.  VERIFIQUE LA LLAVE, PONCHERA, CUBO U OTROS OBJETOS SIMILARES PARA LA PRESENCIA DE AGUA.	Hay agua disponible..... 1 No hay agua disponible..... 2	
HW3A	¿Hay jabón o detergente en el lugar específico para el lavado de las manos?	Sí, presente..... 1 No presente..... 2	→HW4
HW3B	ANOTE POR OBSERVACIÓN.  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS OPCIONES OBSERVADAS</div>	Jabón en barra..... A Detergente en polvo, líquido o en pasta..... B Jabón líquido..... C	HH19
HW4	¿Hay en el hogar jabón o detergente para lavarse las manos?	Sí..... 1 No..... 2	
HW5A	¿Podría mostrármelo, por favor?	Sí, mostrado..... 1 No mostrado..... 2	→HH19
HW5B	ANOTE POR OBSERVACIÓN.  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS OPCIONES OBSERVADAS</div>	Jabón en barra..... A Detergente en polvo, líquido o en pasta..... B Jabón líquido..... C	

HH19	Anote la hora y los minutos de finalización de la entrevista.	Hora y minutos..... <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
------	---	---

<p><b>HH20 ENTREVISTADORA:</b> Agradezca al entrevistado(a) su cooperación y verifique la lista de miembros del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> En la lista de miembros del hogar (HL7) se ha llenado un cuestionario separado de mujeres individuales para cada mujer de edad 15 a 49 años</p> <p><input type="checkbox"/> En la lista de miembros del hogar (HL7B) se ha llenado un cuestionario separado de niños(as) menores de 5 años.</p> <p>Vuelva a la carátula del cuestionario y asegúrese de que el resultado de la entrevista del hogar, pregunta (HH9), el nombre y número de línea del informante del cuestionario del hogar, pregunta (HH10), y el número de mujeres elegibles, pregunta (HH12), y niño(as) menores de 5 años, pregunta (HH14) estén completos.</p> <p>Haga arreglos para la aplicación del(los) cuestionario(s) restantes en este hogar.</p>
---

**Observaciones de la Entrevistadora**

**Observaciones de la Supervisora de Campo**

**Observaciones del Supervisor Nacional y de Calidad  
de la Información**



NOMBRE		PARENTESCO	SEXO	HL5- ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre) ?
HL1	<p>HL2- Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, empezando por el jefe o jefa del hogar.</p> <p>ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA QUE CORRESPONDA AL INFORMANTE</p> <p>LUEGO PREGUNTE: ¿Hay alguna otra persona(s) que viva(n) aquí aunque no se encuentre en este momento?</p> <p>ENTREVISTADORA: SI RESPONDE "SI", COMPLETE LAS PREGUNTAS HL2, HL3 Y HL4 DE LA LISTA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. DESPUÉS, EMPEZANDO CON HL5, HAGA TODAS LAS PREGUNTAS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS. USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL SI SE UTILIZARON TODAS LAS LÍNEAS DE LA LISTA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. SONDEE PARA LOS MIEMBROS ADICIONALES EN EL HOGAR. PREGUNTE ESPECIALMENTE POR ALGUN NIÑO(A) PEQUEÑO(A) QUE NO HAYA SIDO INCLUIDO(A) EN LA LISTA DE HOGAR, Y POR OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN MIEMBROS DE LA FAMILIA (COMO EMPLEADO DOMÉSTICO, AMIGOS) PERO QUE POR LO GENERAL, VIVAN EN EL HOGAR. INCLUYA LOS NOMBRES DE ESTOS MIEMBROS ADICIONALES EN LA LISTA DEL HOGAR Y COMPLETE EL CUESTIONARIO SEGUN CORRESPONDA.</p>	<p>HL3- ¿Cuál es la relación de parentesco de (nombre) con el jefe o jefa del hogar?</p> <p>Es el jefe o jefa.....01 Esposo(a) o compañero(a).....02 Hijo(a).....03 Yerno o nuera.....04 Nieto(a).....05 Padre o madre.....06 Suegro(a).....07 Hermano(a).....08 Cunado(a).....09 Tío(a).....10 Sobrina(o).....11 Otro parentesco.....12 Adoptado(a), hijo(a) de crianza.....13 Trabajador(a) doméstico(vive en el hogar).....14 Otro (sin parentesco).....96</p>	<p>HL4- ¿Es (nombre) varón o hembra?</p> <p>ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE</p> <p>Varón      Hembra</p>	<p>HL5- ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre) ?</p> <p>ENTREVISTADORA: 1. SI LA PERSONA ES MENOR DE 1 AÑO ANOTE "00". 2. SI LA PERSONA TIENE 95 AÑOS O MÁS, ANOTE "95". 3. SI NO SE SABE LA EDAD DE LA PERSONA PROCURE QUE EL ENTREVISTADO O UN FAMILIAR PRESENTE ESTIME UNA EDAD Y ANOTELA.</p>
No. de línea				
01		0 1	1 2	EDAD
02			1 2	
03			1 2	
04			1 2	
05			1 2	
06			1 2	
07			1 2	
08			1 2	
09			1 2	
10			1 2	
11			1 2	
12			1 2	
MARQUE EN EL RECUADRO CON UNA X SI USÓ UN CUESTIONARIO ADICIONAL				



## Apéndice F2. Cuestionario de mujeres



REPÚBLICA DOMINICANA  
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadística



### ② Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - MICS 2014)

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del  
Cuestionario

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL					
WM1- Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....					
WM1A- No. de orden del hogar ocupado en el registro .....					
WM2- No. de orden del hogar en la muestra .....					
WM3- Nombre de la mujer entrevistada .....					
WM4- Número de línea de la mujer entrevistada.....					
<p>REPITA EL SALUDO DE INTRODUCCIÓN SI NO FUE LEÍDO ANTERIORMENTE A ESTA MUJER.</p> <p>Somos de la Oficina Nacional de Estadística, estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, las familias y los hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencial y anónima.</p>			<p>REPITA EL SALUDO DE INTRODUCCIÓN SI NO FUE LEÍDO ANTERIORMENTE A ESTA MUJER.</p> <p>Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Toda información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencial y anónima.</p>		
VISITAS PARA ENTREVISTA					
	1	2	3	Fecha del resultado de la entrevista de la mujer	
Fecha (dd/mm/aa).....				WM6- Día Mes Año	
Nombre de la entrevistadora .....				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div>2</div><div>0</div><div>1</div><div>4</div></div> </div>	
Resultado de visita.....				WM6A- Número total de visitas.....	
Próxima visita: fecha .....				WM7- Resultado final de la entrevista.....	
hora .....					
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DE MUJER					
ENTREVISTADORA: ENCIERRE Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DE MUJER (WM7)					
Completada.....					01
Ausente.....					02
Rechazada.....					03
Parcialmente completada.....					04
Incapacitada para responder.....					05
Otro .....					96
(Especifique)					
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENCUESTA					
WM5- Nombre y código de la entrevistadora .....					
WM5A- Nombre y código de la supervisora .....					Fecha de revisión ____ / ____ / 2014
WM8- Nombre y código del(la) crítico codificador(a) .....					
WM9- Nombre y código del(la) digitador(a) .....					
WM10- Anote la hora y los minutos de inicio:			Hora		Minutos

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>ANTECEDENTES DE LA MUJER</b>			
	ESTE CUESTIONARIO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD (VERIFIQUE LA LISTA DE MUJERES ELEGIBLES PREGUNTA HL7 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR). LLENE UN CUESTIONARIO PARA CADA MUJER ELEGIBLE.		
WB1	<p>¿En qué día, mes y año nació usted?</p> <div> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>SI LA ENTREVISTADA NO SABE SU FECHA DE NACIMIENTO PROCURE ESTIMAR EL MES Y EL AÑO</p> </div>	<p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Día..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe el día..... 98</p> <p>Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
WB2	<p>¿Cuántos años tiene usted?</p> <div> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>INDAGUE: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños?</p> </div>	<p>Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<b>ENTREVISTADORA:</b> COMPARE PREGUNTA WB1 Y PREGUNTA WB2 SI SON DIFERENTES CORRIJA Y LUEGO CONTINUE CON LA ENTREVISTA.			
WB3	<p>¿Ha asistido usted alguna vez a la escuela o colegio?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → WB7</p>	
WB4	<p>¿Cuál es el nivel más alto al que ha asistido usted en la escuela o colegio?</p>	<p>Inicial o Pre-escolar..... 0 → WB7</p> <p>Básica o Primaria..... 1</p> <p>Media o Secundaria..... 2</p> <p>Universitario o Superior..... 3</p>	
WB5	<p>¿Cuál es el curso o año más alto que usted completó en ese nivel?</p> <div> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>SI NO COMPLETÓ EL PRIMER CURSO O AÑO DE ESTE NIVEL, ANOTE "00"</p> </div>	<p>Curso ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p><b>WB6 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB4</b></p> <p>Si la respuesta es "1" <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "2" ó "3" <input type="checkbox"/> → MT1</p>			
WB7	<p>Ahora, me gustaría que usted me leyera esta frase.</p> <div> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>MUESTRE LAS FRASES EN LA TARJETA A LA PERSONA ENTREVISTADA. SI NO PUEDE LEER LA FRASE COMPLETA, INDAGUE:</p> <p>¿Puede leerme parte de la frase?</p> </div>	<p>No puede leer nada..... 1</p> <p>Puede leer sólo parte de la frase..... 2</p> <p>Puede leer la frase completa..... 3</p> <p>La frase no estaba en el idioma requerido..... 4</p> <p>(Especifique el idioma)</p> <p>Ciega o impedida de la vista..... 5</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>MT</b>			
MT1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA WB7:</b> La entrevistada no puede leer nada, es ciega o impedida de la vista (WB7=1 ó 5) <input type="checkbox"/> → MT3  La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) <input type="checkbox"/> La entrevistada puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7=2, 3 ó 4) <input type="checkbox"/>		
MT2	¿Con qué frecuencia lee usted un periódico o revista? ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT3	¿Con que frecuencia escucha usted la radio, casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT4	¿Con qué frecuencia ve usted la televisión, casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT5	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB2 (EDAD)</b>  La entrevistada tiene de 15 a 24 años de edad <input type="checkbox"/>	La entrevistada tiene de 25 a 49 años de edad <input type="checkbox"/> → CM1	
MT6	¿Alguna vez usó usted una computadora?	Sí..... 1 No..... 2 → MT9	
MT7	¿Ha usado usted una computadora en algún lugar en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 → MT9	
MT8	En el último mes, ¿Con qué frecuencia usó usted una computadora?, ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT9	¿Alguna vez usó usted Internet?	Sí..... 1 No..... 2 → CM1	
MT10	En los últimos 12 meses ¿Usó usted alguna vez Internet? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI RESPONDE "NO", INDAGUE SI SE USÓ EN ALGÚN LUGAR, CON CUALQUIER DISPOSITIVO.	Sí..... 1 No..... 2 → CM1	
MT11	En el último mes, ¿Con qué frecuencia usó usted Internet?, ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>FECUNDIDAD - HISTORIAL DE NACIMIENTOS</b>		
		<b>CM</b>	
CM1	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que ha tenido usted durante toda su vida, ¿Ha dado usted a luz alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 → CM8	
CM4	¿Tiene usted algún hijo(s) o hija(s) a quién haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted?	Sí..... 1 No..... 2 → CM6	
CM5	¿Cuántos hijos varones viven con usted ahora?  ¿Cuántas hijas viven con usted ahora?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Hijos varones viviendo en casa.. <input type="text"/> <input type="text"/>  Hijas viviendo en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM6	¿Tiene algún hijo(s) o hija(s) vivo a quién haya dado a luz pero que no esté viviendo con usted ahora?	Sí..... 1 No..... 2 → CM8	
CM7	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted?  ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Hijos varones viviendo en otro lugar. <input type="text"/> <input type="text"/>  Hijas viviendo en otro lugar..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM8	¿Ha dado usted a luz alguna vez algún hijo o hija que nació vivo pero falleció después?  <b>ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE PREGUNTANDO LO SIGUIENTE:</b>  Me refiero a un(a) niño(a) que alguna vez respiró, lloró, o mostró algún signo de vida aún cuando haya estado vivo(a) por sólo unos pocos minutos u horas.	Sí..... 1 No..... 2 → CM10	
CM9	¿Cuántos niños varones suyo han fallecido?  ¿Cuántas niñas suya han fallecido?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Niños varones fallecidos..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Niñas fallecidas..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM10	<b>ENTREVISTADORA: SUME LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS CM5, CM7 Y CM9.</b>	Total de hijos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM11	Sólo para asegurarme de que tengo la información correcta, usted tuvo en total (NÚMERO TOTAL EN CM10) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Es así?  <input type="checkbox"/> Sí. → Verifique abajo: <input type="checkbox"/> No nacidos vivos → Pase a "Síntomas de enfermedad" <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos → Continúe con el módulo de Historial de nacimientos  <input type="checkbox"/> No. → Verifique las respuestas de las preguntas CM1 a CM10 y HAGA LAS CORRECCIONES NECESARIAS ANTES DE CONTINUAR CON EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS O MÓDULO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES, PÁGINA 15.		

HISTORIAL DE NACIMIENTOS												BH	
Ahora me gustaría anotar los nombres de todos sus hijas o hijos nacidos a los que haya dado a luz, estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo. EN LA PREGUNTA BH1, ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS. REGISTRE LOS GEMELOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS. SI HAY MÁS DE 13 HIJOS NACIDOS, USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL.													
No. Línea	BH1 ¿Cuál es el nombre de su primer hijo o hija?	BH2 ¿Alguno de estos nacimientos fue de mellizos o gemelos?	BH3 ¿Es (nombre) varón o hembra?	BH4 ¿En qué mes y año nació (nombre)?	BH5 ¿Está (nombre) vivo o viva?	Pase a preg.	BH6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	BH7 ¿Vive (nombre) con usted?	BH8 ANOTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EL NÚMERO DE LA LÍNEA DEL HIJO O HIJA (DE HL1)	Pase a preg.	BH9 SI HA FALLECIDO PREGUNTE: ¿Qué edad tenía (nombre) cuando falleció?	BH10 ¿Hubo algún otro hijo nacido vivo entre (nombre del nacido anterior) y (nombre), inclusive cualquier hijo(a) que falleciera después de nacer?	
BH	¿Cuál es el nombre de su segundo hijo o hija?						ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS SI ES MENOR DE UN AÑO. ANOTE "00"				ENTREVISTADORA: SI ES UN "1 AÑO", ¿Cuántos meses tenía (nombre)?		
	LUEGO CONTINUE PREGUNTANDO LOS NOMBRES DE LOS SIGUIENTES HIJOS E HIJAS.										SI ES MENOS DE 1 MES: ANOTE NO. DE DÍAS SI ES MENOS DE 2 AÑOS: ANOTE NÚMERO DE MESES SI 2 O MÁS AÑOS: ANOTE NÚMERO DE AÑOS		
	Nombre	Único	Múltiple	Mes	Año	Sí	No	Edad	Sí	No	Número de línea	Prox. línea	
01		1	2			1	2		1	2			
02		1	2			1	2		1	2			
03		1	2			1	2		1	2			
04		1	2			1	2		1	2			
05		1	2			1	2		1	2			
06		1	2			1	2		1	2			
07		1	2			1	2		1	2			

HISTORIAL DE NACIMIENTOS												BH			
Ahora me gustaría anotar los nombres de todos sus hijos o hijos nacidos a los que haya dado a luz, estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo. EN LA PREGUNTA BH1, ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS. REGISTRE LOS GEMELOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS. SI HAY MÁS DE 13 HIJOS NACIDOS, USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL.															
No. Línea	BH1 ¿Cuál es el nombre de su primer hijo o hija?	BH2 ¿Alguno de estos nacimientos fue de mellizos o gemelos?	BH3 ¿Es (nombre) varón o hembra?	BH4 ¿En qué mes y año nació (nombre)?	BH5 ¿Está (nombre) vivo o viva?	Pase a preg.	BH6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	BH7 ¿Vive (nombre) con usted?	BH8 ANOTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EL NÚMERO DE LINEA DEL HIJO O HIJA (DE HL1)	Pase a preg.	BH9 SI HA FALLECIDO PREGUNTE: ¿Qué edad tenía (nombre) cuando falleció?	BH10 ¿Hubo algún otro hijo nacido vivo entre (nombre del nacido anterior) y (nombre), inclusive cualquier hijo(a) que falleciera después de nacer?			
				Mes	Año	Sí	No	Edad	Sí	No	Unidad	Número	Sí	No	
				Varón	Hembra			Número de línea			Días..... 1 Meses..... 2 Años..... 3				
08		1 2	1 2			1 2	1 2			Prox. línea			1	2	
09		1 2	1 2			1 2	1 2			BH10			1	2	
10		1 2	1 2			1 2	1 2			BH10			1	2	
11		1 2	1 2			1 2	1 2			BH10			1	2	
12		1 2	1 2			1 2	1 2			BH10			1	2	
13		1 2	1 2			1 2	1 2			BH10			1	2	
BH11 ¿Ha tenido usted algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (nombre del último hijo nacido en el módulo de historial de nacimientos)?												Sí..... 1 No..... 2		ANOTE EL HIJO(S) NACIDO(S) EN EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS	



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
CM12A	<b>ENTREVISTADORA, COMPARE EL NÚMERO EN LA PREGUNTA CM10 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN EL MÓDULO HISTORIAL DE NACIMIENTOS DE LA PÁGINA 5 Y 6, VERIFIQUE:</b> Los números son iguales <input type="checkbox"/>	Si los números son diferentes, <input type="checkbox"/> indague y corrija	
CM13	<b>VERIFIQUE BH4 EN EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS: EL ÚLTIMO NACIMIENTO FUE EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS; ES DECIR, DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DE 2012, SI EL MES DE LA ENTREVISTA Y EL MES DEL NACIMIENTO ES EL MISMO, Y EL AÑO DEL NACIMIENTO ES 2012, CONSIDERE ESTO COMO UN NACIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS). <b>CONSULTE LA TABLA DE REFERENCIA.</b></b> <input type="checkbox"/> No tuvo hijos nacidos vivos en los últimos dos años. → Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD(IS1) <input type="checkbox"/> Uno o más hijos nacidos vivos en los dos últimos años. → Anote el nombre del último niño o niña nacida y continúe con el siguiente módulo . Nombre del último niño nacido o niña nacida _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>SI EL NIÑO(A) HUBIERA FALLECIDO, TENGA CUIDADO ESPECIAL CUANDO SE REFIERA A ESTE NIÑO(A) POR SU NOMBRE EN LOS SIGUIENTES MÓDULOS.</b> </div>		
<b>ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO</b>			
	<b>ENTREVISTADORA, ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON UN HIJO NACIDO VIVO EN LOS DOS (2) AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.</b> <b>VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANÓTELO EN LA LÍNEA CORRESPONDIENTE _____.</b> <b>UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO O LA NIÑA EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA</b>		
DB1	Cuando quedó embarazada de (nombre), ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento?	Sí..... 1 → MN1 No..... 2	
DB2	¿Quería usted tener un hijo(a) más adelante o ya no quería tener (más) hijos(as)?	Más adelante..... 1 No más..... 2 → MN1	
DB3	¿Cuánto tiempo más quería usted esperar? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  <b>ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO LA EXPRESE LA ENTREVISTADA</b> </div>	Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 998	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.												
<b>MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO MN</b>															
	<p>ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS DOS (2) AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.  VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANOTELO EN LA LÍNEA CORRESPONDIENTE: _____  UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO(A) EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA.</p>														
MN1	¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	→MN5												
MN2	¿A quién consultó? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  INDAGUE:  ¿Alguna otra persona?   INDAGUE A QUÉ TIPO DE PERSONA CONSULTÓ Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS </div>	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Otro..... X (Especifique)													
MN2A	¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para éste embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO LA DIGA LA ENTREVISTADA </div>	Semanas..... 1 <input type="text"/> Meses..... 2 <input type="text"/> No sabe..... 98													
MN3	¿Cuántos chequeos prenatales recibió usted durante este embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL NÚMERO DE VECES EN QUE RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL. SI SE DA UN RANGO, REGISTRE EL NÚMERO MÍNIMO DE VECES DE ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA. </div>	Número de veces..... <input type="text"/> No sabe..... 98													
MN4	Como parte de su chequeo prenatal, ¿Le realizaron las siguientes pruebas al menos una vez? A. ¿Le tomaron la presión arterial? B. ¿Le tomaron una muestra de orina? C. ¿Le tomaron una muestra de sangre?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2	
	Sí	No													
Presión arterial.....	1	2													
Muestra de orina.....	1	2													
Muestra de sangre.....	1	2													
MN5	¿Tiene usted alguna tarjeta u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  PÍDALE POR FAVOR QUE LE MUESTRE LA TARJETA O DOCUMENTO.   SI SE MUESTRA LA TARJETA, ÚSELA PARA AYUDARSE CON LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. </div>	Sí (ví la tarjeta)..... 1 Sí (no ví la tarjeta)..... 2 No..... 3 No sabe..... 8													
MN6	Cuando usted estaba embarazada de (nombre), ¿Recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebé le diera tétano, es decir, convulsiones después de nacer?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	} MN9												
MN7	¿Cuántas veces recibió usted la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (nombre)?	Número de veces..... <input type="text"/> No sabe..... 8	→MN9												

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
MN8	<b>ENTREVISTADORA, ¿DE CUÁNTAS INYECCIONES ANTITETÁNICAS DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO SE INFORMÓ EN MN7?</b> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. <input type="checkbox"/>	Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo <input type="checkbox"/>	MN17
MN9	¿Recibió usted alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (nombre), sea para protegerla a usted o a otro(a) niño(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	MN17
MN10	¿Cuántas veces recibió usted una inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI FUERON 7 O MÁS VECES, ANOTE "7".	Número de veces..... <input type="text"/> No sabe..... 8	MN17
MN11	¿Cuántos años hace que recibió usted la última inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI FUE MENOS DE UN (1) AÑO, ANOTE "00".	Hace ..... <input type="text"/> años	
MN17	¿Quién la atendió en el parto de (nombre)? <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Alguien más? INDAGUE QUÉ TIPO DE PERSONA LA ATENDIÓ Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS SI LA ENTREVISTADA DICE QUE NADIE LA ATENDIÓ, INDAGUE PARA DETERMINAR SI HABÍA ADULTOS PRESENTES EN EL MOMENTO DEL PARTO.	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro..... X (Especifique)	
MN18	¿Dónde dio a luz a (nombre)? <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE LUGAR. SI NO SE PUEDE DETERMINAR SI FUE PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.  _____ (Nombre del lugar)	<b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa..... 12 <b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público..... 26 (Especifique) <b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36 Otro..... 96 (Especifique)	MN20
MN19	¿Nació (nombre) por cesárea? Es decir, ¿Le cortaron su barriga para sacar al bebé?	Sí..... 1 No..... 2	MN20

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
MN19A	¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea? ¿Antes de los dolores o después que empezaron los dolores?	Antes..... 1 Después..... 2	
MN20	Cuando nació (nombre), ¿Era él o ella muy grande, era más grande que el promedio, era tamaño promedio, era más pequeño que el promedio o muy pequeño?	Muy grande..... 1 Más grande que el promedio..... 2 Tamaño promedio..... 3 Más pequeño que el promedio..... 4 Muy pequeño..... 5 No sabe..... 8	
MN21	¿Se pesó a (nombre) al nacer?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	MN23
MN22	¿Cuánto pesó (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> TRANSCRIBA EL PESO DE LA TARJETA DE SALUD, SI ESTÁ DISPONIBLE.	De la tarjeta.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> lb. <input type="text"/> <input type="text"/> Onza De la memoria.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> lb. <input type="text"/> <input type="text"/> Onza No sabe o no recuerda.....99998	
MN23	¿Le volvió su período menstrual después del nacimiento de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	
MN24	¿Alguna vez le dió usted el pecho o seno a (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	Módulo PN Pág. 11
MN25	¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dió usted el pecho o el seno a (nombre) por primera vez?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA ES MENOS DE UNA HORA ANOTE "00" HORA. SI MENOS DE 24 HORAS ANOTE HORAS. EN CUALQUIER OTRO CASO ANOTE DÍAS.	Inmediatamente..... 00 Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda..... 98	
MN26	Durante los tres primeros días después del parto, ¿Se le dió algo de tomar a (nombre) que no fuera leche materna?	Sí..... 1 No..... 2	Módulo PN Pág. 11
MN27	¿Qué se le dió a (nombre) de tomar?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Algo más?	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola..... B Agua con azúcar o con glucosa..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebé..... G Té o infusiones..... H Miel..... I Otro..... X (Especifíque)	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>CONTROLES DE SALUD POST-NATAL</b>		
		<b>PN</b>	
	<b>ENTREVISTADORA</b> , ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS 2 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA. VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANOTELO EN LA RAYA CORRESPONDIENTE: _____ UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO(A) EN LAS PRÓXIMAS PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA.		
<b>PN1</b>	<b>ENTREVISTADORA</b> , VERIFIQUE PREGUNTA MN18: ¿EL NIÑO O LA NIÑA NACIÓ EN UN CENTRO DE SALUD? Sí, (MN18= 21 al 26) ó (del 31 al 36) <input type="checkbox"/> No, (MN18= 11, 12 ó 96) <input type="checkbox"/>		<b>PN6</b>
<b>PN2</b>	<p>▼ Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de lo que sucedió durante las horas y días después del nacimiento de (nombre).</p> <p>Usted dijo que dio a luz en (nombre o tipo de centro en MN18).  ¿Cuánto tiempo permaneció allí después del parto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS.  SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS.  DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS. </div>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/></p> <p>No sabe o no recuerda.....998</p>	
<b>PN3</b>	<p>Me gustaría hablarle acerca de las evaluaciones de salud de (nombre) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (nombre) para revisar el cordón umbilical o ver si (nombre) estaba bien.</p> <p>Antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en la pregunta MN18), ¿Evaluó alguien la condición de salud de (nombre)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<b>PN4</b>	<p>¿Y han evaluado la condición de salud de usted, es decir, al hacerle preguntas sobre la condición de salud de usted o la han examinado?</p> <p>¿Alguien examinó las condiciones de salud de usted antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN18)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<b>PN5</b>	<p>Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que paso después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN18).</p> <p>¿Alguien examinó las condiciones de salud de (nombre) después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en la pregunta MN18)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<b>PN11</b> <b>PN16</b>

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>PN6</b>	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN17:</b> ¿LA ATENDIÓ EN EL PARTO ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD, UNA PARTERA O COMADRONA TRADICIONAL O UNA TRABAJADORA DE SALUD COMUNITARIA? Sí, (Respondió en MN17 cualquier opción desde A hasta la G) <input type="checkbox"/>	No, (No hay respuestas encerradas desde A hasta G) <input type="checkbox"/>	→ <b>PN10</b>
<b>PN7</b>	Usted ya ha dicho que (persona o personas en (MN17) la asistió durante el parto. Ahora me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (nombre) después del parto, por ejemplo, alguien ha examinado a (nombre), revisado el cordón umbilical o el ombligo o ha visto si (nombre) estaba bien.  Después del parto y antes de que se marchara (del centro de salud), ¿persona o personas en (MN17), se chequeó la salud de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	
<b>PN8</b>	¿Y (persona o personas en (MN17) chequeó la salud de usted antes de que se marchara?  Cuando digo revisar o examinar su condición de salud, me refiero a evaluar la condición de salud de usted; Por ejemplo, haciéndole preguntas acerca de su salud o examinándola.	Sí..... 1 No..... 2	
<b>PN9</b>	Después de que (persona o personas en MN17) se marchara, ¿Chequeó alguien la salud de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	→ <b>PN11</b> → <b>PN18</b>
<b>PN10</b>	Me gustaría hablarle de los controles de salud de (nombre) después del parto, alguien que examinara a (nombre), chequeara el cordón umbilical o el ombligo, o viera si el bebé se encontraba bien.  Después de el nacimiento de (nombre) ¿Chequeó alguien la salud de él o ella?	Sí..... 1 No..... 2	→ <b>PN19</b>
<b>PN11</b>	¿Esta revisión o chequeo ocurrió sólo una vez, o más de una vez?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	→ <b>PN12A</b> → <b>PN12B</b>
<b>PN12A</b>	¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión o chequeo?	Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>PN12B</b>	¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas revisiones o chequeos?	Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>ENTREVISTADORA:</b> SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS. DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS.	No sabe o no recuerda.....998	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
PN13	¿Quién chequeó la salud de (nombre) en aquel momento?	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D  <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro..... X (Especifique)	
PN14	¿Dónde se realizó este chequeo?  Indague para identificar el tipo de lugar.  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA PERSONA ENTREVISTADA NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.  _____ (Nombre del lugar)	<b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa..... 12  <b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público..... 26 (Especifique)  <b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36  Otro..... 96 (Especifique)	
PN15	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN18:</b> ¿NACIÓ EL NIÑO O LA NIÑA EN UN CENTRO DE SALUD? Sí, (PREG. MN18= 21 al 26 ó 31 al 36) <input type="checkbox"/> No, (PREG. MN18= 11, 12 ó 96) <input type="checkbox"/>		PN17
PN16	Después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en pregunta MN18), ¿Chequeó alguien la salud de usted?	Sí..... 1 No..... 2	PN20 IS1
PN17	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN17:</b> ¿LA ATENDIÓ EN EL PARTO ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD, UNA PARTERA O COMADRONA TRADICIONAL O UNA TRABAJADORA DE SALUD COMUNITARIA? Sí, (Respondió en MN17 cualquier opción desde A hasta G) <input type="checkbox"/> No, (No hay respuestas encerrada desde A hasta G) <input type="checkbox"/>		PN19
PN18	Después de que terminara el parto y que se fuera (persona o personas en MN17), alguien examinó la salud de usted?	Sí..... 1 No..... 2	PN20 IS1
PN19	Después del nacimiento de (nombre), ¿Chequeó alguien la salud de usted?  Me refiero a alguien que evaluara su salud, por ejemplo, haciéndole preguntas sobre su salud o examinándola.	Sí..... 1 No..... 2	IS1

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
PN20	¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	→PN21A →PN21B
PN21A PN21B	¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión? ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas evaluaciones? <div> <b>ENTREVISTADORA:</b>            SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS.            SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS.            DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS.         </div>	Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda.....998	
PN22	¿Quién chequeó la salud de usted en aquel momento?	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D  <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro _____ X (Especifique)	
PN23	¿Dónde se realizó este chequeo?  <div> <b>ENTREVISTADORA:</b>            INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE LUGAR.              SI NO PUEDE DETERMINAR SI EL LUGAR ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.              _____            (NOMBRE DEL LUGAR)         </div>	<b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa.....12  <b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público _____ 26 (Especifique)  <b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36  Otro _____ 96 (Especifique)	



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD</b>			
<b>IS</b>			
IS1	<p><b>ENTREVISTADORA</b>, VERIFIQUE LA LISTA DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS PREGUNTA HL7B, PAG. 3 Y LA LISTA DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 14 AÑOS PREGUNTA HL15 PAG. 5. DEL CUESTIONARIO DE HOGAR.</p> <p>¿ES LA ENTREVISTADA LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE ALGÚN NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p>		CP1
IS2	<p>Algunas veces, los niños(as) tienen enfermedades severas y deben ser llevados inmediatamente a un centro de salud.</p> <p>¿Qué tipos de síntomas harían que usted lleve a un niño menor de cinco años a un centro de salud inmediatamente?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA</b>, INDAGUE:</p> <p>¿Algún otro síntoma?</p> </div> <p>SIGA PREGUNTANDO POR ALGÚN OTRO SIGNOS O SÍNTOMAS HASTA QUE LA MADRE O LA PERSONA ENCARGADA NO PUEDA RECORDAR NINGÚN OTRO.</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS SÍNTOMAS MENCIONADOS, PERO <u>NO</u> INDUZCA LA RESPUESTA CON SUGERENCIAS</p>	<p>El niño(a) no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A</p> <p>El niño(a) empeora..... B</p> <p>El niño(a) comienza a tener fiebre..... C</p> <p>El niño(a) tiene respiración rápida..... D</p> <p>El niño(a) tiene dificultades para respirar..... E</p> <p>El niño(a) tiene sangre en las heces fecales..... F</p> <p>El niño(a) ingiere poco líquido..... G</p> <p>Otro _____ X (Especifique)</p> <p>Otro _____ Y (Especifique)</p> <p>Otro _____ Z (Especifique)</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>ANTICONCEPCIÓN</b>		<b>CP</b>
CP1	Me gustaría hablar con usted de otro tema: Planificación familiar.  ¿Está usted embarazada ahora?	Sí, actualmente embarazada..... 1 No..... 2 No está segura, no sabe..... 8	→CP2A
CP2	Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo.  ¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	→CP3
CP2A	¿Alguna vez ha hecho usted algo o utilizado algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	} UN1
CP3	¿Qué está haciendo usted ahora para demorar o evitar un embarazo?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            NO INDUZCA UNA RESPUESTA.            SI SE MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO,            ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS            ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA            PERSONA ENTREVISTADA         </div>	Esterilización femenina..... A Esterilización masculina..... B DIU..... C Inyecciones..... D Implantes..... E Píldoras..... F Condón masculino..... G Condón femenino..... H Diafragma..... I Jalea o espuma..... J Abstinencia periódica o ritmo..... L Retiro..... M Otro..... X (Especifique)	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>NECESIDAD NO SATISFECHA</b>		<b>UN</b>
UN1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA CP1.</b> ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? Sí, está embarazada <input type="checkbox"/> No, no está embarazada; no está segura o no sabe <input type="checkbox"/>		UN5
UN2	Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando quedó embarazada, ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento?	Sí..... 1 No..... 2	UN4
UN3	¿Quería usted tener un hijo o hija más tarde o no quería tener más hijos o hijas?	Más tarde..... 1 No más..... 2	
UN4	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo o la hija que está esperando, ¿Le gustaría a usted tener otro hijo o hija o preferiría no tener más hijos o hijas?	Tener otro hijo o hija..... 1 No más o ninguno..... 2 No ha decidido o no sabe..... 8	UN7 UN13
UN5	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA CP3 PÁG. 16.</b> ¿ESTÁ USTED PREPARADA O ESTERILIZADA? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		UN13
UN6	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría a usted tener (un u otro) hijo o hija o preferiría no tener más hijos o hijas?	Tener (un u otro) hijo(a)..... 1 No más o ninguno..... 2 Dice que no puede quedarse embarazada..... 3 No ha decidido o no sabe..... 8	UN9 UN11 UN9
UN7	¿Cuánto le gustaría a usted esperar hasta el nacimiento de (un u otro) hijo o hija? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO RESPONDA LA PERSONA ENTREVISTADA         </div>	Meses..... 1 <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> No quiere esperar ..... 993 Dice que no puede quedar embarazada..... 994 Después del casamiento..... 995 Otro..... 996 No sabe..... 998	UN11
UN8	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CP1.</b> ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? No, no está embarazada; no está segura o no sabe <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada <input type="checkbox"/>		UN13
UN9	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CP2.</b> ¿ESTÁ UTILIZANDO AHORA ALGÚN MÉTODO? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		UN13
UN10	¿Cree usted estar físicamente capaz de quedar embarazada?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	UN13 UN13

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
UN11	¿Por qué cree usted que no está físicamente capaz de quedar embarazada?	Relaciones sexuales infrecuentes o no tiene relaciones sexuales..... A Menopausia..... B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero).... D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados.... E Amenorrea postparto..... F Amamantamiento..... G Demasiado mayor..... H Fatalista..... I Otro _____ X (Especifique) No sabe..... Z	
UN12	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA UN11.</b> ¿MENCIONÓ "NUNCA MENSTRUÓ" OPCIÓN C? No menciono <input type="checkbox"/> Mencionó <input type="checkbox"/> → DV1		
UN13	¿Cuándo comenzó su último período menstrual?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>  ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA UNIDAD DE TIEMPO Y ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO RESPONDA LA PERSONA ENTREVISTADA </div>	Hace días..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Hace semanas..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Hace meses..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> Hace años..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> En la menopausia, se le ha realizado la histerectomía..... 994 Antes del último nacimiento..... 995 Nunca menstruó..... 996	
<b>ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>			
DV1	A veces, un esposo está molesto o se enoja por cosas que la esposa hace. En su opinión, ¿Se justifica que el esposo golpee a su esposa...  A. si ella sale sin avisarle? B. si ella descuida a los niños(as)? C. si ella discute con él? D. si ella se niega a mantener relaciones sexuales con él ? E. si ella deja quemar la comida?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>Sí No NS</b></div> Si ella sale sin avisarle..... 1 2 8 Si ella descuida a los niños(as)..... 1 2 8 Si ella discute con él..... 1 2 8 Si ella se niega a mantener relaciones sexuales con él ..... 1 2 8 Si ella deja quemar la comida..... 1 2 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>MATRIMONIO O UNIÓN</b>		
		<b>MA</b>	
MA1	¿Está usted actualmente casada o viviendo con un hombre como si estuviera casada?	Sí, actualmente casada..... 1 Sí, viviendo con un hombre..... 2 No, no esta unida..... 3	→ MA5
MA2	¿Cuántos años tiene su esposo o pareja actualmente?  <div>             ENTREVISTADORA, INDAGUE:              ¿Cuántos años tenía su esposo o pareja en su último cumpleaños (de él)?           </div>	Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	} MA7
MA5	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre como si estuviera casada?	Sí, casada en el pasado..... 1 Sí, vivió con un hombre en el pasado..... 2 No..... 3	→ SB1
MA6	¿Cuál es su estado civil ahora? ¿Es usted viuda, divorciada o separada?	Viuda..... 1 Divorciada..... 2 Separada..... 3	
MA7	¿Ha estado usted casada o ha vivido con un hombre sólo una vez o más de una vez?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez..... 2	→ MA8A → MA8B
MA8A	¿En qué mes y en qué año se casó usted o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?	Fecha del (primer) matrimonio Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe en qué mes..... 98	→ SB1
MA8B	¿En qué mes y qué año se casó usted <u>por primera vez</u> o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?	Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el año..... 9998	
MA9	¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su ( <u>primer</u> ) esposo o pareja?	Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>COMPORTAMIENTO SEXUAL</b>		<b>SB</b>	
<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE QUE NO HAYA OTRAS PERSONAS PRESENTES.</b> <b>ANTES DE CONTINUAR, ASEGÚRESE DE QUE HAYA PRIVACIDAD.</b>			
SB1	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre actividad sexual para poder tener una mejor comprensión de algunos temas importantes de la vida.</p> <p>La información que usted brinde será tratada con total confidencialidad.</p> <p>¿Qué edad tenía usted cuando mantuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>Nunca he tenido relaciones sexuales.....00</p> <p>Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con el primer esposo o pareja.....95</p>	→ HA1
SB2	¿La primera vez que usted mantuvo relaciones sexuales se utilizó condón?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe o no recuerda..... 8</p>	
SB3	<p>¿Cuándo fue la última vez que usted mantuvo relaciones sexuales?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  ANOTE LAS RESPUESTAS EN DÍAS, SEMANAS O MESES.  1. SI ES MENOS DE 12 MESES, ANOTELA EN MESES.  2. SI SON 12 MESES O MÁS ANOTELA EN AÑOS</p>	<p>Hace días..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace semanas..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace meses..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace años..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ SB15
SB4	¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales, usted o su pareja utilizaron condón?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
SB5	<p>¿Qué relación o vínculo tenía usted con quien mantuvo relaciones sexuales la última vez?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  INDAGUE PARA ASEGURARSE DE QUE LA RESPUESTA SE REFIERE A LA RELACIÓN O VÍNCULO EN EL MOMENTO DE LAS RELACIONES SEXUALES.  SI ES "NOVIO", PREGUNTE:  ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ENCIERRE "2"  SI LA RESPUESTA ES "NO", ENCIERRE "3"</p>	<p>Esposo..... 1</p> <p>Pareja conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro..... 6 (Especifique)</p>	} SB7
SB6	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MA1.</b> No casada o No unida (PREG. MA1 = 3) <input type="checkbox"/> Casada o Viviendo con un hombre (PREG. MA1 = 1 ó 2) <input type="checkbox"/>		→ SB8
SB7	<p>¿Qué edad tiene esta persona?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b>  SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", INDAGUE:  ¿Más o menos qué edad cree usted que tiene su pareja?</p>	<p>Edad de la pareja sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
SB8	¿Ha mantenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2	→ SB15
SB9	¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales con esa otra persona se utilizó condón?	Sí..... 1 No..... 2	
SB10	¿Qué relación tenía usted con esa otra persona? <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA ASEGURARSE DE QUE LA RESPUESTA SE REFIERE A LA RELACIÓN O VÍNCULO EN EL MOMENTO DE LA RELACIÓN SEXUAL  SI ES EL "NOVIO", PREGUNTE: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ENCIERRE "2" SI LA RESPUESTA ES "NO", ENCIERRE "3"	Esposo..... 1 Pareja conviviente..... 2 Novio..... 3 Compañero casual..... 4 Otro..... 6 (Especifique)	} SB12
SB11	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MA1 y PREGUNTA MA7, PÁG 19:</b>  Actualmente casada o viviendo con un hombre (PREG. MA1 = 1 ó 2) y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (PREG. MA7 = 1) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Otro <input type="checkbox"/></span> <span><input type="checkbox"/> → SB13</span> </div>		
SB12	¿Qué edad tiene esa otra persona? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", INDAGUE: ¿Más o menos qué edad tiene esta persona?	Edad de la pareja sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	
SB13	Aparte de estas dos personas, ¿Ha mantenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2	→ SB15
SB14	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	Cantidad de compañeros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
SB15	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales durante toda su vida?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI LA CANTIDAD DE COMPAÑEROS ES 95 O MÁS, ANOTE "95".	Cantidad de compañeros en toda su vida..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																
VIH-SIDA		HA																	
HA1	Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más. ¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada SIDA?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA1																
HA2	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA teniendo solamente una pareja sexual que no tenga el SIDA y que no tenga otras parejas?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA3	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA por brujería o por medios sobrenaturales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA4	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando condones cada vez que mantienen relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA5	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA6	¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada con el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA7	¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA8	¿Puede el virus del SIDA ser transmitido de la madre al hijo... A. durante el embarazo? B. durante el parto? C. mientras está amamantando?	<table> <tr> <td></td><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr> <tr> <td>Durante el embarazo.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>Mientras está amamantando.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		Sí	No	NS	Durante el embarazo.....	1	2	8	Durante el parto.....	1	2	8	Mientras está amamantando.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																
Durante el embarazo.....	1	2	8																
Durante el parto.....	1	2	8																
Mientras está amamantando.....	1	2	8																
HA9	En su opinión, si una profesora tiene el virus del SIDA pero no está enferma, ¿Se le debe permitir que continúe enseñando en la escuela?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8																	
HA10	¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que ésta persona tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8																	
HA11	Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿Querría usted que eso permaneciera en secreto?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8																	
HA12	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidar de él o ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8																	



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																				
HA13	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CM13, PÁG. 7.</b> <b>¿ALGÚN NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?</b> Uno o más hijos nacidos vivos en los últimos dos años. <input type="checkbox"/>	No tuvo hijos nacidos vivos en los últimos dos años (PREG. CM13= "No" o quedó en blanco) <input type="checkbox"/>	→ HA24																				
HA14	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MN1. PÁG. 8. ¿RECIBIÓ CHEQUEO PRENATAL?</b> Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/>	No recibió cuidados prenatales <input type="checkbox"/>	→ HA24																				
HA15	Durante cualquier control prenatal a lo largo de su embarazo de (nombre), ¿Se le dió información sobre... A. bebés que se infectan del virus del SIDA de su madre? B. lo que usted puede hacer para evitar contagiarse con el virus del SIDA? C. hacerse la prueba del virus del SIDA? ¿Se le... D. ofreció hacerle una prueba para virus del SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. SIDA de la madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. hacerse la prueba del SIDA...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. se le ofreció una prueba.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	A. SIDA de la madre.....	1	2	8	B. cosas que hacer.....	1	2	8	C. hacerse la prueba del SIDA...	1	2	8	D. se le ofreció una prueba.....	1	2	8	
	SÍ	No	NS																				
A. SIDA de la madre.....	1	2	8																				
B. cosas que hacer.....	1	2	8																				
C. hacerse la prueba del SIDA...	1	2	8																				
D. se le ofreció una prueba.....	1	2	8																				
HA16	No quiero saber los resultados, pero ¿Se le hizo alguna prueba para detectar el virus del SIDA como parte de sus cuidados prenatales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} HA19																				
HA17	No quiero saber los resultados, pero ¿Recibió usted los resultados de esa prueba?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8		} HA22																			
HA18	Independientemente del resultado, todas las mujeres a quienes se les realiza esa prueba deberían recibir consejería después de obtener el resultado. ¿Recibió usted consejería después de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} HA22																				
HA19	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MN17, PÁG. 9:</b> <b>¿ESTUVO EL PARTO ASISTIDO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD (OPCIONES A, B, C y D)?</b> Sí, un profesional de la salud atendió el parto. (PREG. MN17 = A, B, C y D) <input type="checkbox"/>	No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud. (PREG. MN17 = F, G, H, X) <input type="checkbox"/>		→ HA24																			
HA20	No quiero saber los resultados, pero ¿Se le realizó alguna prueba para detectar el virus del SIDA entre el momento de su llegada para el parto y antes de que naciera el bebé?	Sí..... 1 No..... 2	→ HA24																				
HA21	No quiero saber los resultados, pero ¿Recibió usted los resultados de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2																					

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
HA22	¿Le han hecho la prueba para detectar el virus del SIDA desde aquella vez en que se le realizó una prueba durante su embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	→ HA25
HA23	¿Cuándo fue la última vez que se le hizo la prueba para detectar el virus del SIDA?	Hace menos de 12 meses..... 1 De 12 a 23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3	} TA1
HA24	No quiero saber los resultados, pero ¿Se le hizo alguna vez alguna prueba para saber si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2	→ HA27
HA25	¿Cuándo fue la última vez que se le hizo esta prueba?	Hace menos de 12 meses..... 1 De 12 a 23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3	
HA26	No quiero saber los resultados, pero ¿Recibió los resultados de esa prueba?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} TA1
HA27	¿Conoce usted algún lugar al que la gente puede ir para que se le haga una prueba para detectar el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL TA</b>			
TA1	¿Alguna vez ha probado fumar usted cigarrillos, aunque sea uno o dos copazos?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA6
TA2	¿Cuántos años tenía usted cuando fumó un cigarrillo entero por primera vez?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> años	→ TA6
TA3	¿Fuma usted cigarrillos actualmente?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA6
TA4	En las últimas 24 horas, ¿Cuántos cigarrillos usted fumó ?	Número de cigarrillos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
TA5	En el último mes, ¿Cuántos días fumó usted cigarrillos? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. SI SON 10 DÍAS O MÁS, PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA6	¿Ha fumado usted alguna vez algún tabaco que no sean cigarrillos como: cigarros, pipa o cachimbo, pipa de agua o hookah (juca)?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA10
TA7	Durante el último mes, ¿Fumó usted algún producto con tabaco?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA10
TA8	¿Qué clase de producto con tabaco fumó usted durante el último mes? <b>ENTREVISTADORA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS PRODUCTOS MENCIONADOS.	Cigarros..... A Pipa de agua (Hooka)..... B Cigarrillos..... C Pipa o cachimbo..... D Otros..... X (Especifique)	
TA9	Durante el último mes, ¿Cuántos días fumó usted productos con tabaco fumable? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30".	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA10	¿Alguna vez ha usado usted tabaco no fumable, como: tabaco de mascar, picado seco o picado húmedo?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA14

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
TA11	En el último mes, ¿Consumió usted tabaco en una forma que no sea fumado?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA14
TA12	¿Qué tipo de tabaco no fumable consumió usted durante el último mes? <b>ENTREVISTADORA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA PERSONA ENTREVISTADA	Tabaco de mascar..... A Picado seco..... B Picado húmedo..... C Otros..... X (Especifique)	
TA13	Durante el último mes, ¿Cuántos días consumió usted tabaco no fumable? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA14	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcoholicas. ¿Ha consumido usted bebidas alcoholicas alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2	→ LS1
TA15	Consideramos un trago de alcohol como una lata o una botella de cerveza, un vaso de vino o traguito de coñac, de vodka, de whisky o de ron. ¿Qué edad tenía usted cuando se tomó su primer trago entero de alcohol, es decir, su primera lata o botella de cerveza, su primer vaso de vino, su primer trago de ron, vodka o whisky?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ LS1
TA16	Durante el último mes, ¿Cuántos días consumió usted por lo menos un trago de alcohol? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	No tomó un trago de alcohol en el último mes..... 00 Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	→ LS1
TA17	En el último mes, en los días que tomó usted bebidas alcoholicas, ¿Por lo general cuántos tragos tomó por día?	Número de tragos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA</b>			
			<b>LS</b>
LS1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB2 PÁG. 2:</b> ¿LA EDAD DE LA ENTREVISTADA ES DE 15 A 24 AÑOS? Edad de 15 a 24 <input type="checkbox"/>	Edad de 25 a 49 <input type="checkbox"/>	→ WM11
LS2	<p>Me gustaría hacerle ahora algunas preguntas sencillas sobre su felicidad y satisfacción.</p> <p>Primero, considerando todos los aspectos de su vida, ¿Diría usted que es muy feliz o algo feliz, ni feliz ni infeliz, o un poco infeliz o muy infeliz?</p> <p>También puede mirar estas imágenes para ayudarla con su respuesta.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            1. MUESTRE EL LADO 1 DE LA TARJETA DE RESPUESTAS Y EXPLÍQUELE EL SIGNIFICADO DE CADA SÍMBOLO.            2. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE RESPUESTA SELECCIONADO POR LA ENTREVISTADA.         </div>	Muy feliz..... 1 Algo feliz..... 2 Ni feliz ni infeliz..... 3 Un poco infeliz..... 4 Muy infeliz..... 5	
LS3	<p>Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre su nivel de satisfacción en diversas áreas.</p> <p>En cada caso, hay cinco posibilidades: Dígame, para cada pregunta, si usted está muy satisfecha, algo satisfecha, ni satisfecha ni insatisfecha, un poco insatisfecha o muy insatisfecha.</p> <p><b>MUÉSTRELE LAS IMAGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b> MUESTRE EL LADO 2 DE LA TARJETA DE RESPUESTA Y EXPLÍQUELE EL SIGNIFICADO DE CADA SÍMBOLO. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE RESPUESTA INDICADO POR LA ENTREVISTADA PARA LAS PREGUNTAS LS3 a LS13.         </div> <p>¿Qué tan satisfecha está usted con su vida familiar?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS4	¿Qué tan satisfecha está usted con sus amistades?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS5	Durante el <b>actual</b> año escolar <b>2013-2014</b> , ¿Asistió usted a la escuela en algún momento?	Sí..... 1 No..... 2	→ LS7
LS6	¿Qué tan satisfecha está usted con su escuela?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
LS7	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con su empleo actual?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>1. SI RESPONDE QUE NO TIENE NINGÚN EMPLEO, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "0" Y CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PREGUNTA.</p> <p>2. NO TRATE DE INDAGAR CÓMO SE SIENTE POR NO TENER EMPLEO, A MENOS QUE SE LO MENCIONE ELLA MISMA.</p>	<p>No tiene empleo..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS8	¿Qué tan satisfecha está usted con su salud?	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS9	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con el lugar donde vive?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>EN CASO DE QUE SEA NECESARIO, EXPLÍQUELE QUE LA PREGUNTA SE REFIERE AL ENTORNO DE VIDA, QUE INCLUYE EL BARRIO Y LA VIVIENDA.</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS10	¿Qué tan satisfecha, en general, está usted con la forma como le trata la gente a su alrededor?	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS11	¿Qué tan satisfecha está usted con su apariencia?	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS12	¿Qué tan satisfecha está usted con su vida, en general?	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS13	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con sus ingresos actuales?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>SI RESPONDE QUE NO TIENE INGRESOS, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "0" Y CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PREGUNTA. NO TRATE DE INDAGAR CÓMO SE SIENTE POR NO TENER INGRESOS, A MENOS QUE SE LO MENCIONE ELLA MISMA.</p>	<p>No tiene ingresos..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Algo satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
LS14	Comparado con este mismo momento del año pasado, ¿Diría usted que su vida en general ha mejorado, se ha mantenido más o menos igual o ha empeorado?	<p>Ha mejorado..... 1</p> <p>Se ha manteniendo más o menos igual..... 2</p> <p>Ha empeorado..... 3</p>	
LS15	¿Y en un año, cree usted que la vida será mejor, más o menos igual o peor?	<p>Mejor..... 1</p> <p>Más o menos igual..... 2</p> <p>Peor..... 3</p>	

WM11 Anote la hora y los minutos de finalización:

Hora y minutos.....

		:		
--	--	---	--	--

**WM12 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: LA LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR, PREGUNTA HL7B PÁGINA 3 Y PREGUNTA HL15 PÁGINA 5 CUESTIONARIO 1.**

**¿ES LA ENTREVISTADA LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE ALGÚN NIÑO(A) MENORES DE 5 AÑOS QUE VIVE EN ESTE HOGAR?**

- ☐ Sí → Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (PREG. WM7) en la página de la portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño(a) y inicie la entrevista con esta persona.
- ☐ No → Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (PREG. WM7) en la página de portada.

**Observaciones de la Entrevistadora**

**Observaciones de la Supervisora de Campo**

**Observaciones del Supervisor Nacional y de Calidad  
de la Información**



## Apéndice F3. Cuestionario de niños y niñas menores de cinco años



REPÚBLICA DOMINICANA  
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadística



③

### Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - MICS 2014)

#### CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del  
Cuestionario \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
UF1- Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF1A- No. de orden del hogar ocupado en el registro.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF2- No. de orden del hogar en la muestra.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			
UF3- Nombre del niño o la niña _____				
UF4- Número de línea del niño o la niña.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			
UF5- Nombre de la madre o persona responsable _____				
UF6- Número de línea de la madre o persona responsable.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			
<p><b>ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA, LÉALE EL SIGUIENTE SALUDO A LA PERSONA A ENTREVISTAR:</b></p> <p>Somos de la Oficina Nacional de Estadística, estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, las familias y los hogares. Me gustaría conversar un poco con usted acerca de la salud y bienestar de (<b>nombre del niño(a) de UF3</b>). Toda la información que usted nos proporcione será manejada con carácter estrictamente confidencial y anónima.</p>		<p><b>SI A ESTA PERSONA YA SE LE LEYÓ EL SALUDO AL INICIO DEL CUESTIONARIO, LEA ENTONCES LO SIGUIENTE:</b></p> <p>Me gustaría conversar un poco con usted sobre la salud de (<b>nombre del niño(a) de UF3</b>) y otros temas. De nuevo, toda la información que nos proporcione será manejada con carácter estrictamente confidencial y anónima.</p>		
VISITAS PARA ENTREVISTA				
	1	2	3	Fecha del resultado de la entrevista del niño o niña
Fecha (dd/mm/aa).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UF8- Día      Mes      Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de la entrevistadora .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UF8A- Número total de visitas..... <input type="text"/>
Resultado de visita.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Próxima visita: fecha .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UF9- Resultado final de la entrevista..... <input type="text"/> <input type="text"/>
hora .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL NIÑO O LA NIÑA				
<p><b>ENTREVISTADORA: ENCIERRE Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL NIÑO O LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS (UF9)</b></p> <p>Completada..... 01</p> <p>Ausente..... 02</p> <p>Rechazo..... 03</p> <p>Parcialmente completada..... 04</p> <p>Incapacitada para responder..... 05</p> <p>Otro _____ (Especifique) 96</p>				
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENCUESTA				
UF7- Nombre y código de la entrevistadora: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF7A- Nombre y código de la supervisora _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF10- Nombre y código del(la) crítico codificador(a) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF11- Nombre y código del(la) digitador(a) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
UF12- Anote la hora y minutos de inicio: <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>EDAD</b>		<b>AG</b>
	<p>ESTE CUESTIONARIO SE APLICA A TODAS LAS MADRES O PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD:</p> <p>1. VAYA AL CUESTIONARIO DE HOGAR "1" PREGUNTA HL15 Y VERIFIQUE QUIEN ES LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DE CADA NIÑO O NIÑA.</p> <p>2. DEBE USAR UN CUESTIONARIO "3" SEPARADO PARA CADA NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS ELEGIBLE.</p>		
AG1	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el desarrollo y la salud de (nombre),</p> <p>¿En qué día, mes y año nació (nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b></p> <p>¿Cuándo es su cumpleaños?</p> </div> <p>SI LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE SABE LA FECHA EXACTA DEL NACIMIENTO, ANOTE EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES, SI NO SABE EL DÍA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL "98".</p> <p>DEBE ANOTAR EL MES Y EL AÑO.</p>	<p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Día..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe el día..... 98</p> <p>Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
AG2	<p>¿Cuántos años tiene (nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA: INDAGUE</b></p> <p>¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños?</p> </div> <p>ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. ANOTE "00" SI TIENE MENOS DE 1 AÑO.</p> <p>COMPARE Y CORRIJA LAS RESPUESTAS EN LAS PREGUNTAS AG1 Y AG2 Y VERIFIQUE SI HAY DIFERENCIA. EN CASO DE QUE HAYA DIFERENCIA, CORRIJA Y ANOTE LA CORRECCIÓN.</p>	<p>Edad en años cumplidos..... <input type="text"/></p>	
	<b>REGISTRO DEL NACIMIENTO</b>		<b>BR</b>
BR1	<p>¿Tiene (nombre) acta nacimiento?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>SI RESPONDE QUE SÍ, PREGUNTE:</p> <p>¿Puedo verla?</p> </div>	<p>Sí, vista..... 1</p> <p>Sí, no vista..... 2</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>} EC1</p>
BR2	<p>¿Ha sido registrado el nacimiento de (nombre) en el registro civil, es decir, fue declarado?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>→ EC1</p>
BR3	<p>¿Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (nombre)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL</b>		<b>EC</b>	
EC1	¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene usted para (nombre)?	Ninguno.....00 Número de libros de niños.....0 <input type="checkbox"/> Diez o más libros.....10	
EC2	Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (nombre) juega cuando está en la casa, ¿Juega con...  A. juguetes caseros, como muñecas, carros u otros juguetes hechos en casa?  B. juguetes comprados en una tienda o fabricados?  C. objetos del hogar, como ollas u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>              SI LA PERSONA ENTREVISTADA RESPONDE "SÍ" A LAS CATEGORÍAS DE ARRIBA, . INDAGUE PARA SABER CON QUÉ JUEGA EL NIÑO(A) PARA DETERMINAR LA RESPUESTA.           </div>	<div style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></div> Juguetes caseros..... 1 2 8  Juguetes comprados en una tienda..... 1 2 8  Objetos del hogar u objetos del exterior.. 1 2 8	
EC3	A veces, los adultos que cuidan a los niños o niñas tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños o niñas en la casa.  ¿Cuántos días en la última semana dejó a (nombre)...  A. solo o sola durante más de una hora?  B. al cuidado de otro niño o niña es decir, con alguien menor de 10 años durante más de una hora?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>              EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES "NINGÚN DÍA" ANOTE "0" SI LA RESPUESTA ES "NO SE" ANOTE "8".           </div>	Número de días que lo dejó solo o sola durante más de una hora..... <input type="checkbox"/>  Número de días que lo dejó a cargo de otro niño o niña durante más de una hora..... <input type="checkbox"/>	
<b>EC4 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE LA PREGUNTA AG2: EDAD DEL NIÑO(A)</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>El niño(a) tiene 3 ó 4 años <input type="checkbox"/></div> <div>El niño(a) tiene 0, 1 ó 2 años <input type="checkbox"/> → <b>BD1</b></div> </div>			
EC5	¿Asiste (nombre) a algún programa de aprendizaje organizado o de aprendizaje temprano, tal como escuela colegio o institución privada, incluyendo jardín infantil o cuidado infantil comunitario?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																			
EC7	<p>En los pasados 3 días, ¿Usted o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (nombre)?</p> <p>Ahora quiero que conversemos acerca de quien entretiene o juega con (nombre).</p> <p>A. ¿En los últimos 3 días, quien le leyó libros a (nombre) o miró los dibujos de un libro con (nombre)?</p> <p>B. ¿En los últimos 3 días, quien le contó cuentos a (nombre)?</p> <p>C. ¿En los últimos 3 días, quien le cantó canciones a (nombre) o cantó con (nombre), incluso canciones de cuna?</p> <p>D. ¿En los últimos 3 días, quien llevó a (nombre) a pasear fuera de la casa, a algún recinto, patio u otro lugar?</p> <p>E. ¿En los últimos 3 días, quien jugó con (nombre)?</p> <p>F. ¿En los últimos 3 días, quien le nombró, contó o dibujó cosas a (nombre) o con (nombre)?</p>	<table><thead><tr><th></th><th>Madre</th><th>Padre</th><th>Otra persona</th><th>Nadie</th></tr></thead><tbody><tr><td>Le leyó libros.....</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr><tr><td>Le contó cuentos.....</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr><tr><td>Le cantó canciones.....</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr><tr><td>Lo llevó fuera.....</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr><tr><td>Jugó.....</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr><tr><td>Le nombró, contó o dibujó..</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr></tbody></table>		Madre	Padre	Otra persona	Nadie	Le leyó libros.....	A	B	X	Y	Le contó cuentos.....	A	B	X	Y	Le cantó canciones.....	A	B	X	Y	Lo llevó fuera.....	A	B	X	Y	Jugó.....	A	B	X	Y	Le nombró, contó o dibujó..	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otra persona	Nadie																																		
Le leyó libros.....	A	B	X	Y																																		
Le contó cuentos.....	A	B	X	Y																																		
Le cantó canciones.....	A	B	X	Y																																		
Lo llevó fuera.....	A	B	X	Y																																		
Jugó.....	A	B	X	Y																																		
Le nombró, contó o dibujó..	A	B	X	Y																																		
EC8	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (nombre). Los niños(as) no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos del desarrollo de (nombre).</p> <p>¿Puede (nombre) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC9	<p>¿Puede (nombre) leer al menos cuatro palabras populares sencillas?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC10	<p>¿Sabe (nombre) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC11	<p>¿Puede (nombre) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del suelo o piso?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC12	<p>¿Se siente (nombre) a veces demasiado enfermo como para jugar?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
EC13	¿Puede (nombre) seguir instrucciones sencillas en relación a cómo hacer algo correctamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC14	Cuando se le da algo para hacer, ¿Puede (nombre) hacerlo por sí solo(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC15	¿Se lleva (nombre) bien con los otros niños(as)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16	¿(Nombre) patear, muerde o golpea a otros niños(as) o adultos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17	¿Pierde (nombre) la concentración fácilmente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
<div style="text-align: center;"> <b>LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA</b> <span style="float: right;"><b>BD</b></span> </div>			
<b>BD1 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA AG2: EDAD DEL NIÑO O LA NIÑA</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>El niño(a) tiene 0, 1 ó 2 años <input type="checkbox"/></div> <div>El niño(a) tiene 3 ó 4 años <input type="checkbox"/> → <b>CA1</b></div> </div>			
BD2	¿Ha sido amamantado (nombre) alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} <b>BD4</b>
BD3	¿Todavía está él o ella siendo amamantado(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD4	Ayer, durante el día o la noche, ¿Bebió (nombre) <u>algún líquido de una botella con tetera o de un biberón?</u>	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD5	¿Tomó (nombre) <u>algún suero de rehidratación oral (SRO)</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD6	¿Tomó o comió (nombre) <u>suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																				
BD7	<p>Ahora quisiera preguntarle sobre los líquidos que (nombre) pueda haber tomado ayer, durante el día o la noche. Me interesa saber si (nombre) tomó algo, aún si fue en combinación con otros alimentos.</p> <p>Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>¿En el día de ayer, durante el día o la noche, bebió (nombre) los siguientes alimentos...</p> <p>A. agua sola (sin mezclarla con otra cosa)?</p> <p>B. jugos naturales de frutas como mangos, melones, lechosas, naranjas, etc.?</p> <p>C. caldo o sopa no espesa?</p> <p>D. leche envasada, en polvo o leche fresca? SI ES "Sí": ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche en el día de ayer? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"</p> <p>E. bebió leche de fórmula para bebés? SI ES "Sí": ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche de fórmula en el día de ayer? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"</p> <p>F. bebió algún otro líquido en el día de ayer? (Especifique)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agua sola.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jugos naturales.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Caldo o sopa no espesa.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Leche.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Número de veces bebió leche <input type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leche de fórmula.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Número de veces bebió leche <input type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro líquido.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Agua sola.....	1	2	8	Jugos naturales.....	1	2	8	Caldo o sopa no espesa.....	1	2	8	Leche.....	1	2	8	Número de veces bebió leche <input type="text"/>				Leche de fórmula.....	1	2	8	Número de veces bebió leche <input type="text"/>				Otro líquido.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																																				
Agua sola.....	1	2	8																																				
Jugos naturales.....	1	2	8																																				
Caldo o sopa no espesa.....	1	2	8																																				
Leche.....	1	2	8																																				
Número de veces bebió leche <input type="text"/>																																							
Leche de fórmula.....	1	2	8																																				
Número de veces bebió leche <input type="text"/>																																							
Otro líquido.....	1	2	8																																				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																																																
BD8	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre (otros) alimentos que se le pueda haber dado a (nombre) durante el día o la noche. De nuevo, estoy interesada en saber si a (nombre) se le dió el alimento aún cuando se combinara con otros alimentos.</p> <p>Por favor, incluya alimentos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>¿En el día de ayer durante el día o la noche, comió (nombre) los siguientes alimentos...</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. yogurt?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7"</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI ES NO SABE ANOTE "8"</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. espinaca, brócoli, perejil?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. alguna otra fruta o verdura?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K. huevos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L. pescado o mariscos frescos o secos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N. queso u otros alimentos hechos con leche?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(Especifique)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	A. yogurt?				SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt?				SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7"				SI ES NO SABE ANOTE "8"				B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?				C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?				D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?				E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?				F. espinaca, brócoli, perejil?				G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?				H. alguna otra fruta o verdura?				I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?				J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?				K. huevos?				L. pescado o mariscos frescos o secos?				M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?				N. queso u otros alimentos hechos con leche?				O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?				(Especifique)				
	Sí	No	NS																																																																																
A. yogurt?																																																																																			
SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt?																																																																																			
SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7"																																																																																			
SI ES NO SABE ANOTE "8"																																																																																			
B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?																																																																																			
C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?																																																																																			
D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?																																																																																			
E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?																																																																																			
F. espinaca, brócoli, perejil?																																																																																			
G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?																																																																																			
H. alguna otra fruta o verdura?																																																																																			
I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?																																																																																			
J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?																																																																																			
K. huevos?																																																																																			
L. pescado o mariscos frescos o secos?																																																																																			
M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?																																																																																			
N. queso u otros alimentos hechos con leche?																																																																																			
O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?																																																																																			
(Especifique)																																																																																			
BD9	<p><b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA BD8 (CATEGORÍAS DESDE LA "A" HASTA LA "O" )</b></p> <p>Si todas "NO" <input type="checkbox"/> Si al menos un "SÍ" o todas "NS" <input type="checkbox"/> → <b>BD11</b></p>																																																																																		
BD10	<p><b>ENTREVISTADORA, INDAGUE: PARA QUE DETERMINE SI EL NIÑO(A) COMIÓ ALGÚN ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O ALIMENTOS SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE</b></p> <p>El niño(a) comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada Regrese a pregunta BD8 y verifique los alimentos comidos ayer (A hasta O). <input type="checkbox"/></p> <p>El niño(a) no comió o la entrevistada no lo sabe <input type="checkbox"/> → <b>Módulo IM Pág. 8</b></p>																																																																																		
BD11	<p>¿Cuántas veces comió (nombre) alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves ayer, durante el día o la noche?</p> <p>SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7"</p>	<p>Número de veces..... <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe.....8</p>																																																																																	

NO. PREG.		PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
INMUNIZACIÓN			IM	
<b>ENTREVISTADORA:</b> SI ESTÁ DISPONIBLE LA TARJETA DE INMUNIZACIÓN (SALUD INFANTIL), COPIE LAS FECHAS EN PREGUNTA IM3 PARA CADA TIPO DE INMUNIZACIÓN Y VITAMINA (A) REGISTRADA EN LA TARJETA. LAS PREGUNTAS IM6 HASTA IM18 SÓLO DEBEN HACERSE SI LA TARJETA DE INMUNIZACIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE.				
IM1	¿Tiene alguna tarjeta o carnet en donde estén registradas las vacunas administradas a (nombre)?  ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES "Sí", PREGUNTE: ¿Puedo verla por favor?	Sí, vista..... 1 Sí, no vista..... 2 No hay tarjeta..... 3	→ IM3 → IM6	
IM2	¿Alguna vez tuvo una tarjeta de inmunización de salud infantil de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	} IM6	
IM3 ENTREVISTADORA: 1. COPIE LAS FECHAS PARA CADA VACUNA DE LA TARJETA. 2. ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO LA VACUNA PERO NO INDICA LA FECHA.		Fecha de inmunización		
		Día	Mes	Año
BCG				
Hepatitis B (recien nacidos)				
Hepatitis B 1				
Hepatitis B 2				
Hepatitis B 3				
Polio 1				
Polio 2				
Polio 3				
Pentavalente 1				
Pentavalente 2				
Pentavalente 3				
Hexavalente 1				
Hexavalente 2				
Hexavalente 3				
DPT 1				
DPT 2				
DPT 3				
SRP/TRIPLE VIRAL				
Rotavirus 1				
Rotavirus 2				
Rotavirus 3				
Hib 1				
Hib 2				
Hib 3				
Neumococo 1				
Neumococo 2				
Neumococo 3				
Vitamina A 1				
Vitamina A 2				



NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
IM4	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA IM3 ¿ESTÁN ANOTADAS TODAS LAS VACUNAS Y LA VITAMINA A?</b>  <div style="text-align: center;"> No <input type="checkbox"/>      Sí <input type="checkbox"/> → CA1 </div>		
IM5	<p>Además de lo registrado en la tarjeta, pregunta IM3 ¿Recibió (nombre) alguna otra vacuna, incluidas vacunas recibidas en campañas o jornadas de inmunización y la dosis de vitamina A?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → Regrese a la pregunta IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba "66" en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a la pregunta CA1.</p> <p><input type="checkbox"/> No ó No sabe → Pase a pregunta CA1.</p>		
IM6	¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización o días de la salud de la infancia?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	IM18
IM7	¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna <b>BCG</b> contra la tuberculosis; es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
IM8	¿Recibió (nombre) alguna vez una vacuna en gotas en la boca para protegerlo(a) de la polio?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	IM11A
IM10	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la polio?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM11	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna DPT; es decir, una inyección que se le pone a los niños o niñas en vez de la pentavalente en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina o la difteria?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA: INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA DPT ALGUNAS VECES SE APLICA EN EL MISMO MOMENTO QUE LA POLIO</b> </div>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	IM12
IM11A	¿Cuántas veces se le puso la vacuna DPT?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM12	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna pentavalente; es decir, una inyección en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina, la hepatitis B, la influenza tipo B y la difteria?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA, INDAGUE: INDICANDO QUE LA VACUNA PENTAVALENTE ALGUNAS VECES SE APLICA EN EL MISMO MOMENTO QUE LA POLIO</b> </div>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	IM12B
IM12A	¿Cuántas veces se le puso la vacuna pentavalente?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM12B	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna hexavalente; es decir, una inyección en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina, la hepatitis B, la influenza tipo B, la difteria y la polio?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	IM13
IM12C	¿Cuántas veces se le puso la vacuna hexavalente?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	

}

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
IM13	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna de hepatitis <b>B</b>; es decir, una inyección que se pone en el muslo, para prevenir la hepatitis <b>B</b>?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B ALGUNAS VECES SE PONE AL MISMO TIEMPO QUE LAS VACUNAS CONTRA LA POLIO Y LA PENTAVALENTE.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	IM15A
IM14	¿La primera vacuna de hepatitis <b>B</b> fue recibida dentro de las 24 horas de nacer o más tarde?	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
IM15	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis <b>B</b> ?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM15A	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna de HIB ; es decir, una inyección que se pone en el muslo, para prevenir la Haemophilus influenzae tipo B?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B ALGUNAS VECES SE PONE AL MISMO TIEMPO QUE LAS VACUNAS CONTRA LA POLIO Y LA PENTAVALENTE.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	IM16
IM15B	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la HIB?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM16	¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el sarampión, la papera o la rubeola (SRP); es decir, una inyección en el brazo a los 12 meses de nacer o después, para evitar que contraiga el sarampión, la papera o la rubeola?	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
IM17A	¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el neumococo; es decir, una inyección para evitar la neumonía y la meningitis?	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	IM17C
IM17B	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra el neumococo?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM17C	¿Recibió (nombre) alguna vez las vacunas orales contra el rotavirus; es decir, contra el germen o virus que causa diarrea, vómito y fiebre?	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	IM18
IM17D	¿Cuántas veces recibió la vacuna oral contra el rotavirus?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM18	<p>¿Recibió (nombre) una dosis de vitamina A (como esta o alguna de estas) en los últimos 6 meses?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> MUÉSTRELE LA VITAMINA "A"</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.	
	<b>CUIDADO DE ENFERMEDADES CA</b>			
CA1	En las últimas dos semanas ¿Tuvo (nombre) diarrea ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} CA6A	
CA2	Me gustaría saber que cantidad de líquido se le dio de beber a (nombre) mientras estuvo con diarrea (incluyendo leche materna).  Durante el tiempo en que (nombre) tuvo diarrea, ¿Para tomar, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            SI BEBIÓ "MENOS", INDAGUE:             ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?         </div>	Mucho menos..... 1 Un poco menos..... 2 Casi lo mismo..... 3 Más..... 4 No se le dió nada para tomar..... 5 No sabe..... 8		
CA3	Durante el tiempo que (nombre) estuvo con diarrea, ¿Para comer, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            SI RESPONDE "MENOS", INDAGUE:             ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos?         </div>	Mucho menos..... 1 Un poco menos..... 2 Casi lo mismo..... 3 Más..... 4 Suspendió la comida..... 5 Nunca se le dió de comer..... 6 No sabe..... 8		
CA3A	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} CA4	
CA3B	¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b>             ¿Algún otro lugar?             ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS, PERO NO PROPORCIONE NINGUNA SUGERENCIA.             INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE RESPUESTA.             SI NO PUEDE DETERMINAR SI SE TRATA DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.             _____            (Nombre del lugar)         </div>	<b>Sector público:</b> Hospital del gobierno..... A Clínica del gobierno o centro de salud..... B Puesto de salud del gobierno..... C Trabajador(a) de salud de la comunidad..... D Clínica móvil o ambulante..... E Botica popular..... F Otra institución pública..... H (Especifique)  <b>Sector médico privado:</b> Hospital o clínica privada..... I Médico privado..... J Farmacia privada..... K Clínica móvil..... L Otro médico privado..... O (Especifique)  <b>Otras fuentes:</b> Pariente o amigo..... P Tienda..... Q Profesional tradicional..... R Otro..... X (Especifique)		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
CA4	<p>Durante el episodio de diarrea, ¿Se le dio de beber a (nombre)...</p> <p>A. un polvo que viene en un paquete especial llamado Suero de Rehidratación Oral (SRO)?</p> <p>B. algún fluido pre-embasado de SRO para diarrea como: pedialite, electrolitos, pedisol, etc?</p> <p>C. algún suero casero?</p>	<p style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Suero de Rehidratación Oral (SRO) 1 2 8</p> <p>Fluido pre-embasado de (SRO)..... 1 2 8</p> <p>Algún suero casero..... 1 2 8</p>	
<b>CA4A ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CA4 (SRO)</b> <p>Al niño o niña se le dio algún SRO ("Sí" circulado en "A" o "B" en pregunta CA4) <input type="checkbox"/></p> <p>Al niño o niña no se le dio ningún SRO <input type="checkbox"/> → CA5</p>			
CA4B	<p>¿Dónde obtuvo usted el SRO?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE LUGAR O PERSONA.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI EL LUGAR ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR</p> </div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p>	<p><b>Sector público:</b></p> <p>Hospital del gobierno..... 11</p> <p>Clínica del gobierno o centro de salud..... 12</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 13</p> <p>Trabajador(a) de salud de la comunidad..... 14</p> <p>Clínica móvil o ambulante..... 15</p> <p>Botica Popular..... 17</p> <p>Otra institución pública..... 16</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p><b>Sector médico privado:</b></p> <p>Hospital o clínica privada.....21</p> <p>Médico privado..... 22</p> <p>Farmacia privada..... 23</p> <p>Clínica móvil..... 24</p> <p>Otro médico privado..... 26</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p><b>Otras fuentes:</b></p> <p>Pariente o amigo..... 31</p> <p>Tienda..... 32</p> <p>Profesional tradicional..... 33</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	
CA5	<p>¿Se le dio alguna otra cosa para tratar la diarrea?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	} CA6A
CA6	<p>¿Qué otra cosa se le dio para tratar la diarrea?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b></p> <p>¿Algo más?</p> <p>1. REGISTRE TODOS LOS TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS.</p> <p>2. ESCRIBA LA(S) MARCA(S) DE TODOS LOS MEDICAMENTOS NOMBRADOS.</p> </div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del medicamento)</p>	<p><b>Pastilla o jarabe:</b></p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antiespasmódico..... B</p> <p>Zinc..... C</p> <p>Otras pastillas o jarabes (que no sean antibióticos, antiespasmódico)..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H</p> <p><b>Inyección:</b></p> <p>Antibiótica..... L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe que tipo de inyección..... N</p> <p><b>Intravenosa..... O</b></p> <p>Remedio casero o medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otro ..... X</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	





**Observaciones de la Entrevistadora**

**Observaciones del Supervisora de campo**

**Observaciones de la Supervisora de Nacional y de Calidad**