



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL ENSMI 2014-2015



CUESTIONARIO INDIVIDUAL (MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD)



COLOQUE LA
ETIQUETA DE
CÓDIGO DE BARRA

IDENTIFICACIÓN CARTOGRAFICA

REGIÓN DEPTO. MPIO. SECCIÓN SECTOR

IDENTIFICACIÓN PARA DIGITACIÓN

PAQUETE HOGAR

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA
1 URBANO ☐ 2 RURAL ☐
DIRECCIÓN _____
UBICACIÓN GEOGRÁFICA:
1. DEPARTAMENTO: _____
2. MUNICIPIO: _____
3. ALDEA/CASERIO/CANTÓN/FINCA: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DE LA MUJER _____

VISITAS DE LA ENCUESTADORA			
	1	2	3
FECHA HORA			
NOMBRE DE LA ENCUESTADORA			
RESULTADO*			
PRÓXIMA VISITA:			
FECHA HORA			

*CÓDIGOS DE RESULTADO:

01. COMPLETA 04. RECHAZO 05. PARCIALMENTE COMPLETA 06. MUJER INCAPACITADA 09. OTRO (ESPECIFIQUE)

IDIOMA DE LA ENTREVISTA ☐ MARQUE CON UNA 'X' SI USÓ UN TRADUCTOR

01 ESPAÑOL 02 K'ACHIKEL 03 Q'EQCHI' 04 K'ICHE' 05 MAM 06 P'ODOMCHI' 07 TZUTUJIL 08 Q'ANJOB'AL 09 CH'ORTI' 10 P'ODOMAM 96 OTRO (ESPECIFIQUE)

SUPERVISOR(A)		EDITORIA DE CAMPO		EDITORIA DE OFICINA		1ra. DIGITACIÓN		VERIFICADO POR	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA	
CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO	

G.2 CUESTIONARIO DE LA MUJER

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

Mi nombre es _____. Trabajo para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil que se realiza en todos los departamentos de Guatemala. La información que se recolectará ayudará a conocer los principales problemas de salud de las personas y mejorar los servicios de salud. Su hogar ha sido seleccionado para la encuesta, el cuestionario de mujer tardará alrededor de una hora. Toda la información que brinde será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas o instituciones de ninguna naturaleza. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee, pero se espera que lo haga ya que su opinión es importante. Si le hago alguna pregunta que no quiera responder, usted me lo puede decir y continuare con las siguientes preguntas o usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

En base al Decreto Ley 3-85, Artículo 25 de la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadística (INE), toda la información que proporcione es CONFIDENCIAL. Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para la encuesta.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

SI LA ENTREVISTADA ES MENOR DE 18 AÑOS, PREGÚNTELE A LA PERSONA RESPONSABLE

¿Usted da permiso para que se hable con (ENTREVISTADA) y solicite su participación? SI ☐ NO ☐

FIRMA DE LA ENCUESTADORA: _____ FECHA: _____

SI LA ENTREVISTADA ES MAYOR DE 18 AÑOS PREGÚNTELE

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Está dispuesta a participar? SI ☐ NO ☐

FIRMA DE LA ENCUESTADORA: _____ FECHA: _____

SI LA PERSONA NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA O NO LE DAN AUTORIZACIÓN, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 04 (RECHAZO) EN EL RESULTADO DE LA CARATULA.

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
101 V	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA MINUTOS		
102	Ahora le haré algunas preguntas acerca de usted. ¿En qué mes y año nació usted?	MES NO SABE MES AÑO NO SABE EL AÑO	9 8 9 9 8	
103	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPAREY CORRIJA 102 Y/O 103 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS		
104	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI NO	1 2 → 108	
105	¿Cuál fue el nivel más alto al que asistió: pre primaria, primaria, secundaria, superior o alfabetización?	PRE PRIMARIA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR/ UNIVERSITARIA ALFABETIZACIÓN	1 2 3 4 5	
106	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que aprobó a ese nivel? SI COMPLETÓ MENOS DE 1 AÑO A ESE NIVEL REGISTRE "00".	GRADO/AÑO		
107 F	VERIFIQUE 105: PRE PRIMARIA, PRIMARIA O ALFABETIZACIÓN	SECUNDARIO O MÁS	110	
108	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta la siguiente frase. MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA. SI ELLA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer parte de la frase?	NO PUEDE LEER PUEDE LEER SOLAMENTE PARTES DE LA FRASE PUEDE LEER TODA LA FRASE NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO CIEGA/CON LIMITACIÓN VISUAL	1 2 3 4 5 (ESPECIFIQUE IDIOMA)	
109 F	VERIFIQUE 108: CÓDIGO "1", "0", "5" O "4" CIRCULADO	CÓDIGO "1", "0", "5" O "4" CIRCULADO	111	
110	¿Usted lee un periódico o revista al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca lee?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA NUNCA LEE	1 2 3	
111	¿Usted escucha la radio al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca escucha radio?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA NUNCA ESCUCHA	1 2 3	
112	¿Usted mira televisión al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca mira televisión?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA NUNCA MIRA	1 2 3	
113	Usted ¿qué religión practica?	CATÓLICA EVANGÉLICA PROTESTANTE ESPIRITUALIDAD INDÍGENA NO PROFESA NINGUNA OTRA	1 2 3 4 5 6 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
114	¿Usó en qué idioma aprendió a hablar?	ESPAÑOL KACHIKEL Q'EQHI' K'ICHE' MAM PODOMCHI' TZU'UTUJIL Q'ANJUB'AL CHORTI' PODOMAN ACHI AKATEKO AWAKATEKO CHALCHITEKO CHUJ ITZA' IXIL JAKALTEKO (POPTI) MOPAN SAKAPUTEKO SIPAKAPENSE TEKITTEKO USPANTEKO OTRO	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 96 (ESPECIFIQUE)	
115	Usted habitualmente, ¿qué idioma (lengua) habla en su casa?	ESPAÑOL KACHIKEL Q'EQHI' K'ICHE' MAM PODOMCHI' TZU'UTUJIL Q'ANJUB'AL CHORTI' PODOMAN ACHI AKATEKO AWAKATEKO CHALCHITEKO CHUJ ITZA' IXIL JAKALTEKO (POPTI) MOPAN SAKAPUTEKO SIPAKAPENSE TEKITTEKO USPANTEKO OTRO	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 96 (ESPECIFIQUE)	
116	¿Algún miembro del hogar habla otro idioma?	SI NO	1 2 → 118	

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTA			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
117	¿Qué idioma es? ¿Algún otro?	ESPAÑOL A KAOCHIKEL B Q'EQCHI' C K'ICHE' D MAM E PODOIMCH' F TZU'UTUJIL G Q'ANJOB'AL H CH'ORTI' I PODOIMAN J ACHI K AKATEKO L AWAKATEKO M CHALCHITEKO N CHUJ O ITZA' P IXIL Q JAKALTEKO (POPTI) R MOPAN S SAKAPULTEKO T SIPAKAPENSE U TEKITTEKO V USPANTEKO W OTRO X (ESPECIFIQUE)	
118	Usted ¿cómo se considera: maya, ladina/mestiza, garífuna, xinca o de otra etnia?	MAYA 1 LADINA/MESTIZA 2 GARÍFUNA 3 XINCA 4 OTRO 6 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURA 8 (ESPECIFIQUE)	→ 120
119	Usted ¿a qué comunidad lingüística Maya pertenece?	KAOCHIKEL 02 Q'EQCHI' 03 K'ICHE' 04 MAM 05 PODOIMCH' 06 TZU'UTUJIL 07 Q'ANJOB'AL 08 CH'ORTI' 09 PODOIMAN 10 ACHI 11 AKATEKA 12 AWAKATEKA 13 CHALCHITEKA 14 CHUJ 15 ITZA' 16 IXIL 17 JAKALTEKA (POPTI) 18 MOPAN 19 SAKAPULTEKA 20 SIPAKAPENSE 21 TEKITTEKA 22 USPANTEKA 23 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
120	Usted ¿cómo se considera indígena o no indígena?	INDÍGENA 1 NO INDÍGENA 2	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201 Y	Ahora le haré algunas preguntas acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido. Me refiero a hijas e hijos que usted ha dado a luz, no me refiero a hijas e hijos criados o adoptados por usted. ¿Ha dado usted a luz alguna hija o hijo alguna vez?	SI 1 NO 2 → 206	
202	De las hijas o hijos que usted tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI 1 NO 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA "00"	HIJOS EN CASA HIJAS EN CASA [] []	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está viva o vivo pero que no están viviendo con usted?	SI 1 NO 2 → 206	
205	¿Cuántos hijos (varones) están vivos pero no viven con usted? ¿Y cuántas hijas (mujeres) están vivas pero no viven con usted? SI NINGUNO(A), ESCRIBA "00"	HIJOS FUERA HIJAS FUERA [] []	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI "NO": INDAGUE:	SI 1 NO 2 → 208	
207	¿Tuvo usted alguna niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que solamente vivió pocas horas o días? ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NINGUNO(A), ESCRIBA "00"	HIJOS MUERTOS HIJAS MUERTAS [] []	
208	SUME RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207; Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HATENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL DE NACIMIENTOS [] []	
209 F	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en total ____ nacimientos durante toda su vida. ¿Es correcto?	SI [] → INDAGUE Y CORRIJA 201 Y -208 SI ES NECESARIO NO []	
210 F	VERIFIQUE 208:	UNO O MÁS NACIMIENTOS [] → 228 NINGÚN NACIMIENTO []	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN											
211Y Ahora le haré preguntas sobre todas las hijas e hijos que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.											
ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS LAS HIJAS E HIJOS EN 212. ANOTE MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS. (SI HAY MÁS DE 16 NACIMIENTOS, UTILICE UN CUESTIONARIO ADICIONAL, EMPEZANDO CON LA SEGUNDA LÍNEA).											
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221		
¿Cuál es el nombre de su (ter), (2do), (3er), (etc.) hijo(hija)? REGISTRE NOMBRE	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDIQUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿(NOMBRE) todavía está vivo(a)?	ESTÁ VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	ESTÁ VIVO: ¿(NOMBRE) está viviendo con usted?	ESTÁ VIVO: REGISTRE EL NÚMERO DE LA LINEA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR "00" SI NO ESTÁ LISTADO	ESTÁ MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDIQUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: "DÍAS" SI MENOS DE 1 MES; "MESES" SI MESES DE 2 AÑOS Y "AÑOS" SI 2 O MÁS AÑOS	¿Hubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO PREVIOS (NOMBRE), incluyendo aquellos que murieron recién nacidos?		
01	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PROX. NAC.)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3			
02	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
03	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
04	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
05	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
06	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
07	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
08	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN											
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221		
¿Cuál es el nombre de su (ter), (2do), (3er), (etc.) hijo(hija)? REGISTRE NOMBRE	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDIQUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿(NOMBRE) todavía está vivo(a)?	ESTÁ VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	ESTÁ VIVO: ¿(NOMBRE) está viviendo con usted?	ESTÁ VIVO: REGISTRE EL NÚMERO DE LA LINEA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR "00" SI NO ESTÁ LISTADO	ESTÁ MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDIQUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: "DÍAS" SI MENOS DE 1 MES; "MESES" SI MESES DE 2 AÑOS Y "AÑOS" SI 2 O MÁS AÑOS	¿Hubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO PREVIOS (NOMBRE), incluyendo aquellos que murieron recién nacidos?		
09	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
10	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
11	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
12	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
13	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
14	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
15	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		
16	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	ÚNICO ... 1 MULT ... 2	MES ... AÑO ...	SI ... 1 NO ... 2 220	EDAD EN AÑOS ... 220	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE LINEA ... (PASE A 221)	DÍAS ... 1 MESES ... 2 AÑOS ... 3	SI ... 1 AGREGUE NACIM. ... 2 NO ... 2 PRÓXIMO NACIM. ... 2		

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
No	PREGUNTAS Y FILTROS		
222	¿Hubo otra niña o niño nacido vivo después del nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI 1 NO 2		
223 F	SI RESPONDE "SI" INDAGUE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS. COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: EL NÚMERO <input type="checkbox"/> ES IGUAL → (INDAGUE Y CORRIJA) EL NÚMERO <input type="checkbox"/> ES DIFERENTE		
224 F	VERIFIQUE 216: ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN 2009 O DESPUÉS. NÚMERO DE NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> → 226 NINGUNO 0		
225 C	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2009, ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN EL CALENDARIO. PARA CADA NACIMIENTO, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CÓDIGO "N". PARA CADA NACIMIENTO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES QUE DURÓ EL EMBARAZO (NOTA: EL NÚMERO DE LETRAS "E" DEBE SER IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES).		
226	¿Está usted embarazada actualmente? SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8 → 230		
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE NÚMERO DE MESES COMPLETOS. C ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA.	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
228	Cuando quedó embarazada, ¿usted quería quedar embarazada en ese momento? SI 1 → 230 NO 2		
229	¿Deseaba tener una hija(o) más tarde o no quería tener (más) hijas(os)? MÁS TARDE 1 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJAS(OS) 2		
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto? SI 1 NO 2 → 238		
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos? MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
232 F	VERIFIQUE 231: EL ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="checkbox"/> EN ENERO DEL 2009 O DESPUÉS EL ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="checkbox"/> ANTES DE ENERO DEL 2009 → 238		
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo (pérdida, aborto o nacido muerto)? C REGISTRE NÚMERO DE MESES COMPLETOS. ESCRIBA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES EN QUE TERMINÓ EL EMBARAZO "E" EN CADA MES MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
234	Desde enero del 2009 ¿ha tenido usted algún otro embarazo que no resultó en un nacido vivo? SI 1 NO 2 → 236		
235 C	PREGUNTE LA FECHAY LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS OCURRIDOS DESDE ENERO DEL 2009. C ESCRIBA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES RESTANTES.		

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
No	PREGUNTAS Y FILTROS		
236	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes del 2009? SI 1 NO 2 → 238		
237	¿En qué mes y año ocurrió el último embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes del 2009? MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
238	¿Cuándo comenzó su última regla, menstruación o sangrado? ESTA MENSTRUANDO 0 0 0 HACE DÍAS 1 HACE SEMANAS 2 HACE MESES 3 HACE AÑOS 4 MENOPAUSIA / HISTERECTOMIZADA 9 9 3 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO 9 9 4 NUNCA HA MENSTRUADO 9 9 5 NO SABE 9 9 8		
239	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales? SI 1 NO 2 NO SABE 8 → 301 Y		
240	En su opinión, cuáles son esos días ¿antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, inmediatamente después de terminada la menstruación o usted conoce otra forma para identificar esos días? JUSTO ANTES QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN 01 DURANTE LA MENSTRUACIÓN 02 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINAR LA MENSTRUACIÓN 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL 04 EN LOS DÍAS EN QUE LAS CUENTAS DEL COLLAR SON BLANCAS 05 EN LOS DÍAS EN QUE LAS CUENTAS DEL COLLAR SON CAFÉS 06 OTRO 96 NO SABE 98 (ESPECIFIQUE)		

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
301 Y	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. ¿Ha oído hablar de (MÉTODO)?	
01	Esterilización Femenina. INDAGUE: Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI 1 NO 2
02	Esterilización Masculina. INDAGUE: Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SI 1 NO 2
03	DIU. INDAGUE: Las mujeres pueden pedirle a un médico o enfermera que le coloque una espiral, anillo o una I de cobre en la matriz.	SI 1 NO 2
04	Inyecciones. INDAGUE: Las mujeres pueden pedirle a una trabajadora de salud que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI 1 NO 2
05	Implantes. INDAGUE: Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar quedar embarazada durante uno o varios años.	SI 1 NO 2
06	Píldoras o Pastillas. INDAGUE: Las mujeres pueden tomar todos los días una píldora o pastilla para evitar quedar embarazada.	SI 1 NO 2
07	Condón. INDAGUE: Los hombres se pueden poner una fundita de goma o látex en el pene durante las relaciones sexuales.	SI 1 NO 2
08	Condón Femenino. INDAGUE: Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma antes de las relaciones sexuales.	SI 1 NO 2
09	Métodos vaginales. INDAGUE: Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	SI 1 NO 2
10	Método de Lactancia y Amamanta (MELA). INDAGUE: La mujer puede atrasar su regla después del parto dando de mamar exclusivamente, día y noche cuando el bebé tiene menos de 6 meses de edad.	SI 1 NO 2
11	Método del Ritmo. INDAGUE: Para evitar quedar embarazadas, las mujeres no tienen relaciones sexuales en los días del mes en los cuales creen que pueden quedar embarazadas.	SI 1 NO 2
12	Método del Collar. INDAGUE: Para evitar quedar embarazadas, las mujeres pueden contar los días de su ciclo menstrual con las cuentas de un collar y evitar las relaciones sexuales en los días en que las cuentas son blancas.	SI 1 NO 2
13	Retiro. INDAGUE: Los hombres pueden tener cuidado y retirarse antes de terminar el acto sexual.	SI 1 NO 2
14	Anticoncepción de Emergencia. INDAGUE: Como una medida de emergencia, dentro de los tres días después de haber tenido relaciones sexuales, las mujeres pueden tomar unas pastillas especiales.	SI 1 NO 2
15	Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI," ESPECIFICAR MÉTODO	SI 1 NO 2 (ESPECIFIQUE)

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
302 F	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O NO SABE	EMBARAZADA
303	¿Actualmente está usted o su pareja haciendo algo o usando algún método para evitar o esperar a quedar embarazada?	SI 1 NO 2 → 309 C
304	¿Qué método está usando?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA A ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) B DIU/DISPOSITIVO INTRAUTERINO C SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA. INYECCIONES D IMPLANTES E PASTILLAS/PÍLDORA F CONDÓN G CONDÓN FEMENINO H ESPIRUAL JALEA/ TABLETAS (ÓVULOS/DIAFRAGMA I MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) J MÉTODO DEL RITMO K MÉTODO DEL COLLAR L RETIRO M OTRO MÉTODO MODERNO N OTRO MÉTODO TRADICIONAL O → 306 A
305	¿Dónde tuvo lugar la esterilización (operación definitiva)? INDAGUE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA / HOSPITAL PRIVADO 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
306	¿En qué mes y año tuvo lugar la esterilización (operación definitiva)?	MES AÑO MES AÑO INDAGUE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO ACTUAL) sin parar? (MÉTODO ACTUAL) en forma continua sin parar?

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
307 F	<p>VERIFIQUE 306, 306 A, 215 Y 231:</p> <p>UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DE COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN EN 306/306 A</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	PASE A
308 C	<p>REGRESE A 306/306 A, INDAGUE/REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)</p> <p>VERIFIQUE 306 Y 306 A:</p> <p>EL AÑO ES 2009 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> EL AÑO ES 2008 O ANTES <input type="checkbox"/></p> <p>C ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZO A USARLO. → 320 F</p> <p>C ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZO A USARLO. → 320 F</p>	
309 C	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE PERÍODO DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO 2009. USE LOS NOMBRES DE LOS/A(S) HUIO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>C EN COLUMNA 1, ANOTE CÓDIGO DEL MÉTODO, O "0" PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces? <p>EN LA COLUMNA 2, ANOTE EL CÓDIGO DE LA INTERRUPCIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO. EL NÚMERO DE CÓDIGOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DE MÉTODOS MARCADOS EN LA COLUMNA 1.</p> <p>PREGUNTE POR QUÉ DEJÓ DE USAR EL MÉTODO. SI ESTÁ SEGUIDO DE UN EMBARAZO, PREGUNTE SI EL EMBARAZO OCURRIÓ MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI DEJÓ DE USAR EL MÉTODO PORQUE QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Por qué dejó de usar el (MÉTODO)? ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (MÉTODO), o usted lo dejó por otra razón, o dejó de usar (MÉTODO) para quedar embarazada? SI DELIBERADAMENTE DEJÓ DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuántos meses tuvo que esperar para quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)? Y ANOTE "0" EN CADA UNO DE ESOS MESES EN LA COLUMNA 1. 	
310 F	<p>CONSULTE CALENDARIO PARA USO DE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN ALGÚN MES</p> <p>NINGÚN MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/> ALGÚN MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/></p>	
311	<p>¿Ha usado usted alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar quedar embarazada?</p> <p>SI 1 NO 2 → 322</p>	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
312 F	<p>VERIFIQUE 306:</p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.</p> <p>SI HAY MÁS DE UN MÉTODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>NO CÓDIGO CIRCULADO 00 → 322</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01 → 315 A</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) 02 → 327</p> <p>DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) 03</p> <p>INYECCIONES 04</p> <p>IMPLANTES 05</p> <p>PASTILLAS/PÍLORA 06</p> <p>CONDÓN 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO 08</p> <p>ESPUMA/JALEA/ TABLETAS/ÓVULOS/ DIARRAGMA 09</p> <p>MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) 10 → 313 A</p> <p>MÉTODO DEL RÍTMO 11 → 313 B</p> <p>MÉTODO DEL COLLAR 12 → 313 C</p> <p>RETRO 13</p> <p>OTRO MÉTODO MODERNO 14 → 327</p> <p>OTRO MÉTODO TRADICIONAL 15</p>
313	<p>Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA DE PREGUNTA 306/306 A), ¿dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo?</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO 11</p> <p>CENTRO DE SALUD 12</p> <p>CENTRO DE SALUD TIPO A 13</p> <p>CENTRO DE SALUD TIPO B 14</p> <p>PUERTO DE SALUD (ABIERTO) 15</p> <p>PUERTO DE SALUD (CERRADO) 16</p> <p>PUERTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) 17</p> <p>CENTROS DE CONVERGENCIA 18</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) 19</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAP) 20</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 21</p> <p>MATERIDAD 22</p> <p>CLÍNICA MÓVIL 23</p> <p>CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) 24</p> <p>CLÍNICA PERIFÉRICA 25</p> <p>CRN PÚBLICO 26</p> <p>UNIDAD MÍNIMA 27</p> <p>OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO 41</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO 42</p> <p>APROFAM 43</p> <p>FARMACIA 44</p> <p>IGSS 45</p> <p>OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>COMADRONA/ CURANDERO/PARTERO TRADICIONAL 51</p> <p>TIENDA DE CONVENENCIA 52</p> <p>IGLESIA 53</p> <p>AMIGO/FAMILIAR 54</p> <p>OTRO 96 (ESPECIFIQUE)</p>
313 A	¿Dónde aprendió a usar el método de lactancia y amenorrea?	
313 B	¿Dónde aprendió a usar el método del ritmo?	
313 C	¿Dónde aprendió a usar el método del collar?	
	<p>INDAGUE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (DIRECCIÓN DEL LUGAR)</p>	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
314 F	VERIFIQUE 304: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI HAY MÁS DE UN MÉTODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	DUI (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) 03 INYECCIONES 04 IMPLANTES 05 PASTILLAS/PÍLORA 06 CONDÓN 07 CONDÓN FEMENINO 08 ESPUJITA/ JALEA/ TABLETAS/ ÓVULOS/ DIAFRAGMA 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) 10 MÉTODO DEL RITMO 11 MÉTODO DEL COLLAR 12
315	¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	SI 1 NO 2
315 A	¿Cuando usted se esterilizó, le informaron sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener con el método?	
316	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?	SI 1 NO 2
317	¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o problemas?	SI 1 NO 2
318 F	VERIFIQUE 317: <div><div>CÓDIGO "1" CIRCULADO</div><div>CÓDIGO "2" NO CIRCULADO</div></div> En ese momento, ¿le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar? Cuando obtuvo (MÉTODO ACTUAL DE 312 F) en (FUENTE DE MÉTODO EN 305 o 313) ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?	SI 1 NO 2
319	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI 1 NO 2
320 F	VERIFIQUE 304: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI HAY MÁS DE UN MÉTODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA. SI LA RESPUESTA ES OTRO MODERNO O TRADICIONAL (ESPECIFIQUE)	ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) 02 DUI (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) 03 INYECCIONES 04 IMPLANTES 05 PASTILLAS/PÍLORA 06 CONDÓN 07 CONDÓN FEMENINO 08 ESPUJITA/ JALEA/ TABLETAS/ ÓVULOS/ DIAFRAGMA 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) 10 MÉTODO DEL RITMO 11 MÉTODO DEL COLLAR 12 RETIRO 13 OTRO MÉTODO MODERNO 14 OTRO MÉTODO TRADICIONAL 15

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321	¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) la última vez? SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> (NOMBRE DEL LUGAR) <div style="text-align: center;">□ □ □ □ (DIRECCIÓN DEL LUGAR)</div>		SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 PUESTO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUESTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUESTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) 17 CENTROS DE CONVERGENCIA 18 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) 19 CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) 20 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 21 MATERNIDAD 22 CLÍNICA MÓVIL 23 CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) 24 CLÍNICA PERIFÉRICA 25 CRIP PÚBLICO 26 UNIDAD MÍNIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO _____ (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 FARMACIA 44 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE COMADRONA/CURANDERO/PARTERO TRADICIONAL 51 TIENDA DE CONVENIENCIA 52 IGLESIA 53 AMIGO/FAMILIAR 54 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96	→ 324
322	¿Sabe de algún lugar donde pueda obtener un método de planificación familiar?		SÍ 1 NO 2	→ 324

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN		
NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
323	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro sitio?</p> <p>INDAGUE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR:</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR(ES))</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO C</p> <p>CENTRO DE SALUD D</p> <p>CENTRO DE SALUD TIPO A E</p> <p>CENTRO DE SALUD TIPO B F</p> <p>PUESTO DE SALUD (ABIERTO) G</p> <p>PUESTO DE SALUD (CERRADO) H</p> <p>PUESTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) I</p> <p>CENTROS DE CONVERGENCIA J</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL K</p> <p>MATERNO INFANTIL (CAIMI) L</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES M</p> <p>AMBULATORIOS (CENAPA) N</p> <p>CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) O</p> <p>MATERIDAD P</p> <p>CLÍNICA MÓVIL Q</p> <p>CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) R</p> <p>CLÍNICA PERIFÉRICA S</p> <p>CUM PÚBLICO T</p> <p>UNIDAD MÍNIMA U</p> <p>OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO V</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO W</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO X</p> <p>APROFAM Y</p> <p>FARMACIA Z</p> <p>IGSS AA</p> <p>OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO BB</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>COMADRONA/ CURANDERO/ PARTERO TRADICIONAL CC</p> <p>TIENDA DE CONVENENCIA DD</p> <p>IGLESIA EE</p> <p>AMIGO/FAMILIAR FF</p> <p>OTRO GG</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>..... X</p>
324	PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE MENSAJES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
325	<p>En los últimos 12 meses:</p> <p>¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar?</p> <p>¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar?</p> <p>¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?</p> <p>¿Usted ha leído en internet algo sobre planificación familiar?</p>	<p>SI NO</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TELEVISIÓN 1 2</p> <p>PERIÓDICOS /REVISTAS 1 2</p> <p>INTERNET 1 2</p>
326	Durante los últimos 12 meses, ¿ha platicado sobre planificación familiar con un profesional de la salud?	<p>SI NO</p> <p>..... 1 2</p>
327	¿En los últimos 12 meses ha sido visitado por un trabajador de salud que le habló sobre planificación familiar?	<p>SI NO</p> <p>..... 1 2</p>
328	¿En los últimos 12 meses ha visitado algún establecimiento de salud para el cuidado de su salud (o la salud de sus hijos)?	<p>SI NO</p> <p>..... 1 2</p>
329	¿Algún día ese establecimiento de salud le habló acerca de métodos de planificación familiar?	<p>SI NO</p> <p>..... 1 2</p>

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL				
NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
401 F	<p>VERIFIQUE 224 F:</p> <p>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS EN 2009 O DESPUÉS</p> <p>NINGÚN NACIDO VIVO EN 2009 O DESPUÉS</p> <p>801</p>			
402 Y	<p>VERIFIQUE 215: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE LÍNEA, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO.</p> <p>HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE UN CUESTIONARIO ADICIONAL.</p> <p>Ahora le hará algunas preguntas acerca de la salud de sus hijas/hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño uno por uno.</p>			
403 F	NÚMERO DE LÍNEA DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE LÍNEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE LÍNEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE LÍNEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS
404 F	DE 212 Y 216:	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	¿Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE), ¿usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar un tiempo o no quería tener (más) hijas/os?	<p>ENTONCES 1 (PASE A 407)</p> <p>MÁS TARDE 2</p> <p>NO QUERÍA 3</p>	<p>ENTONCES 1 (PASE A 426)</p> <p>MÁS TARDE 2</p> <p>NO QUERÍA 3</p>	<p>ENTONCES 1 (PASE A 426)</p> <p>MÁS TARDE 2</p> <p>NO QUERÍA 3</p>
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	<p>MESES 1</p> <p>AÑOS 2</p> <p>NO SABE 9 8</p>	<p>MESES 1</p> <p>AÑOS 2</p> <p>NO SABE 9 8</p>	<p>MESES 1</p> <p>AÑOS 2</p> <p>NO SABE 9 8</p>
407	¿Consultó a alguien para el cuidado prenatal para este embarazo?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>(PASE A 415)</p>		
408	<p>¿A quién consultó en el control prenatal durante este embarazo?</p> <p>¿Algún más?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE PERSONA Y MARQUE TODAS LAS QUE SEAN MENCIONADAS.</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p> <p>MÉDICO A</p> <p>MÉDICO AMBULATORIO B</p> <p>ENFERMERA C</p> <p>COMADRONA CAPACITADA D</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>COMADRONA EMPÍRICA E</p> <p>PROMOTOR DE SALUD F</p> <p>GUARDIÁN DE SALUD G</p> <p>CURANDERO PARTERO TRADICIONAL H</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
409	¿Dónde recibió atención prenatal para este embarazo? ¿Algún otro sitio? INDIQUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	HOGAR EN SU HOGAR A EN OTRO HOGAR B SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F PUESTO DE SALUD (ABIERTO) G PUESTO DE SALUD (CERRADO) H PUESTO DE SALUD (FORTALECIDO (PSF)) I CENTROS DE CONVERGENCIA J CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO-INFANTIL (CAMI) K CENTRO DE ATENCIÓN A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS (CENTAP) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERNIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CLUM) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL CLÍNICA U CONSULTORIO MÉDICO V APROFAM W IGSS BB OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO CC (ESPECIFIQUE) OTRO X (ESPECIFIQUE)	
410	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando recibió atención prenatal por primera vez?	MESES NO SABE 8	
411	¿Cuántas veces recibió atención prenatal durante este embarazo?	NÚMERO DE VECES NO SABE 9 8	
412	Como parte de su atención prenatal durante este embarazo, le hicieron algo de lo siguiente, por lo menos una vez: ¿Le tomaron la presión arterial? ¿Le hicieron examen de orina? ¿Le hicieron examen de sangre? ¿La pesaron?	SI NO PRESIÓN ARTERIAL 1 2 ORINA 1 2 SANGRE 1 2 PESARON 1 2	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
413	Durante cualquiera de sus controles prenatales, ¿algún le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
414	¿En qué idioma le habló la persona que le realizó su (último) control prenatal? REGISTRE SOLO UNA RESPUESTA. SI CITA MÁS DE UN IDIOMA PREGUNTE: ¿En qué idioma le habló la mayor parte del tiempo?	ESPAÑOL 01 KACHIKEL 02 Q'EQCHI' 03 K'ICHE' 04 MAM 05 POCOMCHI' 06 TZU'UTUJIL 07 Q'ANJOB'AL 08 CH'ORTI' 09 POCOMAN 10 ACHI 11 AKATEKO 12 AVAKATEKO 13 CHALCHITEKO 14 CHUJ 15 ITZA' 16 IXIL 17 JAKALTEKO (POPTI) 18 MOPAN 19 SAKAPIUTEKO 20 SIPAKAPENSE 21 TEKITEKO 22 USPANTEKO 23 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
415	Durante este embarazo, ¿le pusieron una vacuna en el momento del parto o después al nacer? ¿En qué idioma le habló la persona que le puso la vacuna? ¿Le dijeron algo de lo siguiente, después de su nacimiento?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 417) (PASE A 419)	
416	¿Por qué no le administraron la vacuna contra el tétanos durante este embarazo?	TENÍA ESQUEMA COMPLETO DE TD 1 NO QUISO VACUNARSE 2 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 419)	
417	Durante este embarazo ¿cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica?	VECES NO SABE 8	
418 F	VERIFIQUE 417: 2 O MÁS VECES	OTRA/NO SABE (PASE A 422)	
419	¿En algún momento antes de este embarazo le pusieron alguna vacuna antitetánica?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 422)	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
420	Antes de este embarazo, ¿cuántas veces recibió usted una vacuna antitetánica? SI 7 O MÁS VECES, REGISTRE "7"	VECES <input type="checkbox"/> NO SABE 8	
421	¿Hacia cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes de este embarazo?	AÑOS ATRÁS <input type="checkbox"/> SI 1 NO 2 (PASE A 424) ← NO SABE 8	
422	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿a usted le dieron o usted compró hierro en jarabe o pastillas?	SI 1 NO 2 (PASE A 424) ← NO SABE 8	
423	Durante todo el embarazo, ¿por qué motivo tomó hierro en jarabe o pastillas? SI RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR NÚMERO APROXIMADO DE DÍAS	DÍAS <input type="checkbox"/> NO SABE 9 8	
424	Durante este embarazo, ¿usted tomó algunas pastillas de: Ácido fólico? Prenatales?	SI NO NS ÁCIDO FÓLICO 1 2 8 PRENATALES 1 2 8	
425	Durante este embarazo, ¿tomó algún medicamento contra lombrices intestinales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
426	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el bebé nació grande que lo normal, le normal, más pequeño que lo normal o muy pequeño(a)?	MUY GRANDE 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL) 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO 5 NO SABE 8	MUY GRANDE 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL) 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO 5 NO SABE 8
427	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI 1 NO 2 (PASE A 429) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 429) ← NO SABE 8
428	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? PIDA A LA MADRE EL CARNE DE SALUD Y COPIE EL PESO COMO APARECE EN EL CARNE OTARJETA DE SALUD. SI LA MADRE SE LO PUEDE MOSTRAR.	REGISTRADO EN TARJETA LIBRAS ONZAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DECLARADO POR MADRE LIBRAS ONZAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 9 9 8	REGISTRADO EN TARJETA LIBRAS ONZAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DECLARADO POR MADRE LIBRAS ONZAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 9 9 8

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
429	¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONAS Y MARQUE TODAS LAS QUE SON MENCIONADAS. SI LA RESPUESTA ES "NADIE" INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO A MÉDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAPACITADA D OTRA PERSONA COMADRONA EMPÍRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIÁN DE SALUD G CURANDERO PARTERO TRADICIONAL H FAMILIAR/AMIGA I NADIE LA ASISTIÓ J (PASE A 432) ← OTRA PERSONA X (ESPECIFIQUE)	PERSONAL DE SALUD MÉDICO A MÉDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAPACITADA D OTRA PERSONA COMADRONA EMPÍRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIÁN DE SALUD G CURANDERO PARTERO TRADICIONAL H FAMILIAR/AMIGA I NADIE LA ASISTIÓ J (PASE A 432) ← OTRA PERSONA X (ESPECIFIQUE)
430	¿En qué idioma le habló la persona que le atendió durante el parto? REGISTRE SOLO UNA RESPUESTA. SI CITA MÁS DE UN IDIOMA PREGUNTE: ¿En qué idioma le habló la mayor parte del tiempo?	ESPAÑOL 01 KACHIKEL 02 Q'EQCH' 03 K'ICHE' 04 MAM 05 PODOMCH' 06 TZU UTUJIL 07 Q'ANJOB'AL 08 CH'ORT' 09 PODOMAN 10 ACH 11 AKATEKO 12 AWAKATEKO 13 CHALCHITEKO 14 CHUJ 15 ITZA 16 IXIL 17 JAKALTEKO (POPTI) 18 MOPAN 19 SAPAKAPENSE 20 SIPAKAPENSE 21 TEKITTEKO 22 USPANTEKO 23 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	ESPAÑOL 01 KACHIKEL 02 Q'EQCH' 03 K'ICHE' 04 MAM 05 PODOMCH' 06 TZU UTUJIL 07 Q'ANJOB'AL 08 CH'ORT' 09 PODOMAN 10 ACH 11 AKATEKO 12 AWAKATEKO 13 CHALCHITEKO 14 CHUJ 15 ITZA 16 IXIL 17 JAKALTEKO (POPTI) 18 MOPAN 19 SAPAKAPENSE 20 SIPAKAPENSE 21 TEKITTEKO 22 USPANTEKO 23 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)
431	¿La persona que le atendió en el parto le dijo que usted o su pareja prefirió tener el parto, parada o acostada?	PREGUNTÓ 1 NO PREGUNTÓ 2	PREGUNTÓ 1 NO PREGUNTÓ 2
432	¿En qué posición usted dio a luz a (NOMBRE), parada o acostada?	PARADA 1 ACOSTADA 2	PARADA 1 ACOSTADA 2

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CIUDADO POSNATAL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
437	Después de que usted salió del establecimiento ¿alguna persona le hizo un examen para ver como estaba de salud?	SI 1 (PASE A 438) ↓ NO 2 (PASE A 441) ↓		
438	Ahora le preguntaré acerca de los controles o chequeos de salud que le hicieron después del parto. ¿Alguna persona la examinó después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 441) ↓		
439	¿Quién le hizo el control de salud en ese momento?	PERSONAL DE SALUD MÉDICO A MÉDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAPACITADA D OTRA PERSONA COMADRONA EMPÍRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIÁN DE SALUD G CURANDERO PARTERO H TRADICIONAL I OTRO X (ESPECIFIQUE)		
440	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo usted su primer control de salud?	HORAS 1 DÍAS 2 SEMANAS 3 NO SABE 9 8		
441	En los dos meses siguientes al nacimiento de (NOMBRE), ¿algún trabajador de salud o comadrona chequeó la salud a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 446) ↓		
442	¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo lugar el primer control del bebé?	HORAS DESPUÉS 1 DÍAS DESPUÉS 2 SEMANAS DESPUÉS 3 NO SABE 9 8		
443	¿Quién le hizo el control de salud de (NOMBRE) en ese momento?	PERSONAL DE SALUD MÉDICO A MÉDICO AMBULATORIO B ENFERMERA C COMADRONA CAPACITADA D OTRA PERSONA COMADRONA EMPÍRICA E PROMOTOR DE SALUD F GUARDIÁN DE SALUD G CURANDERO PARTERO H TRADICIONAL I OTRO X (ESPECIFIQUE)		

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CIUDADO POSNATAL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
433	¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR) (DIRECCIÓN DEL LUGAR)	HOGAR EN SU HOGAR 01 (PASE A 438) ↓ EN OTRO HOGAR 02 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 PUERTO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUERTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUERTO DE SALUD (FORTALECIDO) (PSF) 17 CENTROS DE CONVERGENCIA 18 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 19 MATERNIDAD INFANTIL (CAIMI) 20 PACIENTES AMBULATORIOS 21 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 22 MATERNIDAD 23 CLÍNICA MÓVIL 24 CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) 25 CSN PÚBLICO 26 UNIDAD MINIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLÍNICA 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	HOGAR EN SU HOGAR 01 (PASE A 446) ↓ EN OTRO HOGAR 02 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 PUERTO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUERTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUERTO DE SALUD (FORTALECIDO) (PSF) 17 CENTROS DE CONVERGENCIA 18 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 19 MATERNIDAD INFANTIL (CAIMI) 20 PACIENTES AMBULATORIOS 21 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 22 MATERNIDAD 23 CLÍNICA MÓVIL 24 CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) 25 CSN PÚBLICO 26 UNIDAD MINIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLÍNICA 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	HOGAR EN SU HOGAR 01 (PASE A 446) ↓ EN OTRO HOGAR 02 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 PUERTO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUERTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUERTO DE SALUD (FORTALECIDO) (PSF) 17 CENTROS DE CONVERGENCIA 18 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 19 MATERNIDAD INFANTIL (CAIMI) 20 PACIENTES AMBULATORIOS 21 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 22 MATERNIDAD 23 CLÍNICA MÓVIL 24 CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) 25 CSN PÚBLICO 26 UNIDAD MINIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLÍNICA 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE)
434	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?	HORAS 1 DÍAS 2 SEMANAS 3 NO SABE 9 8		
435	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue por cesárea, es decir, tuvieron que cortar su vientre para sacar al bebé?	SI 1 NO 2 (PASE A 439) ↓		
436	Ahora le preguntaré acerca de los controles o chequeos de su salud después del parto. ¿Alguna persona la examinó mientras usted estaba todavía en el establecimiento de salud?	SI 1 NO 2 (PASE A 439) ↓		

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL			
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____
444	<p>¿En qué idioma le habló la persona que le realizó el control de salud a (NOMBRE)?</p> <p>REGISTRE SOLO UNA RESPUESTA. SI CITA MÁS DE UN IDIOMA PREGUNTE:</p> <p>¿En qué idioma le habló la mayor parte del tiempo?</p>	ESPAÑOL 01 KACHIKEL 02 Q'EQHI 03 K'ICHE' 04 MAM 05 POGOMCHI' 06 TZU'UTUJIL 07 Q'ANJIB'AL 08 CH'ORTI' 09 POGOMAN 10 AGH 11 AKATEKO 12 AWAKATEKO 13 CHALCHITEKO 14 CHUL 15 ITZ'K' 16 IXIL 17 JAKALTEKO (POPTI) 18 MOPAN 19 SAKAPULTEKO 20 SIPAKAPENSE 21 TEXTITEKO 22 USANTEKO 23 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
445	<p>¿Dónde tuvo lugar el primer control de salud de (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p> <p>_____</p> <p>(DIRECCIÓN DEL LUGAR)</p>	HOGAR 01 EN SU HOGAR 02 EN OTRO HOGAR 03 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 CENTRO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUESTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUESTO DE SALUD 17 FORTALECIDO (PSF) 18 CENTROS DE CONVERGENCIA 19 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 20 MATERNO INFANTIL (CUMI) 21 CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS 22 (CENAP) 23 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 24 MATERNIDAD 25 CLÍNICA MÓVIL 26 CENTRO DE URGENCIAS 27 MINIMAS (CUM) 28 CLÍNICA PERIFÉRICA 29 CRN PÚBLICO 30 UNIDAD MINIMA 31 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 32 (ESPECIFIQUE) 33 SECTOR PRIVADO HOSPITAL CLÍNICA 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 44 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 45 (ESPECIFIQUE) 46 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL					
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	
446	¿Fue inscrito (NOMBRE) en el RENAP?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 448 F)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 448 F)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 448 F)	
447	¿Cuánto tiempo, después de su nacimiento (NOMBRE) fue inscrito(a)? SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00" EN MESES. SI FUE REGISTRADO ANTES DE SU PRIMER AÑO REGISTRE EN MESES.	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	
448 F	VERIFIQUE 216 Y 404 F.	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 454)	
449	¿Declaró el fallecimiento de (NOMBRE) en el RENAP?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 454)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 454)	
450	¿Cuánto tiempo después de fallecer (NOMBRE) se declaró su fallecimiento? SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00" EN MESES. SI FUE REGISTRADO ANTES DE SU PRIMER AÑO REGISTRE EN MESES.	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 451)	
451	En los primeros dos meses después del parto, ¿recibió usted alguna de las siguientes A como (esta alguna de ellas)? MUESTRE LOS TIPOS COMUNES DE AMPOLLETAS / CÁPSULAS / JARABES.	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	
452	En los primeros dos meses después del parto, ¿usted tomó algunas pastillas de: Suplemento de hierro? Ácido fólico? Prenatales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455)	
453	Ahora le preguntaré acerca de su menstruación, regla o sangrado. ¿Le vino su regla o sangrado después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455 F)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455 F)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 455 F)	
454	¿Le volvió su menstruación, regla o sangrado entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	
455	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la menstruación, regla o sangrado?	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 8 (PASE A 458)	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
456 F	VERIFIQUE 226: SI LA ENTREVISTADA ESTÁ EMBARAZADA O NO.	<div> <div>NO O NO SABE</div> <div>EMBA- RAZADA</div> <div>(PASE A 458)</div> </div>		
457	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>(PASE A 459)</div>		
458	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo usted relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	<div>MESES</div> <div>NO SABE</div> <div>9 8</div>	<div>MESES</div> <div>NO SABE</div> <div>9 8</div>	
459	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>(PASE A 462)</div>	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div>	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div>
460	¿Porqué nunca le dio el pecho a (NOMBRE)?	<div>NIÑ(A) ENFERMO</div> <div>NIÑ(A) NO QUERÍA</div> <div>NIÑ(A) FALLECIÓ</div> <div>MADRE NO QUERÍA</div> <div>PROBLEMAS PEZÓN O PECHO</div> <div>LECHE INSUFICIENTE</div> <div>DEBÍA TRABAJAR</div> <div>CONSEJOS MÉDICOS</div> <div>POR ESTÉTICA</div> <div>OTRO</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>		
461 F	VERIFIQUE 404 F: ¿LA HUIA O HUIO TODAVÍA ESTA VIVO?	<div>VIVO</div> <div>MUERTO</div> <div>(PASE A 467)</div>		
462	¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) empezó usted a darle el pecho?	<div>INMEDIATAMENTE</div> <div>0 0 0</div> <div>HORAS</div> <div>DÍAS</div> <div>1 2</div>		
463	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>(PASE A 465 F)</div>		

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
464	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)? ¿Algo más? REGISTRE TODOS LOS LÍQUIDOS MENCIONADOS.	<div>LECHE DIFERENTE A LA MATERNA</div> <div>AGUA SOLA</div> <div>AGUA AZUCARADA O GLUCOSADA</div> <div>SOLUCIÓN DE AGUA/ SALAZUCAR</div> <div>JUGO DE FRUTAS</div> <div>FÓRMULA INFANTIL</div> <div>TÉ/INFUSIÓN</div> <div>CAFÉ</div> <div>MIEL</div> <div>OTRO</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>		
465 F	VERIFIQUE 404 F: SI EL NIÑO/A ESTÁ VIVO O MUERTO.	<div>VIVO</div> <div>MUERTO</div> <div>(REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F)</div>	<div>VIVO</div> <div>MUERTO</div> <div>(REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F)</div>	<div>VIVO</div> <div>MUERTO</div> <div>(REGRESE A 405 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE UN NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F)</div>
466	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div>		
467	¿Durante el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en una pacha (bíberon)?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div> <div>NO SABE</div> <div>8</div>	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div> <div>NO SABE</div> <div>8</div>	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>1 2</div> <div>NO SABE</div> <div>8</div>
468		<div>REGRESE A 405 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F</div>	<div>REGRESE A 405 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F</div>	<div>REGRESE A 405 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE UN NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501 F</div>

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL									
501 F	<p>ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE LÍNEA, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NIÑO NACIDO VIVO EN EL 2009 O DESPUÉS. HAGAS LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL.</p>								
502 F	NÚMERO DE LÍNEA DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIMIENTO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	PENÚLTIMO NACIMIENTO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS					
503 F	DE 212 Y 216	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 F EN LA PRÓXIMA COLUMNA, O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 506 F)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 F EN LA PRÓXIMA COLUMNA, O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 506 F)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 F EN LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 506 F)					
504	Ahora le haré algunas preguntas acerca de las vacunas y de las enfermedades de las hijas o hijos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño uno por uno.								
	¿Usted tiene una tarjeta o carné donde están registradas las vacunas de (NOMBRE)?	SI, VISTO..... 1 (PASE A 506)	SI, VISTO..... 1 (PASE A 506)	SI, VISTO..... 1 (PASE A 506)					
	¿Puede ver por favor la tarjeta o carné?	SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 511)	SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 511)	SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 511)					
		NO TARJETA/CARNÉ..... 3	NO TARJETA/CARNÉ..... 3	NO TARJETA/CARNÉ..... 3					
505	¿Usted tuvo alguna vez un carné o tarjeta de vacunación para (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 511)	SI..... 1 (PASE A 511)	SI..... 1 (PASE A 511)					
		NO..... 2 (PASE A 511)	NO..... 2 (PASE A 511)	NO..... 2 (PASE A 511)					
506	COPIE LAS FECHAS DE LA TARJETA O CARNÉ. ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA/CARNÉ MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA, PERO SIN FECHA.								
ÚLTIMO NACIMIENTO		PENÚLTIMO NACIMIENTO		ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO					
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
HEPATITIS B			HEP			HEP			
BCG			BCG			BCG			
POLIO 1			POL 1			POL 1			
PENTA 1			PEN 1			PEN 1			
ROTAVIRUS 1			ROT 1			ROT 1			
NEUMOCOCO 1			NEU 1			NEU 1			
POLIO 2			POL 2			POL 2			
PENTA 2			PEN 2			PEN 2			
ROTAVIRUS 2			ROT 2			ROT 2			
NEUMOCOCO 2			NEU 2			NEU 2			
POLIO 3			POL 3			POL 3			
PENTA 3			PEN 3			PEN 3			
SPR			SPR			SPR			
NEUMOCOCO R			NER			NER			
POLIO R1			PO R1			PO R1			
DPT R1			DP R1			DP R1			
POLIO R2			PO R2			PO R2			
DPT R2			DP R2			DP R2			
VITAMINA A (MÁS RECIENTE)			VIT A			VIT A			

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL					
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE _____	
507 V	EL CARNÉ DE VACUNACIÓN CORRESPONDE AL OFICIAL DEL MSPAS	SI..... 1 (PASE A 509 F)	SI..... 1 (PASE A 509 F)	SI..... 1 (PASE A 509 F)	
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	
508 V	REGISTRE A QUE INSTITUCIÓN CORRESPONDE EL CARNÉ DE VACUNACIÓN	IGSS..... 1 PRIVADO..... 2 DE OTRO PAÍS..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	IGSS..... 1 PRIVADO..... 2 DE OTRO PAÍS..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	IGSS..... 1 PRIVADO..... 2 DE OTRO PAÍS..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
509 F	VERIFIQUE 506:	DE BCG A SPR: TODAS VACUNAS NO REGISTRADAS <input type="checkbox"/> REGISTRADAS <input type="checkbox"/> (PASE A 526)	DE BCG A VACUNAS NO REGISTRADAS <input type="checkbox"/> REGISTRADAS <input type="checkbox"/> (PASE A 526)	DE BCG A SPR: TODAS VACUNAS NO REGISTRADAS <input type="checkbox"/> REGISTRADAS <input type="checkbox"/> (PASE A 526)	
510	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en el carné / tarjeta, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas nacionales de vacunación?	SI..... 1 (INDIQUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE "DÍA" EN 506)	SI..... 1 (INDIQUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE "DÍA" EN 506)	SI..... 1 (INDIQUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE "DÍA" EN 506)	
	REGISTRE "SI" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA POR LO MENOS UNA DE LAS VACUNAS EN 506 QUE NO APARECEN REGISTRADAS COMO QUE FUERON APLICADAS.	(PASE A 526)	(PASE A 526)	(PASE A 526)	
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	
511	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas nacionales de vacunación?	SI..... 1 (PASE A 526)	SI..... 1 (PASE A 526)	SI..... 1 (PASE A 526)	
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	
512	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:				
	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis; esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro, que generalmente deja una cicatriz?	SI..... 1 (PASE A 516)	SI..... 1 (PASE A 516)	SI..... 1 (PASE A 516)	
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	
513	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la polio, es decir, gotas en la boca?	SI..... 1 (PASE A 516)	SI..... 1 (PASE A 516)	SI..... 1 (PASE A 516)	
		NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	
514	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra la polio en los primeros dos meses de nacido o después?	PRIMEROS 2 MESES..... 1 MÁS TARDE..... 2	PRIMEROS 2 MESES..... 1 MÁS TARDE..... 2	PRIMEROS 2 MESES..... 1 MÁS TARDE..... 2	
515	¿Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra la polio?	No. DE VECES..... 8	No. DE VECES..... 8	No. DE VECES..... 8	

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
516	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Pentavalente que es una inyección que generalmente se pone en el muslo, a veces al mismo tiempo que las gotas de polio?	SI 1 NO 2 (PASE A 518) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 518) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 518) 8 NO SABE 8
517	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna Pentavalente a (NOMBRE)?	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8
518	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el rotavirus?	SI 1 NO 2 (PASE A 521) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 521) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 521) 8 NO SABE 8
519	Cuántas veces le pusieron la vacuna contra el rotavirus a (NOMBRE)?	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8
520	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le dieron la vacuna contra el rotavirus (por primera vez)?	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8
521	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el neumococo?	SI 1 NO 2 (PASE A 524) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 524) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 524) 8 NO SABE 8
522	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna contra el neumococo (NOMBRE)?	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8
523	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le dieron la vacuna contra el neumococo (por primera vez)?	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8
524	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna SPR, contra el sarampión, las paperas y la rubéola? Esta es una inyección, que se coloca en el brazo a partir de un año de edad o después?	SI 1 NO 2 (PASE A 526) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 526) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 526) 8 NO SABE 8
525	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le dieron la vacuna SPR?	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8	MESES NO SABE 8
526	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra la hepatitis B? Esta es una inyección que se aplica en el muslo para evitar infecciones en el hígado?	SI 1 NO 2 (PASE A 528) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 528) 8 NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 528) 8 NO SABE 8
527	¿En qué momento recibió (NOMBRE) la vacuna contra hepatitis B?	PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA 1 DESPUÉS DE 24 HORAS 2 NO SABE 8	PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA 1 DESPUÉS DE 24 HORAS 2 NO SABE 8	PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA 1 DESPUÉS DE 24 HORAS 2 NO SABE 8
528	¿En los últimos seis meses (NOMBRE) recibió una dosis de vitamina A como (esta/alguna de estas)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE
529	¿En los últimos 7 días, (NOMBRE) tomó pastillas de hierro, granitos de hierro o jarabe de hierro como (este/alguno de estos)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
530	MUESTRE LOSTIPOS COMUNES DE PASTILLAS/JARABES.			
531	¿Recibió (NOMBRE) algún medicamento (antibióticos, antiparasitarios, etc.) por problemas intestinales en los últimos seis meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
532	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea (asientos) en algún momento durante las últimas dos semanas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
533	¿Había sangre en las evacuaciones de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
534	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la diarrea (asientos) (incluyendo leche materna).	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8 (PASE A 535)	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8 (PASE A 535)	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8 (PASE A 535)
535	¿Le dio de beber menos de lo acostumbrado, o más de lo acostumbrado?	SI "MENOS"; INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?	SI "MENOS"; INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?	SI "MENOS"; INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?
536	¿Qué dejó de darle o le dio de beber en menor cantidad?	LECHE DE PECHO A LECHE DE VACA B AGUA C JUGOS D BEBIDAS GASEOSAS E FÓRMULAS F OTROS X (ESPECIFIQUE)	LECHE DE PECHO A LECHE DE VACA B AGUA C JUGOS D BEBIDAS GASEOSAS E FÓRMULAS F OTROS X (ESPECIFIQUE)	LECHE DE PECHO A LECHE DE VACA B AGUA C JUGOS D BEBIDAS GASEOSAS E FÓRMULAS F OTROS X (ESPECIFIQUE)
537	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿le dio de comer menos de lo acostumbrado, la misma cantidad de comida, más de lo acostumbrado o no le dio comida?	MUCHO MENOS 01 UN POCO MENOS 02 LA MISMA CANTIDAD 03 MÁS CANTIDAD 04 DEJÓ DE DARLE 05 NUNCA LE DIO COMIDA 06 NO SABE 98 (PASE A 537)	MUCHO MENOS 01 UN POCO MENOS 02 LA MISMA CANTIDAD 03 MÁS CANTIDAD 04 DEJÓ DE DARLE 05 NUNCA LE DIO COMIDA 06 NO SABE 98 (PASE A 537)	MUCHO MENOS 01 UN POCO MENOS 02 LA MISMA CANTIDAD 03 MÁS CANTIDAD 04 DEJÓ DE DARLE 05 NUNCA LE DIO COMIDA 06 NO SABE 98 (PASE A 537)

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL					
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	
536	¿Qué alimentos dejó de darle o le dio en menor cantidad?	CARNES A PESCADO B HUEVOS C FRUTAS D VERDURAS COCIDAS E VERDURAS CRUDAS F FRUJOS G CEREALES H ALIMENTOS FORTIFICADOS I OTROS X	CARNES A PESCADO B HUEVOS C FRUTAS D VERDURAS COCIDAS E VERDURAS CRUDAS F FRUJOS G CEREALES H ALIMENTOS FORTIFICADOS I OTROS X	CARNES A PESCADO B HUEVOS C FRUTAS D VERDURAS COCIDAS E VERDURAS CRUDAS F FRUJOS G CEREALES H ALIMENTOS FORTIFICADOS I OTROS X	
537	¿Usted buscó consejo o tratamiento para la diarrea (asientos) de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 541)	SI 1 NO 2 (PASE A 541)	SI 1 NO 2 (PASE A 541)	SI 1 NO 2 (PASE A 541)
538	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea (asientos)? ¿En algún otro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(S))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F PUESTO DE SALUD (ABIERTO) G PUESTO DE SALUD (CERRADO) H PUESTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) I CENTROS DE CONFERENCIA J CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) K CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CEMAPA) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F PUESTO DE SALUD (ABIERTO) G PUESTO DE SALUD (CERRADO) H PUESTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) I CENTROS DE CONFERENCIA J CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) K CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CEMAPA) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F PUESTO DE SALUD (ABIERTO) G PUESTO DE SALUD (CERRADO) H PUESTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) I CENTROS DE CONFERENCIA J CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) K CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CEMAPA) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MINIMAS (CUMI) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T	SI 1 NO 2 (PASE A 541)

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL					
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	PENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIMIENTO NOMBRE	
539 F	VERIFIQUE 538 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS:	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO (PASE A 541)	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO (PASE A 541)	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO (PASE A 541)	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO (PASE A 541)
540	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS ALFABÉTICOS DE LA PREGUNTA 538	PRIMER LUGAR PRIMER LUGAR	PRIMER LUGAR PRIMER LUGAR	PRIMER LUGAR PRIMER LUGAR	PRIMER LUGAR PRIMER LUGAR
541	Desde que (NOMBRE) empezó a tener la diarrea, ¿Ud. le ha dado algo de lo siguiente: a) ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral? b) ¿Un líquido pre-empaquetado de sales de rehidratación oral? c) ¿Una solución casera recomendada por el Ministerio de Salud?	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)
542	¿Le dio algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea?	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)	SI 1 NO 2 (PASE A 544)
543	¿Qué (más) le dio para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODOS LOS TRATAMIENTOS MENCIONADOS.	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H INTRAVENOSA I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H INTRAVENOSA I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H INTRAVENOSA I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)
544	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)
545	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)	SI 1 NO 2 (PASE A 548 F)

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL				
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIMIENTO	PRIMERO NACIMIENTO	ANTERIOR NACIMIENTO
555	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?	SI 1 NO 2 (REGRESE A 503 F EN LA SIGUIENTE COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 558 F) NO SABE 8	SI 1 NO 2 (REGRESE A 503 F EN LA SIGUIENTE COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 558 F) NO SABE 8	SI 1 NO 2 (REGRESE A 503 F EN LA SIGUIENTE COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 558 F) NO SABE 8
556	¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)? ¿Algun otro medicamento? CIRCULE TODOS LOS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.	ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E OTRO ANTIMALÁRICO F (ESPECIFIQUE)	ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E OTRO ANTIMALÁRICO F (ESPECIFIQUE)	ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E OTRO ANTIMALÁRICO F (ESPECIFIQUE)
557		ANTIBIÓTICOS PASTILLAS/JARABES G INYECCIONES H OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFÉN J IBUPROFENO K OTRO X (ESPECIFIQUE) Y NO SABE Y	ANTIBIÓTICOS PASTILLAS/JARABES G INYECCIONES H OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFÉN J IBUPROFENO K OTRO X (ESPECIFIQUE) Y NO SABE Y	ANTIBIÓTICOS PASTILLAS/JARABES G INYECCIONES H OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFÉN J IBUPROFENO K OTRO X (ESPECIFIQUE) Y NO SABE Y

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
558 F	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NACIDOS EN EL 2009 O DESPUÉS, QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA NINGUNO <input type="checkbox"/> 561 UNO O MÁS <input type="checkbox"/> ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELA Y CONTÍNE CON 559 (NOMBRE)	NINGUNO <input type="checkbox"/> 561 UNO O MÁS <input type="checkbox"/> ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELA Y CONTÍNE CON 559 (NOMBRE)
559	¿La última vez que (NOMBRE DE 558 F) hizo popó, usted qué hizo con las deposiciones (heces / materias fecales / popó)? NIÑO USÓ SANITARIO / LETRINA 01 TIRÓ EN SANITARIO O LETRINA 02 ARROJÓ A LA BASURA 03 ENTERRO 04 DEJÓ AL AIRE LIBRE 05 OTRO 06 (ESPECIFIQUE) 96	NIÑO USÓ SANITARIO / LETRINA 01 TIRÓ EN SANITARIO O LETRINA 02 ARROJÓ A LA BASURA 03 ENTERRO 04 DEJÓ AL AIRE LIBRE 05 OTRO 06 (ESPECIFIQUE) 96
560 F	VERIFIQUE 541 (a) Y 541 (b), TODAS LAS COLUMNAS: NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O SOLUCIÓN DE SRO PRE-EMPACADA O RESPUESTA QUEDÓ EN BLANCO ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O SOLUCIÓN DE SRO PRE-EMPACADA ¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL que usted puede conseguir para el tratamiento de la diarrea? SI 1 NO 2	NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O SOLUCIÓN DE SRO PRE-EMPACADA ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O SOLUCIÓN DE SRO PRE-EMPACADA ¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL que usted puede conseguir para el tratamiento de la diarrea? SI 1 NO 2
561	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NACIDOS EN EL 2009 O DESPUÉS, QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA NINGUNO <input type="checkbox"/> 601 Y UNO O MÁS <input type="checkbox"/> ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELA Y CONTÍNE CON 563 (NOMBRE)	NINGUNO <input type="checkbox"/> 601 Y UNO O MÁS <input type="checkbox"/> ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELA Y CONTÍNE CON 563 (NOMBRE)

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
563	<p>Ahora le haré preguntas sobre líquidos o alimentos que (NOMBRE DE 562 F) consumió ayer durante el día o durante la noche. Escoja interesado en saber si (NOMBRE) consumió cada alimento por separado o con otros alimentos.</p> <p>(NOMBRE DE 562 F) (bebí/comió):</p> <p>a) ¿Agua pura? a) 1 2 8</p> <p>b) ¿Jugo o líquidos hechos con agua? b) 1 2 8</p> <p>c) ¿Bebidas gaseosas como Coca Cola, Sprite o Fanta? c) 1 2 8</p> <p>d) ¿Sopa instantánea o de vaso? d) 1 2 8</p> <p>e) ¿Caldo o sopa casera? e) 1 2 8</p> <p>f) ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal? f) 1 2 8</p> <p>SI "SI", ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)?</p> <p>SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE "7"</p> <p>g) ¿Leche de fórmula para bebé? g) 1 2 8</p> <p>SI "SI", ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)?</p> <p>SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE "7"</p> <p>h) ¿Cualquier otro líquido? h) 1 2 8</p> <p>i) ¿Yogurt? i) 1 2 8</p> <p>SI "SI", ¿Cuántas veces (NOMBRE) comió yogurt?</p> <p>SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE "7"</p> <p>j) ¿Alimentos fortificados para bebés, tales como Cerelac, Vitacereal, Incaarina, CSB o Bienestarina? j) 1 2 8</p> <p>k) ¿Aloes no fortificados? k) 1 2 8</p> <p>l) ¿Pan, arroz, fideos o otras comidas hechas de granos? l) 1 2 8</p> <p>m) ¿Comidas hechas con maíz, tortillas, tamales? m) 1 2 8</p> <p>n) ¿Guiso, sazón, zanahorias, ayote, camote u otras frutas con interior de color amarillo o anaranjado? n) 1 2 8</p> <p>o) ¿Papa, yuca, ichintal, malanga o alguna otra comida hecha de raíces? o) 1 2 8</p> <p>p) ¿Brócoli, espinaca, acelgas, dillón u otro vegetal verde oscuro? p) 1 2 8</p> <p>q) ¿Mangos, papayas, melón, nispero, toronja rosada, jocote? q) 1 2 8</p> <p>r) ¿Otras frutas o vegetales? r) 1 2 8</p> <p>s) ¿Hígado, riñón, corazón u otra carne de órganos? s) 1 2 8</p> <p>t) ¿Alguna carne, de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato? t) 1 2 8</p> <p>u) ¿Huevos? u) 1 2 8</p> <p>v) ¿Pescado seco o fresco, mariscos? v) 1 2 8</p> <p>w) ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes, lentejas o nueces? w) 1 2 8</p> <p>x) ¿Queso u otro producto de leche? x) 1 2 8</p> <p>y) ¿Azúcar blanca, azúcar morena, miel y panela? y) 1 2 8</p> <p>z) ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa, manteca, margarina o mantequilla? z) 1 2 8</p> <p>aa) ¿Golosinas como chocolates, dulces, galletas o pasteles? aa) 1 2 8</p> <p>bb) ¿Alguna otra comida sólida, semi-sólida, o alimentos blandos? bb) 1 2 8</p>	SI NO NS	<p>VERIFIQUE 563 (CATEGORÍAS "1" A "1b"):</p> <p>NI UN SOLO "SI" POR LO MENOS UN "SI"</p> <p>566 → 566</p>	
565	<p>¿(NOMBRE) comió cualquier alimento sólido, semisólido o blando ayer durante el día o la noche?</p> <p>SI "SI": INDAGUE: ¿Qué tipo de alimento sólido, semisólido o blando comió (NOMBRE) ayer?</p>	SI NO	<p>(REGRESE A 563 PARA REGISTRAR LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS AYER)</p> <p>1 2 → 601 Y</p>	
566	<p>¿Cuántas veces (NOMBRE DE 562 F) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer durante el día o durante la noche?</p> <p>SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE "7"</p>	NÚMERO DE VECES NO SABE	<p>8</p>	

SECCIÓN 6. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
601 Y	<p>Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con su estado civil y actividad sexual. ¿Actualmente, está usted casado o vive en unión con un hombre?</p>	<p>SI, ACTUALMENTE CASADO 1</p> <p>SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE 2</p> <p>NO, NO EN UNIÓN 3</p>	<p>604</p>	
602	<p>¿Ha estado usted alguna vez casado o unido (ha vivido con un hombre) como si estuvieran casados?</p>	<p>SI, ESTUVO CASADO 1</p> <p>SI, VIVió EN UNIÓN LIBRE 2</p> <p>NO 3</p>	<p>603 V</p>	
603	<p>¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?</p>	<p>VIUDA 1</p> <p>SEPARADA 2</p> <p>DIVORCIADA 3</p>	<p>606</p>	
604	<p>¿Su (esposo/compañero) vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?</p>	<p>VIVE CON ELA 1</p> <p>VIVE EN OTRA PARTE 2</p>		
605	<p>ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR.</p> <p>SI EL NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".</p>	<p>NOMBRE [] []</p> <p>NÚMERO DE LÍNEA [] []</p>		
606	<p>¿Ha estado usted casado o en unión libre, solo una vez o más de una vez?</p>	<p>SOLAMENTE UNA VEZ 1</p> <p>MÁS DE UNA VEZ 2</p>		
607	<p>VERIFIQUE 606:</p> <p>CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ → CASADA/UNIDA MÁS DE UNA VEZ →</p> <p>¿En qué mes y año empezó a vivir con su (esposo/compañero)? ¿En qué mes y año empezó a vivir con él?</p>	<p>MES [] [] 98</p> <p>AÑO [] [] 988</p> <p>NO SABE EL MES [] []</p> <p>NO SABE EL AÑO [] []</p>	<p>608 V</p>	
608	<p>¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?</p>	<p>EDAD [] []</p>		
609 V	<p>VERIFIQUE PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO POSIBLE PARA OBTENER PRIVACIDAD.</p>			
610	<p>Ahora le haré algunas preguntas sobre actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar.</p> <p>¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 0 0</p> <p>EDAD EN AÑOS [] []</p> <p>CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON (PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO) 9 5</p>	<p>625 V</p>	
611 Y	<p>Ahora le haré unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no se compartirán con nadie. Si le hago una pregunta que usted no quiere contestar, no tiene que hacerlo, solamente me lo diga y continuará con la próxima pregunta.</p>			
612	<p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI MENOS DE 24 HORAS ESCRIBA "00" EN EL RECUADRO DE HACE DÍAS.</p> <p>SI MENOS DE 12 MESES, LA RESPUESTA DEBE REGISTRARSE EN DÍAS, SEMANAS O MESES.</p> <p>SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, LA RESPUESTA DEBE REGISTRARSE EN AÑOS.</p>	<p>HACE DÍAS [] []</p> <p>HACE SEMANAS [] []</p> <p>HACE MESES [] []</p> <p>HACE AÑOS [] []</p>	<p>624</p>	

SECCIÓN 6. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL				
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL
613	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	HACE DÍAS 1 HACE SEMANAS 2 HACE MESES 3	HACE DÍAS 1 HACE SEMANAS 2 HACE MESES 3	HACE DÍAS 1 HACE SEMANAS 2 HACE MESES 3
614	La última vez que tuvo relaciones sexuales con (su esposo/compañero) ¿fue personal?, ¿el uso condón? La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa segunda(tercera) persona, ¿usaron condón?	SI 1 NO 2 NO CONOCE CONDÓN 3 (PASE A 616)	SI 1 NO 2 NO CONOCE CONDÓN 3 (PASE A 616)	SI 1 NO 2 NO CONOCE CONDÓN 3 (PASE A 616)
615	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
616	¿Cuál era su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales? SI NOVIÓ/ENAMORADO: ¿Vivían ustedes juntos como si estuvieran casados? SI "SI"; CIRCULE "02". SI "NO"; CIRCULE "04".	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 AMIGO 03 NOVIÓ/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA 04 CONOCIDO CASUAL 05 CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL 06 OTRO 96-99 (PASE A 620) (ESPECIFIQUE) (PASE A 619)	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 AMIGO 03 NOVIÓ/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA 04 CONOCIDO CASUAL 05 CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL 06 OTRO 96-99 (PASE A 620) (ESPECIFIQUE) (PASE A 619)	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 AMIGO 03 NOVIÓ/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA 04 CONOCIDO CASUAL 05 CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL 06 OTRO 96-99 (PASE A 620) (ESPECIFIQUE) (PASE A 619)
617 F	VERIFIQUE 606:	CASADA/UNIDA: UNA VEZ MÁS DE UNA VEZ (PASE A 619)	CASADA/UNIDA: UNA VEZ MÁS DE UNA VEZ (PASE A 619)	CASADA/UNIDA: UNA VEZ MÁS DE UNA VEZ (PASE A 619)
618 F	VERIFIQUE 610:	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO OTRAS RESPUESTAS (PASE A 620)	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO OTRAS RESPUESTAS (PASE A 620)	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO OTRAS RESPUESTAS (PASE A 620)
619	¿Durante cuánto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 NÚMERO DE VECES (PASE A 620)	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 NÚMERO DE VECES (PASE A 620)	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 NÚMERO DE VECES (PASE A 620)
620	¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con esta persona? RESPUESTA NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE VECES ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95".	NÚMERO DE VECES (PASE A 620)	NÚMERO DE VECES (PASE A 620)	NÚMERO DE VECES (PASE A 620)

SECCIÓN 6. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL				
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL
621	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA NO SABE 9 8	EDAD DE LA PERSONA NO SABE 9 8	EDAD DE LA PERSONA NO SABE 9 8
622	¿Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿usted ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI 1 (REGRESE A 613 PROX. COLUMNA) NO 2 (PASE A 624)	SI 1 (REGRESE A 613 PROX. COLUMNA) NO 2 (PASE A 624)	SI 1 (REGRESE A 613 PROX. COLUMNA) NO 2 (PASE A 624)
623	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses? RESPUESTA NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95".	NÚMERO DE PAREJAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 9 8	NÚMERO DE PAREJAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 9 8	NÚMERO DE PAREJAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES NO SABE 9 8

SECCIÓN 6. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL			PASE A	
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
624	¿En total, con cuántos hombres diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en toda su vida?	NÚMERO DE PAREJAS EN TODA LA VIDA NO SABE	9	8
625 V	SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95".			
626	PRESENCIA DE OTROS DURANTE ESTA SECCIÓN	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS HOMBRES ADULTOS MUJERES ADULTAS	SI	NO
626	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI NO NO CONOCE CONDÓN	1 2 3	→ 628
627	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO CENTRO DE SALUD CENTRO DE SALUD TIPO A CENTRO DE SALUD TIPO B PUERTO DE SALUD (ABIERTO) PUERTO DE SALUD (CERRADO) PUERTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) CENTROS DE CONVERGENCIA CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNIDAD CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) MATERNIDAD CLÍNICA MÓVIL CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) CLÍNICA PERIFÉRICA CRN PÚBLICO UNIDAD MÍNIMA OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO CONSULTORIO MÉDICO APROFAM FARMACIA IGSS OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO OTROS LUGARES COMADRONA/CURANDERO/PARTERO TRADICIONAL TIENDA DE CONVENENCIA PROMOTOR DE SALUD GUARDIÁN DE SALUD OTRO NO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y	
628	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	SI NO NO SABE/NO ESTÁ SEGURA	1 2 8	

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			PASE A	
Nº.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
701 F	VERIFIQUE 304: NINGUNO ESTERILIZADO	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS	712	
702 F	VERIFIQUE 226: EMBARAZADA	NO ESTÁ EMBARAZADA O NO ESTÁ SEGURA	704	
703	Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. Después de la hija o hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otra u otro o prefiere no tener más hijas e hijos?	TENER OTRA/O NO MÁS HIJAS/OS INDECISA/NO SABE	705 711	
704	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (una/otra) hija/o o prefiere no tener ningún (más) hijo(s)?	TENER (UNA/OTRA) HIJA/O NO MÁS HIJAS/OS - NINGUNA HIJA/O NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ESPOSO/COMPAÑERO ESTERILIZADO INDECISA/NO SABE	707 F 712 710 F	
705	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA	MESES AÑOS PRONTO/AHORA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA DESPUÉS DEL MATRIMONIO OTRO NO SABE (ESPECIFIQUE)	1 2 3 4 5 6 7 8	
706 F	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA	EMBARAZADA	711	
707 F	VERIFIQUE 303: ¿ESTÁ USANDO MÉTODO?	USO ACTUALMENTE	712	
708 F	VERIFIQUE 705: NO SE HIZO PREGUNTA	24 MESES O MÁS; 0-2 AÑOS O MÁS	711	
709	VERIFIQUE 703 Y 704: QUIERE TENER UNA/OTRA HIJA O HIJO	NO QUIERE MÁS/ NO QUIERE NINGUNO Usted dice que no quiere tener (una/ otra) hija o hijo pronto, pero usted no quiere tener más hijos o hijos. ¿Me puede decir por qué no está usando un método para evitar quedar embarazada? ¿Alguna otra razón?	711	
709	VERIFIQUE 703 Y 704: QUIERE TENER UNA/OTRA HIJA O HIJO	NO EN UNIÓN RAZONES RELACIONADAS CON LA FECUNDIDAD NO TIENE RELACIONES SEXUALES SEXO POCO FRECUENTE MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA SIN MENSTRUACIÓN DESDE ÚLTIMO NACIMIENTO LACTANCIA LO QUE DIOS QUIERA/ FATALISTA OPOSICIÓN A USAR ENTREVISTADA SE OPONE ESPOSO/ COMPAÑERO SE OPONE OTROS SE OPONEN PROHIBICIÓN RELIGIOSA FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE MÉTODOS NO SABE DÓNDE CONSEGUIRLO RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO EFECTOS SECUNDARIOS O RAZONES DE SALUD FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS MUY COSTOSO MÉTODO PREFERIDO NO ESTÁ DISPONIBLE NINGÚN MÉTODO DISPONIBLE INCONVENIENTE PARA USAR INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO OTRA NO SABE/ NO RESPONDE (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U X Y	

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
No.	PREGUNTAS Y FILTROS				
710 F	VERIFIQUE 303. ¿ESTA USANDO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	NO SE HIZO PREGUNTA	SI USA ACTUALMENTE	SI USA ACTUALMENTE	712
711	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para demorar o evitar quedar embarazada?	SI	NO	NO SABA	1 2 8
712	VERIFIQUE 716. ¿TIENE HIJOS VIVOS?	NO TIENE HIJOS VIVOS	SI	NO	714 F
713	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y cuántos no le importaría que fueran hombres o mujeres?	INDAGUE PARA CONSEGUIR RESPUESTA NUMÉRICA	NÚMERO	HOMBRE MUJER CUALQUIERA	714 F
714 F	VERIFIQUE 801. ¿SI VIVE CON COMPAÑERO?	SI, VIVE CON COMPAÑERO	NO, NO EN UNIÓN		801 F
715 F	VERIFIQUE 303. ¿ESTA USANDO MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	USA ACTUALMENTE	NO USA ACTUALMENTE O NO SE PREGUNTÓ		718
716	¿Usted diría que el uso de método anticonceptivo fue su decisión, la de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos?	PRINCIPALMENTE ENTREVISTADA	PRINCIPALMENTE COMPAÑERO/ESPOSO	DECISIÓN CONJUNTA	1 2 3 6
717 F	VERIFIQUE 304. ¿NINGUNO ESTERILIZADO?	NINGUNO ESTERILIZADO	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS		801 F
718	¿Su (esposo/compañero) desea el mismo número de hijos e hijas que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO	MÁS HIJOS O HIJAS	MENOS HIJOS O HIJAS	1 2 3 8

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL ESPOSO/COMPAÑERO Y TRABAJO DE LA MUJER			CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
No.	PREGUNTAS Y FILTROS				
801 F	VERIFIQUE 801 Y 802. ACTUALMENTE ESTA CASADA O UNIDA	ANTERIORMENTE ESTUVO CASADA O UNIDA	NUNCA CASADA O UNIDA		803
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo/compañero)?	SI	NO		807
803	¿Su (última) pareja (esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI	NO		806
804	¿Cuál fue el nivel de educación más alto que su (esposo/compañero) aprobó: pre primaria, primaria, secundaria, superior o alfabetización?	PRE PRIMARIA	PRIMARIA	SECUNDARIA	1 2 3 4 5
805	¿Cuál fue el (grado/año) más alto que su (esposo/compañero) aprobó en ese nivel?	GRADO/AÑO	NO SABA		806
806	VERIFIQUE 801. ACTUALMENTE CASADA/UNIDA	ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA			
807	Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días?	SI	NO		811
808	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los salos los días que no trabajan. ¿Usted o su esposo/a trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia?	SI	NO		811
809	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	SI	NO		811
810	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI	NO		815 F
811	¿Cuál es/era su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace/hacia usted principalmente?				

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL ESPOSO/COMPAÑERO Y TRABAJO DE LA MUJER			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
812	¿Hace usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR 1 PARA OTRA PERSONA 2 CUENTA PROPIA 3	
813	¿Trabaja usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR ÉPOCAS/PARTE DEL AÑO 2 DE VEZ EN CUANDO 3	
814	¿A usted le pagan en dinero o en especie por el trabajo que realiza o no le pagan?	SOLO DINERO 1 DINERO Y ESPECIE 2 SOLO EN ESPECIE 3 NO LE PAGAN 4	
815 F	VERIFIQUE #01: ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/UNIDA → NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> → 823		
816 F	VERIFIQUE #14: CÓDIGOS "1" O "2": <input type="checkbox"/> CÓDIGOS "3" O "4": <input type="checkbox"/> CÍRCULADOS NO SE HIZO LA PREGUNTA → 819		
817	¿Quién generalmente decide cómo se gasta el dinero que usted gana: usted, su (esposo/compañero) conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS: LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/COMPAÑERO 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
818	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su (esposo/compañero), menos de lo que el gana, o más o menos lo mismo?	MÁS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MÁS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO TIENE INGRESOS 4 NO SABE 8 → 820	
819	¿Quién generalmente decide cómo se utiliza el dinero que su (esposo/compañero) gana: usted, su (esposo/compañero), o usted y su (esposo/compañero) conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/COMPAÑERO DECIDEN 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO TIENE INGRESOS 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
820	¿Quién normalmente toma la decisión de buscar comida para su familia: usted, su (esposo/compañero), o alguien más?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/COMPAÑERO DECIDEN 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
821	¿Quién por lo general toma la decisión sobre compras importantes del hogar: usted, su (esposo/compañero), o alguien más?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/COMPAÑERO DECIDEN 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL ESPOSO/COMPAÑERO Y TRABAJO DE LA MUJER			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
822	¿Quién por lo general toma la decisión sobre visitas a su familia o parientes: usted, su (esposo/compañero), o usted y su (esposo/compañero) conjuntamente, o alguien más?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/COMPAÑERO DECIDEN 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
823	¿Es usted dueña de esta casa o es de otra persona? SI "SI" PREGUNTE: ¿Es solo suya o de usted con otra persona?	SOLÁ 1 CONJUNTAMENTE 2 NO POSEE 3	
824	¿Es usted dueña de alguna tierra? SI "SI" PREGUNTE: ¿Es solo suya o de usted con otra persona?	SOLÁ 1 CONJUNTAMENTE 2 NO POSEE 3	
825 V	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO: DETERMINE SI ESTÁN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O SI NO HAY NADIE PRESENTE.	PRESENTES ESCU- NO ESCU- CHAN CHAN MENORES DE 10 AÑOS 1 2 3 ESPOSO/COMPAÑERO 1 2 3 OTROS, HOMBRES 1 2 3 OTRAS, MUJERES 1 2 3	NA- DIE PRES. SI NO NS
826	En su opinión, usted piensa que es correcto que un esposo golpee o le pegue a la esposa en alguna de las siguientes situaciones: ¿Si ella sale de la casa sin decirselo a él? ¿Si ella descuida/atende los niños? ¿Si ella discute con él? ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él? ¿Si ella deja quemar la comida?	SI SALE DE LA CASA 1 2 8 SI DESCUIDA LOS NIÑOS 1 2 8 SI DISCUTE CON ÉL 1 2 8 SI SE NIEGA A TENER SEXO 1 2 8 SI QUEMA LA COMIDA 1 2 8	

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
901	¿Usted alguna vez ha oído hablar de enfermedades infecciosas que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (enfermedades venéreas)?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8
902 F	VERIFIQUE 901: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES</div> <div>NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES</div> </div>	NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES → 909
903	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud en los últimos 12 meses. Algunas veces las mujeres tienen una secreción (flujo) genital anormal de mal olor. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted una secreción (flujo) genital anormal de mal olor?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
904	Algunas veces las mujeres tienen llagas o úlceras en sus genitales. Durante los últimos 12 meses, ¿usted ha tenido una llaga o úlcera en sus genitales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
905	¿Ha tenido usted una infección de transmisión sexual (enfermedades venéreas) durante los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
906 F	VERIFIQUE 903, 904 Y 905: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HA TENIDO <input type="checkbox"/> ALGUNA INFECCIÓN (POR LO MENOS UN "SI")</div> <div>NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> UNA INFECCIÓN O NO SABE</div> </div>	NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> UNA INFECCIÓN O NO SABE → 909
907	La última vez que usted tuvo (PROBLEMA DE 903/904/905), ¿buscó usted consejo o tratamiento?	SI 1 NO 2 → 909
908	¿Adónde fue? ¿Algún otro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO-INFANTIL (CAIMI) K CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERNIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUMI) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO U CONSULTORIO MÉDICO V APROFAM W FARMACIA AA IGSS BB OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO CC (ESPECIFIQUE) OTROS LUGARES INSTITUCIÓN CORRECCIONAL JJ OTRO X (ESPECIFIQUE)

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
909	Si una mujer sabe que su esposo/compañero tiene una enfermedad que le puede contagiar durante las relaciones sexuales, ¿usted piensa que es correcto que ella pida usar condón cuando tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO CONOCE CONDÓN 3 NO SABE 8
910	¿En su opinión, usted piensa que es correcto que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otras mujeres?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
911 F	VERIFIQUE 909: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/UNIDA</div> <div>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div> </div>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> → 914
912	¿Usted le puede decir que no a su (esposo/compañero), si no desea tener relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8
913	¿Usted le podría pedir a su (esposo/compañero) que usen condón si usted quisiera que él usara?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8
914	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de la infección por VIH?	SI 1 NO 2
915	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada Sida?	SI 1 NO 2 → 1001
916	¿Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el Sida o tienen una sola pareja sexual que a su vez no tiene otras parejas sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
917	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el Sida por picaduras de zancudos?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
918	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el Sida usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
919	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el Sida compartiendo platos y utensilios de comida con una persona que tiene Sida?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
920	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el Sida por brujerías o por medios sobrenaturales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8
921	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el Sida?	SI 1 NO 2 NO SABE 8

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
922	Usted sabe si el virus que causa el Sida puede ser transmitido de una madre a su bebé? ¿Durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante la lactancia?	SI NO NS DURANTE EL EMBARAZO 1 2 8 DURANTE PARTO 1 2 8 POR LACTANCIA 1 2 8	
923 F	VERIFIQUE 922. AL MENOS UN "SI" →	OTRO <input type="checkbox"/>	→ 925 F
924	¿Sabe usted si existen medicamentos especiales que un médico o una enfermera pueden dar a una mujer embarazada infectada con el virus que causa el Sida para reducir el riesgo de infectar al bebé?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
925 F	VERIFIQUE 208 Y 215. ÚLTIMO NACIMIENTO EN ENERO DEL 2009 O DESPUÉS →	NINGÚN NACIMIENTO <input type="checkbox"/> ÚLTIMO NACIMIENTO ANTES DE ENERO DEL 2009 <input type="checkbox"/>	→ 941
926 F	VERIFIQUE 407 PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO: TUVO ATENCIÓN PRENATAL <input type="checkbox"/> NO TUVO ATENCIÓN PRENATAL <input type="checkbox"/>		→ 935 F
927 V	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. ANTES DE CONTINUAR, HAGATODO LO POSIBLE PARA OBTENER PRIVACIDAD.		
928	Durante alguno de sus controles prenatales para su último embarazo, recibió alguna información sobre: ¿Bebés que pueden contraer el virus del Sida de las madres? ¿Las cosas que usted puede hacer para evitar la infección del virus del Sida? ¿La prueba para detectar el virus que causa el Sida?	SI NO NS SIDA DE MADRES 1 2 8 COSAS QUE HACER 1 2 8 PRUEBA DEL SIDA 1 2 8	
929	¿Le ofrecieron hacerle la prueba del virus del Sida como parte de su control prenatal?	SI 1 NO 2	
930	No quiero saber los resultados pero ¿le hicieron la prueba del Sida como parte de su control prenatal?	SI 1 NO 2	→ 935 F

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
931	¿Dónde se hizo la prueba? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR) <input type="text"/> (DIRECCIÓN DEL LUGAR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) 19 CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) 20 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 21 MATERNIDAD 22 CLÍNICA MÓVIL 23 CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) 24 CLÍNICA PERIFÉRICA 25 CCN PÚBLICO 26 UNIDAD MÍNIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTROS LUGARES INSTITUCIÓN CORRECCIONAL 55 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
932	No quiero saber los resultados, pero ¿recibí los resultados de la prueba?	SI 1 NO 2	→ 939
933	¿Recibí consejo antes de que le hicieran la prueba?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
934	¿Recibí consejo después de que le hicieran la prueba?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 938
935 F	VERIFIQUE 423 PARA ÚLTIMO NACIMIENTO: CUALQUIER CÓDIGO DEL 11 AL 36 CIRCULADO →	OTRO <input type="checkbox"/>	→ 941
936	Entre el momento en que ingresó al servicio de salud y antes de que el bebé naciera, ¿le ofrecieron hacerle la prueba del virus del Sida?	SI 1 NO 2	→ 941
937	No quiero saber los resultados pero ¿le hicieron la prueba del Sida en ese momento?	SI 1 NO 2	→ 941
938	No quiero saber los resultados, pero ¿recibí los resultados de la prueba?	SI 1 NO 2	

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
939	¿Le han hecho otra prueba del Sida desde esa vez que le hicieron la prueba durante su embarazo?	SI 1 NO 2	→ 942	
940	¿Hace cuántos meses que se hizo la prueba del VIH la última vez?	MESES DOS AÑOS O MÁS 9 5	→ 947	
941	No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el Sida?	SI 1 NO 2	→ 945	
942	¿Hace cuántos meses que se hizo la prueba la última vez?	MESES DOS AÑOS O MÁS 9 5		
943	No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de la prueba?	SI 1 NO 2		
944	¿Dónde se hizo la prueba? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE: SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> (DIRECCIÓN DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL 19 MATERNO INFANTIL (CAIMI) CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) 20 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 21 MATERNIDAD 22 CLÍNICA MÓVIL 23 CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUMI) 24 CLÍNICA PERIFÉRICA 25 CRN PÚBLICO 26 UNIDAD MÍNIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 36 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE) OTROS LUGARES INSTITUCIÓN CORRECCIONAL 55 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	→ 947	
945	¿Sabe de algún lugar donde la gente pueda ir a hacerse la prueba del Sida?	SI 1 NO 2	→ 947	

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E ITS			PASE A	
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
946	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR (ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO C CENTRO DE SALUD D CENTRO DE SALUD TIPO A E CENTRO DE SALUD TIPO B F CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL K MATERNO INFANTIL (CAIMI) CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) L CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) M MATERNIDAD N CLÍNICA MÓVIL O CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUMI) P CLÍNICA PERIFÉRICA Q CRN PÚBLICO R UNIDAD MÍNIMA S OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO T (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO U CONSULTORIO MÉDICO V APROFAM W IGSS BB OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO CC (ESPECIFIQUE) OTROS LUGARES INSTITUCIÓN CORRECCIONAL JJ OTRO X (ESPECIFIQUE)		
947	¿Compraría usted verduras frescas de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus que causa el Sida?	SI 1 NO 2 NO SABE 8		
948	Si algún miembro de su familia se infectara con el virus que causa el Sida, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
949	Si un miembro de su familia se enfermara con el Sida, ¿estaría usted dispuesta a cuidarlo(a) en su propia casa?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
950	En su opinión, si una profesora tuviera el virus que causa el Sida pero no parece estar enferma, ¿se le debería permitir a ella seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR 2 NS/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
951	¿Se debe enseñar a los niños entre 12-14 años a usar el condón para evitar contraer el Sida?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		

SECCIÓN 10. OTROS ASUNTOS DE SALUD			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	Ahora cambiaremos de tema, le haré algunas preguntas relacionadas con su salud, ¿ha recibido usted alguna inyección en los últimos 12 meses? SI, SI. ¿Cuántas inyecciones ha recibido? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O DIARIAMENTE DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE "90". SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN.	NÚMERO DE INYECCIONES NINGUNA INYECCIÓN 0 0	→ 1004
1002	De todas las inyecciones que recibió, ¿cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera, un farmacéutico, un dentista o cualquier otro trabajador de salud? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O DIARIAMENTE DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE "90". SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN.	NÚMERO DE INYECCIONES NINGUNA INYECCIÓN 0 0	→ 1004
1003	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿esa persona utilizó una jeringa y aguja de un paquete nuevo, sin abrir?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1004	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI 1 NO 2	→ 1006
1005	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS SI 1 NO 2	→ 1008
1006	¿Actualmente fuma o utiliza cualquier (otro) tipo de tabaco?	PIPA A TABACO DE MASCAR B TABACO C OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1007	¿Qué (otro) tipo de tabaco usa actualmente? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS		
1008	¿En los últimos 30 días usted tomó alguna bebida alcohólica?	SI 1 NO 2	→ 1012
1009	¿Cuántas veces usted tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?	NÚMERO DE VECES NO SABE / NO RECUERDA 9 8	
1010	¿En los últimos 30 días usted tomó hasta embriagarse?	SI 1 NO 2	→ 1012
1011	¿Cuántas veces usted tomó hasta embriagarse en estos últimos 30 días?	NÚMERO DE VECES NO SABE / NO RECUERDA 9 8	
1012	¿Usted ha oído hablar del cáncer de matriz (cáncer uterino)?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA 8	→ 1018
1013	¿Usted ha oído hablar de un examen que las mujeres se pueden hacer para saber si tienen cáncer en la matriz?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA 8	→ 1015
1014	¿Usted ha oído hablar de un examen conocido como papanicolaou que las mujeres se pueden hacer en la matriz?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA 8	→ 1018
1015	¿Alguna vez usted se hizo un examen (papanicolaou) para saber si tenía cáncer en la matriz?	SI 1 NO 2	→ 1018
1016	¿Cuántos años tenía cuando se hizo ese examen por última vez?	EDAD EN AÑOS NO SABE / NO RECUERDA 9 8	

SECCIÓN 10. OTROS ASUNTOS DE SALUD			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1017	¿Dónde se hizo ese examen la última vez? (NOMBRE DEL LUGAR) (DIRECCIÓN DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 CENTRO DE SALUD 12 CENTRO DE SALUD TIPO A 13 CENTRO DE SALUD TIPO B 14 PUERTO DE SALUD (ABIERTO) 15 PUERTO DE SALUD (CERRADO) 16 PUERTO DE SALUD FORTALECIDO (PSF) 17 CENTRO DE CONVERGENCIA 18 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL (CAIMI) 19 CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) 20 CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) 21 MATERNIDAD 22 CLÍNICA MÓVIL 23 CENTRO DE URGENCIAS MÍNIMAS (CUM) 24 CLÍNICA PERIFÉRICA 25 CRN PÚBLICO 26 UNIDAD MÍNIMA 27 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 28 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO 41 CONSULTORIO MÉDICO 42 APROFAM 43 FARMACIA 44 IGSS 45 OTRO LUGAR DEL SECTOR PRIVADO 46 (ESPECIFIQUE)	
1018	Cuando usted acude al hospital o centro de salud a consulta, ¿en qué idioma (lengua) le hablan: las/os doctoras/es?, ¿las/os enfermeras/os?	Dres.(es) ESPAÑOL A KACHIKEL B Q'EQCH' C K'ICHE' D MAM E PODOMCH' F TZU'UTUJIL G Q'ANJ'OB'AL H CHORTI' I PODOMAM J ACHI K AKATEKO L AWAKATEKO M CHALCHITEKO N CHUJ O ITZA' P XIL Q JAKALTEKO(POPTI') R MOPAN S SAKAPUTEKO T SIPAKAPENSE U TEKITTEKO V USPANTEKO W OTRO X (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)	Entro.(a) A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X

SECCIÓN 10. OTROS ASUNTOS DE SALUD																																																												
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																									
1019	Diferentes situaciones pueden impedir que la mujer consulte al médico o reciba tratamiento. Cuando usted se enferma ¿quiere recibir consejo o tratamiento médico, para usted es un problema o no es problema: ¿Conseguir permiso para ir a ver al doctor? ¿Conseguir el dinero necesario para la consulta o tratamiento? ¿La distancia al establecimiento de salud? ¿No querer ir sola? ¿Tiene usted seguro de salud o acceso a través de otro familiar? ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?	<table border="0"> <tr> <td>PERMISO PARA IR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR DINERO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO QUERER IR SOLA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>ORGANIZACIÓN MUTUAL DE SALUD/ SEGURO DE SALUD COMUNITARIO</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE EMPLEADOR</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>SEGURO DE SALUD COMERCIAL COMPRADO PRIVADAMENTE</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td>X</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>ES PROBLEMA</td> <td>NO ES PROBLEMA</td> </tr> </table>	PERMISO PARA IR	1	2	CONSEGUIR DINERO	1	2	DISTANCIA	1	2	NO QUERER IR SOLA	1	2	SI	1		NO	2		ORGANIZACIÓN MUTUAL DE SALUD/ SEGURO DE SALUD COMUNITARIO	A	SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE EMPLEADOR	B	SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)	C	SEGURO DE SALUD COMERCIAL COMPRADO PRIVADAMENTE	D	OTRO	X	ES PROBLEMA	NO ES PROBLEMA																												
PERMISO PARA IR	1	2																																																										
CONSEGUIR DINERO	1	2																																																										
DISTANCIA	1	2																																																										
NO QUERER IR SOLA	1	2																																																										
SI	1																																																											
NO	2																																																											
ORGANIZACIÓN MUTUAL DE SALUD/ SEGURO DE SALUD COMUNITARIO	A																																																											
SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE EMPLEADOR	B																																																											
SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)	C																																																											
SEGURO DE SALUD COMERCIAL COMPRADO PRIVADAMENTE	D																																																											
OTRO	X																																																											
ES PROBLEMA	NO ES PROBLEMA																																																											
1020			→ 1022																																																									
1021	REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS																																																											
1022	Ahora le hará preguntas sobre los alimentos que usted consumió por durante el día o durante la noche. Estoy interesada en saber si usted consumió estos alimentos por separado o junto con otros alimentos. ¿Usted comió? a) ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos? b) ¿Comidas hechas con maíz, tortillas, tamales? c) ¿Guiso sazón, zanahorias, ayote, camote u otras frutas con interior de color amarillo o anaranjado? d) ¿Papa, yuca, ichintal, malanga o alguna otra comida hecha de raíces? e) ¿Brócoli, espinaca, acelgas, chipilín u otro vegetal de color verde oscuro? f) ¿Mangos, papayas, melón, níspero, toronja rosada, jocote? g) ¿Otras frutas o vegetales? h) ¿Hígado, riñón, corazón u otra carne de órganos? i) ¿Alguna carne, de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, chompipe o pato? j) ¿Huevos? k) ¿Pescado seco o fresco, mariscos? l) ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes, lentejas o nueces? m) ¿Queso, yogurt u otro producto de leche? n) ¿Azúcar blanca, azúcar morena, miel o panela? o) ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa, maníeca, margarina o mantequilla? p) ¿Golosinas como chocolates, dulces, galletas o pasteles? q) ¿Sopas instantáneas o de vaso? r) ¿Bebidas gaseosas, como Coca Cola, Sprite, Fanta, etc? s) ¿Café o té?	<table border="0"> <tr> <td>PAN, ARROZ, ETC.</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>COMIDAS CON MAÍZ, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>GUISO SAZÓN, ZANAHORIA ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAPA, YUCA, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BRÓCOLI, ESPINACA, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MANGOS, PAPAYAS, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS FRUTAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HÍGADO, RIÑÓN, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALGUNA CARNE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HUEVOS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PESCADO, MARISCOS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FRIJOLES, GUISANTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>QUESO, YOGURT, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AZÚCAR, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ACEITE, GRASA, ETC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>GOLOSINAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SOPAS INSTANTÁNEAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BEBIDAS GASEOSAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CAFÉ O TÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	PAN, ARROZ, ETC.	SI	NO	COMIDAS CON MAÍZ, ETC.	1	2	GUISO SAZÓN, ZANAHORIA ETC.	1	2	PAPA, YUCA, ETC.	1	2	BRÓCOLI, ESPINACA, ETC.	1	2	MANGOS, PAPAYAS, ETC.	1	2	OTRAS FRUTAS	1	2	HÍGADO, RIÑÓN, ETC.	1	2	ALGUNA CARNE	1	2	HUEVOS	1	2	PESCADO, MARISCOS	1	2	FRIJOLES, GUISANTES	1	2	QUESO, YOGURT, ETC.	1	2	AZÚCAR, ETC.	1	2	ACEITE, GRASA, ETC.	1	2	GOLOSINAS	1	2	SOPAS INSTANTÁNEAS	1	2	BEBIDAS GASEOSAS	1	2	CAFÉ O TÉ	1	2	
PAN, ARROZ, ETC.	SI	NO																																																										
COMIDAS CON MAÍZ, ETC.	1	2																																																										
GUISO SAZÓN, ZANAHORIA ETC.	1	2																																																										
PAPA, YUCA, ETC.	1	2																																																										
BRÓCOLI, ESPINACA, ETC.	1	2																																																										
MANGOS, PAPAYAS, ETC.	1	2																																																										
OTRAS FRUTAS	1	2																																																										
HÍGADO, RIÑÓN, ETC.	1	2																																																										
ALGUNA CARNE	1	2																																																										
HUEVOS	1	2																																																										
PESCADO, MARISCOS	1	2																																																										
FRIJOLES, GUISANTES	1	2																																																										
QUESO, YOGURT, ETC.	1	2																																																										
AZÚCAR, ETC.	1	2																																																										
ACEITE, GRASA, ETC.	1	2																																																										
GOLOSINAS	1	2																																																										
SOPAS INSTANTÁNEAS	1	2																																																										
BEBIDAS GASEOSAS	1	2																																																										
CAFÉ O TÉ	1	2																																																										

SECCIÓN 10. OTROS ASUNTOS DE SALUD											
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS									
1023 F	VERIFIQUE 102 (CATEGORÍAS "a" a "s"): NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>										
1024	¿Comió cualquier alimento, sólido, semisólido o blando ayer durante el día o la noche? SI "SI" INDAGUE: ¿Qué tipo de alimento comió ayer?	<table border="0"> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> </tr> </table> (REGRESE A 102 PARA REGISTRAR LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS AYER)	SI	1	NO	2					
SI	1										
NO	2										
1025 V	CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS (SOLO POR OBSERVACIÓN)	<table border="0"> <tr> <td>USA TRAJE TÍPICO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SE USÓ TRADUCTOR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HABLA IDIOMA MAYA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	USA TRAJE TÍPICO	SI	NO	SE USÓ TRADUCTOR	1	2	HABLA IDIOMA MAYA	1	2
USA TRAJE TÍPICO	SI	NO									
SE USÓ TRADUCTOR	1	2									
HABLA IDIOMA MAYA	1	2									

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA								
No.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1111	TRASLADAR LOS NOMBRES DE LAS HERMANAS(OS) DE LA ENTREVISTADA SIN INCLUIRLA A ELLA, SEGÚN EL ORDEN EN QUE SE INDICARON EN LA PREGUNTA 1110	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
1112	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2
1113	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) 8 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F
1114	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F
1115	¿En qué año murió (NOMBRE)?	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8	(PASE A 1117) NS 9 9 9 8
1116	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8
1117	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8	AÑOS NS 9 9 9 8
1118 F	VERIFIQUE 1112 Y 1117 SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS O SI ES HOMBRE	SI 1 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2

60

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA		
No.	PREGUNTAS Y FLUJOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
1101	Ahora le haré algunas preguntas acerca de todas las hijas e hijos que ha tenido su mamá. ¿Ha dado a luz su mamá a alguna hija o hijo aparte de usted?	SI 1 NO 2 PASE A 1200 F
1102	De las hijas e hijos que tuvo su mamá, ¿hay alguna o alguno que esté viviendo ahora con usted?	SI 1 NO 2 PASE A 1104
1103	¿Cuántos hermanos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hermanas (mujeres) viven con usted?	HERMANOS EN CASA HERMANAS EN CASA SI NINGUNO, ESCRIBA "00".
1104	¿Usted tiene alguna hermana o hermano que está vivo o vivo pero que no están viviendo con usted?	SI 1 NO 2 PASE A 1106
1105	¿Cuántos hermanos (varones) están vivos pero no viven con usted? ¿Cuántas hermanas (mujeres) están vivas pero no viven con usted?	HERMANOS FUERA HERMANAS FUERA SI NINGUNO(A), ESCRIBA "00".
1106	¿Cuántos hermanos (varones) han muerto? ¿Cuántas hermanas (mujeres) han muerto?	HERMANOS MUERTOS HERMANAS MUERTAS SI NINGUNO(A), ESCRIBA "00".
1107	SUME RESPUESTAS DE 1103, 1105 Y 1106 Y ANOTE EL TOTAL DE HERMANOS Y HERMANAS.	TOTAL DE HERMANOS TOTAL DE HERMANAS MAYORES SI 1 NO 2
1108	¿En total cuántas hermanas y hermanos nacieron antes que usted?	TOTAL DE HERMANOS TOTAL DE HERMANAS MAYORES SI 1 NO 2
1109	¿Usted ocupa el lugar entre sus hermanas/os? INDIQUE EL LUGAR DE ACUERDO A LA RESPUESTA DADA POR LA ENTREVISTADA EN PREGUNTA 1108, SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, INDAGUE PARA OBTENER LA RESPUESTA CORRECTA.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
1110	Por favor, dígame los nombres de sus hermanas y hermanos vivos o muertos, en el orden que nacieron (del mayor al menor). Inclúyase usted, en esa lista.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

59

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA								
No.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1119	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1122) ↙ NO 2
1120	¿Murió (NOMBRE) durante el parto, cesárea, aborto o nacido muerto?	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2	SI 1 (PASE A 1123) ↙ NO 2
1121	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes después de un parto, cesárea, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
1122	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, cesárea, aborto, parto, posparto o de otra causa?	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6
1123	¿(NOMBRE) murió en un domicilio, en un establecimiento de salud o en otro lugar?	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8
1124	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA								
No.		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1111	TRASLADE LOS NOMBRES DE LAS HERMANAS(OS) DE LA ENTREVISTADA SIN INCLUIRLA A ELLA, SEGÚN EL ORDEN EN QUE SE INDICARON EN LA PREGUNTA 1110	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
1112	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2	HOMBRE 1 MUJER 2
1113	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 9. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 10. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 11. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 12. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 13. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 14. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI 1 NO 2 (PASE A 1115) ↙ NS 8 PASE A COLUMNA 15. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F
1114	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 9. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 10. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 11. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 12. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 13. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 14. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 9 8 PASE A COLUMNA 15. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F
1115	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1117) ↙ NS 9 9 9 8
1116	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1117	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
No.	PREGUNTAS Y FILTROS			
1200 F	VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR: MUJER FUE SELECCIONADA <input type="checkbox"/> PARA ESTA SECCIÓN	MUJER NO FUE SELECCIONADA <input type="checkbox"/>		1236 V
1201 F	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS: NO CONTINUE HASTA QUE VERIFIQUE QUE LA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA.	LA PRIVACIDAD FUE OBTENIDA <input type="checkbox"/>		1236 V
1202	LEA A LA ENTREVISTADA: Ahora le haré algunas preguntas sobre otros aspectos importantes de la vida de una mujer. Algunas de las preguntas son muy personales. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales, es decir, no serán reveladas a nadie y además nadie sabrá que usted respondió a estas preguntas. Si usted no desea responder alguna pregunta solo me lo dice y continuare con otras preguntas.			
1203 F	VERIFIQUE 601 Y 602: ACTUALMENTE CASADA / VIVIENDO CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/>	ESTUVO CASADA / VIVIENDO CON UN HOMBRE (LEA LAS PREGUNTAS EN TIEMPO PASADO) <input type="checkbox"/>		1217
1204	Primero, le haré preguntas sobre ciertas situaciones que a veces se presentan con algunas mujeres. Por favor dígame si esto se aplica a su relación con su (último) esposo / compañero / pareja: a) ¿Él se pone (ponía) celoso o se enojaba cuando usted hablaba con otros hombres? b) ¿Él frecuentemente le acusaba de ser infiel? c) ¿Él le impide (impedía) juntarse o reunirse con sus amigos? d) ¿Él trata(ba) de limitar su contacto con su familia? e) ¿Él insiste (insistía) en querer saber donde está(ba) usted en todo momento? f) ¿Él desconfía (desconfiaba) de usted en asuntos de dinero?	SI NO NS CELOS 1 2 8 ACUSABA 1 2 8 NO ENCONTRARSE CON AMIGAS 1 2 8 LIMITA CONTACTO CON LA FAMILIA 1 2 8 SABER DONDE ESTÁ 1 2 8 CONFIANZA / DINERO 1 2 8		
1205	Ahora si me permite, le haré algunas preguntas sobre su relación con o su (último) esposo / compañero / pareja. Si hago una pregunta que usted no quiere contestar me lo dice y pasaremos a la pregunta siguiente. A. Alguna vez su (último) esposo / pareja: a) ¿Le dijo o hizo alguna cosa para humillarla en presencia de otras personas? b) ¿La amenazó con lastimarla o con lastimar a alguien cercano a usted? c) ¿Le insultó y le hizo sentirse mal?	SI 1 → NO 2 SI 1 → NO 2 SI 1 → NO 2		MUCHAS VECES (MÁS DE 10 VECES) ALGUNAS VECES (DE 3 A 10 VECES) RARAS VECES (1 A 2 VECES) NUNCA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
B. Cuántas veces estas situaciones se dieron durante los últimos 12 meses: muchas veces, algunas veces, raras veces o nunca?				

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA								
No.	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
1118 F	VERIFIQUE 1112Y 1117 SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS O SI ES HOMBRE SI 1 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	SI 1 SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F NO 2	
1119	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió? SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	SI 1 (PASE A 1122) NO 2	
1120	¿Murió (NOMBRE) durante el parto, cesárea, aborto o nacido muerto? SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	SI 1 (PASE A 1123) NO 2	
1121	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes después de un parto, cesárea, aborto o nacido muerto? SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	
1122	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, cesárea, aborto, parto, posparto o de otra causa? EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	EMBARAZO 1 CESÁREA 2 ABORTO 3 PARTO 4 POSPARTO 5 OTRA CAUSA 6	
1123	¿(NOMBRE) murió en un domicilio, en un establecimiento de salud o en otro lugar? DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8	DOMICILIO 1 ESTABLEC. DE SALUD 2 OTRO LUGAR 3 NO SABE 8
1124	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida? No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 9. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 10. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 11. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 12. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 13. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	No. DE HIJOS PASE A COLUMNA 14. SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	SI NO HAY MÁS PASE A 1200 F	

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA										
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A				
1206	<p>A ¿Alguna vez su (último) esposo / compañero / pareja le hizo alguna de las siguientes cosas?</p> <p>a) ¿Le empujó, la sacudió o le tiró alguna cosa?</p> <p>b) ¿Le dio una bofetada?</p> <p>c) ¿Le torció el brazo o le jaló del cabello?</p> <p>d) ¿Le dio un puñetazo o le golpeó con algo que pudo lastimarla?</p> <p>e) ¿Le pateó o la arrastró por el suelo?</p> <p>f) ¿Trató de estrangularla o de quemarle con algo?</p> <p>g) ¿Le amenazó o le atacó con un cuchillo, arma de fuego o alguna otra arma?</p> <p>h) ¿Le forzó físicamente a tener relaciones sexuales con él a pesar de que usted no quería?</p> <p>i) ¿Le forzó a realizar actos sexuales que usted no quería?</p>	<p>MUCHAS VECES (MÁS DE 10 VECES)</p> <p>ALGUNAS VECES (3-10 VECES)</p> <p>RARAS VECES (1-2 VECES)</p> <p>NUNCA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>
1207 F	<p>VERIFIQUE 1206. OPCIONES DE LA "a" A LA "i":</p> <p>POR LO MENOS UN "SI" → 1210</p> <p>NINGÚN "SI" → 1210</p>									
1208	<p>¿Cuánto tiempo después de que se casó (comenzó a vivir con su compañero) él le hizo las cosas que usted mencionó anteriormente por primera vez?</p> <p>SI MENOS DE 1 AÑO, ANOTE "00".</p>	<p>NÚMERO DE AÑOS 9 5</p> <p>ANTES DEL CASAMIENTO/ ANTES DE VIVIR JUNTOS</p>				<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				
1209	<p>¿Algunas de las siguientes cosas llegaron a ocurrir como resultado de lo que su esposo/compañero/ pareja le hizo?</p> <p>a) ¿Usted quedó con cortes, moretones o dolores?</p> <p>b) ¿Usted quedó con lesiones en los ojos, huesos dislocados o quemaduras?</p> <p>c) ¿Usted quedó con heridas profundas, huesos rotos, dientes partidos o cualquier otra lesión grave?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				
1210	<p>¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en situaciones en que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				
1211	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en situaciones en que él no la estaba golpeando o maltratando?</p>	<p>MUCHAS VECES 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>RARAS VECES 3</p> <p>NUNCA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES 4</p>								

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA									
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A			
1212	<p>¿Su esposo (compañero) tomaba bebidas alcohólicas?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>				<p>1214</p>			
1213	<p>¿Con qué frecuencia se embriagó su esposo (compañero), a menudo, de vez en cuando o nunca?</p>	<p>A MENUDO 1</p> <p>DE VEZ EN CUANDO 2</p> <p>NUNCA 3</p>							
1214	<p>¿Usted le tiene miedo a su esposo (compañero) la mayor parte del tiempo, a veces o nunca?</p>	<p>FRECUENTEMENTE 1</p> <p>DE VEZ EN CUANDO 2</p> <p>NUNCA 3</p>							
1215 F	<p>VERIFIQUE 606:</p> <p>ESTUVO CASADA O UNIDA MÁS DE UNA VEZ →</p> <p>ESTUVO CASADA O UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ → 1217</p>								
1216	<p>A Hasta ahora le he estado preguntando sobre el comportamiento de su esposo (compañero) actual. Ahora quisiera preguntarle sobre el comportamiento de cualquiera de sus esposos o compañeros anteriores.</p> <p>a) ¿Algún esposo o compañero anterior alguna vez la golpeó, abofeteó, le pateó o le hizo cualquier otra cosa para lastimarle físicamente?</p> <p>b) ¿Algún esposo o compañero anterior alguna vez le obligó a tener relaciones sexuales o a hacer ciertos actos sexuales contra su voluntad?</p> <p>c) ¿Algún esposo o compañero anterior alguna vez le obligó a tener relaciones sexuales o a hacer ciertos actos sexuales contra su voluntad?</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>		
1217	<p>VERIFIQUE 601 Y 602:</p> <p>ESTUVO CASADA/ VIVIÓ CON UN HOMBRE</p> <p>¿Desde que usted cumplió sus 15 años no haya sido su actual / último) esposo le golpeó, abofeteó, le pateó o hizo alguna cosa para lastimarla?</p>	<p>NUNCA SE CASÓ NI VIVIÓ CON UN HOMBRE</p> <p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>SE NIEGA A RESPONDER/ NO RESPONDE 3</p>				<p>1220 F</p>			
1218	<p>¿Quién la agredió de esta manera?</p> <p>¿Algún más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.</p>	<p>MADRE/ MADRASTRA C</p> <p>PADRE/ PADRASTRO D</p> <p>HERMANA/ HERMANO E</p> <p>HUJA/ HIJO F</p> <p>OTRO FAMILIAR G</p> <p>NOVIO ACTUAL H</p> <p>EX- NOVIO I</p> <p>EX- ENAMORADO J</p> <p>SUEGRO/ SUEGRA K</p> <p>FAMILIAR DE LA PAREJA L</p> <p>PROFESOR M</p> <p>JEFE PERSONA DEL TRABAJO N</p> <p>POLICIA/ MILITAR O</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>							
1219	<p>¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia esta persona (estas personas) le golpeó (golpearon), le abofeteó (abofetearon), le pateó (patearon) o hizo (hicieron) alguna cosa para lastimarla?</p>	<p>MUCHAS VECES 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>RARAS VECES 3</p> <p>NUNCA 4</p>							

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1220 F	VERIFIQUE 201, 226 Y 230: ALGUNAS VEZ ESTUVO <input type="checkbox"/> EMBARAZADA	NUNCA ESTUVO EMBARAZADA	1223 F
1221	¿Alguna vez alguien le golpeó, le abofeteó, le pateó o hizo alguna cosa para lastimarlo mientras usted estaba embarazada?	SI 1 NO 2	1223 F
1222	¿Quién le hizo alguna de estas cosas mientras usted estaba embarazada? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.	ACTUAL ESPOSO/ COMPAÑERO A EX-ESPOSO/ COMPAÑERO B MADRE/ MADRASTRA C PADRE/ PADRASTRO D HERMANA/ HERMANO E HIJA/ HIJO F OTRO FAMILIAR G NOVIO ACTUAL H EX- NOVIO I SUEGRO/ SUEGRA K FAMILIAR DE LA PAREJA L PROFESOR M JEFE/ PERSONA DEL TRABAJO N POLICÍA/ MILITAR O OTRO X (ESPECIFIQUE)	1223 F
1223 F	VERIFIQUE 601 Y 602: YA ESTUVO CASADA O VIVIÓ CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/>	NUNCA ESTUVO CASADA O VIVIÓ CON UN HOMBRE	1223 B
1223A	Ahora quiero preguntarle sobre cosas que alguien que no haya sido su esposo / compañero / pareja uno de sus esposos / compañeros pudo haberle hecho. ¿Alguna vez en su vida, ya sea durante su niñez o como mujer adulta alguien la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería?	SI 1 NO 2 SE NIEGA A RESPONDER/ NO RESPONDE 8	1224
1223B	¿Alguna vez en su vida, ya sea durante su niñez o como mujer adulta alguien la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería?	SI 1 NO 2 SE NIEGA A RESPONDER/ NO RESPONDE 8	1228 F
1224	¿Quién fue la persona que la forzó? ¿Alguna otra persona? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.	ACTUAL ESPOSO/ COMPAÑERO A EX-ESPOSO/ COMPAÑERO B MADRE/ MADRASTRA C PADRE/ PADRASTRO D HERMANA/ HERMANO E HIJA/ HIJO F OTRO FAMILIAR G NOVIO ACTUAL H EX- NOVIO I SUEGRO/ SUEGRA K FAMILIAR DE LA PAREJA L PROFESOR M JEFE/ PERSONA DEL TRABAJO N POLICÍA/ MILITAR O SACERDOTE/ LÍDER RELIGIOSO P EXTRAÑO Q OTRO X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA			
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1225	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNAS VEZ CASADA/ VIVIÓ CON UN HOMBRE	NUNCA ESTUVO CASADA NI VIVIÓ CON UN HOMBRE	
	¿En los últimos 12 meses, alguien que no fuera su esposo (compañero) la forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?	SI 1 NO 2 SE NIEGA A RESPONDER/ NO RESPONDE 3	1227
1226 F	VERIFIQUE 1206 A (h - i) Y 1216 A (b,c) POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	1228 F
1227	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNAS VEZ CASADA/ VIVIÓ CON UN HOMBRE	NUNCA ESTUVO CASADA NI VIVIÓ CON UN HOMBRE	
	¿Cuántos años tenía la primera vez que fue forzada a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales sin que usted lo quiera, por cualquiera, incluyendo su esposo (compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS NO SABE 9 8	
1228 F	VERIFIQUE 1206 A (e-i), 1216 A (b,b,c), 1217, 1221, 1223 A y 1228 B: POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	1233
1229	Pensando en las experiencias que usted tuvo con las diferentes situaciones de las que hemos estado conversando, ¿usted buscó ayuda?	SI 1 NO 2	1231
1230	¿A quién pidió ayuda? ¿Alguien más? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	ACTUAL ESPOSO/ COMPAÑERO A EX ESPOSO/ COMPAÑERO B NOVIO ACTUAL H EX NOVIO I SUEGRO/SUEGRO K FAMILIA DE LA PAREJA L POLICÍA/MILITAR O SACERDOTE/LÍDER RELIGIOSO P A SU PROPIA FAMILIA R AMIGU(A) S PERSONAL MÉDICO T COMPAÑER(A) DE TRABAJO U JUZGADO DE PAZ V JUZGADO DE FAMILIA W PROCURADURÍA GENERAL AA PROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS BB BUFETES POPULARES CC ABOGADO DD ORGANIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL EE OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1231	¿Usted alguna vez presentó una denuncia por esto?	SI 1 NO 2	

SECCIÓN 12. MÓDULO DE VIOLENCIA				
PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
No.		SI	NO	
1232	¿Usó alguna vez habló a alguien de esto?	1	2	
1233	Que usted sepa, ¿alguna vez su papá golpeó o maltrató a su mamá?	1	2	
		1	2	8
AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR LA COOPERACIÓN Y EXPLIQUE NUEVAMENTE SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES BASÁNDOSE SOLAMENTE EN EL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.				
1234	¿TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUN ADULTO QUISO ESCUCHARLA, O SE ACERCO AL LUGAR DE LA ENTREVISTA O INTERRUMPIÓ DE ALGUNA OTRA MANERA?	SI UNA VEZ SI, MAS DE UNA VEZ NO		
		ESPOSO/COMPAÑERO	1 2 3	
		OTRO HOMBRE ADULTO	1 2 3	
		MUJER ADULTA	1 2 3	
		OTRAS PERSONAS	1 2 3	
1235	COMENTARIOS DE LA ENCUESTADORA O EXPLICACIÓN SI EL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA NO FUE CONCLUIDO			
1236V	ANOTE LA HORA DEL FIN DE LA ENTREVISTA	HORA MINUTOS		

OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA

PARA LLENAR UNA VEZ TERMINADA LA ENTREVISTA

COMENTARIOS ACERCA DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

COMENTARIOS DE PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

OTROS COMENTARIOS:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR(A)

NOMBRE DEL SUPERVISOR(A): FECHA:

OBSERVACIONES DEL EDITOR(A)

NOMBRE DEL EDITOR(A): FECHA:

INSTRUCCIONES:

SOLAMENTE UN CÓDIGO DEBE APARECER EN CADA CASILLA.
LA COLUMNA 1 REQUIERE UN CÓDIGO EN CADA CASILLA

INFORMACIÓN A CODIFICARSE EN CADA COLUMNA:

COLUMNA 1: NACIMIENTOS, EMBARAZOS Y USO ANTICONCEPTIVO

N NACIMIENTOS

E EMBARAZOS

T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO

1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA

2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA

3 DIU

4 INYECCIONES

5 IMPLANTES

6 PASTILLAS/PÍLDORAS

7 CONDÓN

8 CONDÓN FEMENINO

9 DIAPHRAGMA ESPUMAJALEA

J MEJA ILACTANCIA Y AMENORREA

K RITMO ABSTINENCIA PERIÓDICA

L MÉTODO DEL COLLAR

M RETRO

P ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

X OTRO MÉTODO MODERNO

Y OTRO MÉTODO TRADICIONAL

12	DIC	01	1	2
11	NOV	02		
10	OCT	03		
09	SEP	04		2
08	AGO	05		
07	JUL	06		0
06	JUN	07		1
05	MAY	08		5
04	ABR	09		
03	MAR	10		
02	FEB	11		
01	ENE	12		

12	DIC	13		
11	NOV	14		
10	OCT	15		
09	SEP	16		
08	AGO	17		2
07	JUL	18		0
06	JUN	19		1
05	MAY	20		4
04	ABR	21		
03	MAR	22		
02	FEB	23		
01	ENE	24		

12	DIC	25		
11	NOV	26		
10	OCT	27		
09	SEP	28		
08	AGO	29		2
07	JUL	30		0
06	JUN	31		1
05	MAY	32		3
04	ABR	33		
03	MAR	34		
02	FEB	35		
01	ENE	36		

12	DIC	37		
11	NOV	38		
10	OCT	39		
09	SEP	40		
08	AGO	41		2
07	JUL	42		0
06	JUN	43		1
05	MAY	44		2
04	ABR	45		
03	MAR	46		
02	FEB	47		
01	ENE	48		

12	DIC	49		
11	NOV	50		
10	OCT	51		
09	SEP	52		
08	AGO	53		2
07	JUL	54		0
06	JUN	55		1
05	MAY	56		1
04	ABR	57		
03	MAR	58		
02	FEB	59		
01	ENE	60		

12	DIC	61		
11	NOV	62		
10	OCT	63		
09	SEP	64		
08	AGO	65		2
07	JUL	66		0
06	JUN	67		1
05	MAY	68		0
04	ABR	69		
03	MAR	70		
02	FEB	71		
01	ENE	72		

12	DIC	73		
11	NOV	74		
10	OCT	75		
09	SEP	76		
08	AGO	77		2
07	JUL	78		0
06	JUN	79		0
05	MAY	80		9
04	ABR	81		
03	MAR	82		
02	FEB	83		
01	ENE	84		

COLUMNA 2: DISCONTINUACIÓN DEL USO ANTICONCEPTIVO

0 SEXO INFRECUENTE/ESPOSO AUSENTE

1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS USABA

2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA

3 ESPOSO/COMPAÑERO DESAPROBÓ

4 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO

5 EFECTOS SECUNDARIOS/PREOCCUPACIONES DE SALUD

6 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS

7 CUESTA DEMASIADO

8 INCONVENIENTE PARA USAR

F DIOS/DECEFAZALISTA

A DIFÍCIL O PARA QUEDAR EMBARAZADA/AMENORRUEA

D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN

X OTRO

Z NO SABE (ESPECIFIQUE)

12	DIC	01	1	2
11	NOV	02		
10	OCT	03		
09	SEP	04		2
08	AGO	05		
07	JUL	06		0
06	JUN	07		1
05	MAY	08		5
04	ABR	09		
03	MAR	10		
02	FEB	11		
01	ENE	12		

12	DIC	13		
11	NOV	14		
10	OCT	15		
09	SEP	16		
08	AGO	17		2
07	JUL	18		0
06	JUN	19		1
05	MAY	20		4
04	ABR	21		
03	MAR	22		
02	FEB	23		
01	ENE	24		

12	DIC	25		
11	NOV	26		
10	OCT	27		
09	SEP	28		
08	AGO	29		2
07	JUL	30		0
06	JUN	31		1
05	MAY	32		3
04	ABR	33		
03	MAR	34		
02	FEB	35		
01	ENE	36		

12	DIC	37		
11	NOV	38		
10	OCT	39		
09	SEP	40		
08	AGO	41		2
07	JUL	42		0
06	JUN	43		1
05	MAY	44		2
04	ABR	45		
03	MAR	46		
02	FEB	47		
01	ENE	48		

12	DIC	49		
11	NOV	50		
10	OCT	51		
09	SEP	52		
08	AGO	53		2
07	JUL	54		0
06	JUN	55		1
05	MAY	56		1
04	ABR	57		
03	MAR	58		
02	FEB	59		
01	ENE	60		

12	DIC	61		
11	NOV	62		
10	OCT	63		
09	SEP	64		
08	AGO	65		2
07	JUL	66		0
06	JUN	67		1
05	MAY	68		0
04	ABR	69		
03	MAR	70		
02	FEB	71		
01	ENE	72		

12	DIC	73		
11	NOV	74		
10	OCT	75		
09	SEP	76		
08	AGO	77		2
07	JUL	78		0
06	JUN	79		0
05	MAY	80		9
04	ABR	81		
03	MAR	82		
02	FEB	83		
01	ENE	84		