

CUESTIONARIO PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

PANEL DE INFORMACION PARA NIÑOS(AS) MENORES DE DOS AÑOS		UF
<p><i>Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o tutoras/tutores (ver columna HL8 del listado de hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 2 años de edad (ver columna HL5 del listado de hogar).</i></p> <p><i>Se debe usar un formulario separado para cada niño(a) elegible</i></p> <p><i>Escriba el número del consultorio y de hogar, y los nombres y números de línea del niño(a) y de la madre o tutora/tutor en el espacio de abajo. Escriba su propio nombre, número y fecha.</i></p>		
UF1. Código del Consultorio: _____	UF2. Número de Hogar: _____	
UF3. Nombre del Niño(a): _____	UF4. Número de Línea del Niño(a): _____	
UF5. Nombre de la Madre o Tutora/Tutor: _____	UF6. Número de Línea de la Madre o Tutora/Tutor: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: _____	UF8. Día/Mes/Año de la entrevista: ____ / ____ / ____	
UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 2 años (Los códigos se refieren a la madre o tutora/tutor.)	Completa..... 1 Ausente 2 Rechazo 3 Incompleta 4 Incapacitado..... 5 Otro (especifique)..... 6	

Repita el saludo si aún no se lo ha leído a ésta encuestada:

SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLARLE DE ESTO. LA ENTREVISTA TOMARÁ CERCA DE 15 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NUNCA SERÁN IDENTIFICADAS. UD. NO ESTÁ OBLIGADA A RESPONDER ALGUNA PREGUNTA QUE NO QUIERA, Y PUEDE ABANDONAR LA ENTREVISTA EN CUALQUIER MOMENTO. PUEDO COMENZAR AHORA?

Si le ha concedido permiso, comience la entrevista. Si la entrevistada no quiere continuar, agradézcale y comience la siguiente entrevista. Discuta éste resultado con su supervisora para definir una futura revisita.

UF10. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE CADA NIÑO(A) MENOR DE 2 AÑOS QUE ESTÁ BAJO SU CUIDADO, Y QUE VIVE CON UD. AHORA. QUIERO PREGUNTARLE POR (nombre). ¿EN QUE MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? <i>Indague:</i> ¿CUÁL ES LA FECHA DE SU CUMPLEAÑOS? <i>Si la madre o tutora/tutor sabe la fecha exacta de su cumpleaños, anote también el día; en caso contrario circule 98 para día.</i>	Fecha de nacimiento: Día NS día 98 Mes Año	
UF11. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? <i>Anote la edad en años completos.</i>	Edad en años completos	

MÓDULO DE LACTANCIA		BF
BF1. ¿(nombre) HA SIDO ALGUNA VEZ AMAMANTADO?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒BF3 8⇒BF3
MN13.¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO POR PRIMERA VEZ A (NOMBRE)? <i>Si menos de una hora, anote '00' horas. si menos de 24 horas, anote horas En caso contrario, anote días.</i>	Inmediatamente 000 Horas..... 1 ____ ó Días..... 2 ____ No sabe/ no recuerda 998	
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO(A)?	Si 1 No..... 2 NS 8	
BF3. ¿DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, HA RECIBIDO ÉL/ELLA ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta antes de pasar al próximo rubro.</i>	<div style="text-align: right;">Si No NS</div> A. Suplementos vitamínicos 1 2 8 B. Agua 1 2 8 C. Agua azucarada o jugo 1 2 8 D. SRO..... 1 2 8 E. Fórmula para bebe 1 2 8 F. Leche 1 2 8 G. Otros líquidos 1 2 8 H. Comida sólida o semisólida 1 2 8	
BF4. Verifique BF3H: El niño(a) recibió alimento sólido o semisólido (puré)? <input type="checkbox"/> Si. ⇒ Continúe con BF5 <input type="checkbox"/> No o NS. ⇒ Vaya al siguiente Módulo		
BF5. DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, ¿CUÁNTAS VECES (nombre) HA COMIDO ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O COMIDAS SUAVES DIFERENTES DE LÍQUIDOS? <i>Si 7 o más veces, anote '7'</i>	No. de veces ____ No sabe..... 8	

MODULO DE INMUNIZACION		IM
<i>Si le han facilitado el carné de salud infantil o carné de vacunación, copie las fechas en las preguntas IM2- IM8D por cada tipo de inmunización. Las preguntas IM10- IM23 son para anotar las vacunas que no han sido registradas en el carné. Las preguntas IM10-IM23 sólo se harán cuando no hay carné.</i>		
IM1. ¿TIENE (nombre) EL CARNÉ DE SALUD INFANTIL O CARNÉ DE VACUNACIÓN? <i>Si respuesta "2" o "3" y recupera la información posteriormente en el vacunatorio cancele y marque "1"</i>	Si, visto 1 Si, no visto 2 No 3	2⇒IM10 3⇒IM10

a) Copie del carné las fechas de las vacunas; b) Anote '44' en la columna de 'DIA' si el carné muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación. Cuando termine de anotar indague sobre las dificultades presentadas para aplicar cada vacuna.	Fecha de Vacunación								El día que llevo a (nombre) al vacunatorio le fue aplicada la vacuna?	¿Por qué motivos no le fue aplicada la vacuna?
	DÍA		MES		AÑO				1 Sí ↓ 2 No ⇒	
IM2. BCG TUBERCULOSIS (ALTA MATERNA)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3A1. HB (*) HEPATITIS B VIRAL (12-24 HORAS)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3B1. HB (*) HEPATITIS B VIRAL (1 MES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3C1. HB (*) HEPATITIS B VIRAL (2 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3D1. HB (*) HEPATITIS B VIRAL (12 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3A2. HBV (**) HEPATITIS B VIRAL (12-24 HORAS)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3B2. HBV (**) HEPATITIS B VIRAL (1 MES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM3C2. HBV (**) HEPATITIS B VIRAL (6 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM4A1. DPT DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (2 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM4B1. DPT DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (4 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM4C1. DPT DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (6 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM4A2. DPT+HB (**) DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS + HEPATITIS B (2 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	
IM4B2. DPT+HB (**) DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS + HEPATITIS B (4 MESES)									1 ↓ 2 ⇒	

a) Copie del carné las fechas de las vacunas; b) Anote '44' en la columna de 'DÍA' si el carné muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación. Cuando termine de anotar indague sobre las dificultades presentadas para aplicar cada vacuna.	Fecha de Vacunación								El día que llevo a (nombre) al vacunatorio le fue aplicada la vacuna?	¿Por qué motivos no le fue aplicada la vacuna?
	DÍA		MES		AÑO				1 Sí ⇓ 2 No ⇓	
IM4C2. DPT+HB (**) DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS + HEPATITIS B (6 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM4D. DPT DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (15 ó 18 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM5A. H.I.B HEMOPHILUS INFLUENZAE B (2 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM5B. H.I.B HEMOPHILUS INFLUENZAE B (4 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM5C. H.I.B HEMOPHILUS INFLUENZAE B (6 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM5D. H.I.B HEMOPHILUS INFLUENZAE B (15 ó 18 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM6A. AM-BC MENINGOCOCO B Y C (3 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM6B. AM-BC MENINGOCOCO B Y C (5 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM7. P.R.S PAROTIDITIS, RUBÉOLA, SARAMPIÓN (12 MESES)									1 ⇓ 2 ⇓	
IM8A. POLIO POLIO (-1 AÑO) 1RA DOSIS									1 ⇓ 2 ⇓	
IM8B. POLIO POLIO (-1 AÑO) 2 DA DOSIS									1 ⇓ 2 ⇓	
IM8C. POLIO POLIO (1 AÑO) 1RA DOSIS									1 ⇓ 2 ⇓	
IM8D. POLIO POLIO (1 AÑO) 2 DA DOSIS									1 ⇓ 2 ⇓	

(*) Hijos de madres positivas al HBsAG.

(**) Hijos de madres negativas al HBsAG.

IM9. ADEMÁS DE LAS VACUNAS MARCADAS EN ESTE CARNÉ, ¿RECIBIO (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN? <i>Marque “Si” sólo si la entrevistada menciona algunas de las vacunas relacionadas en IM2-IM8D</i>	Si 1 (Indague por vacunas y escriba ‘66’ en la columna correspondiente a día en IM2 a IM8D.) No..... 2 NS 8	1⇒IM24 2⇒IM24 8⇒IM24
IM10. ¿ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) HA RECIBIDO VACUNAS PARA EVITAR QUE EL/ELLA SE ENFERME, INCLUYENDO LAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS NACIONALES DE VACUNACIÓN?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM24 8⇒IM24
IM11. ¿HA RECIBIDO (<i>nombre</i>) LA VACUNA BCG, VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE DEJA UNA CICATRIZ Y QUE SE APLICA ANTES DEL ALTA DE LA MATERNIDAD?	Si 1 No..... 2 NS 8	
IM12. ¿A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO “VACUNAS INYECTADAS HBV (HEPATITIS B VIRAL)” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO - PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE HEPATITIS?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM13. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces _ _	
IM15. ¿A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO “VACUNAS INYECTADAS DPT+HB” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS Y HEPATITIS (TETRAVALENTE)?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces _ _	
IM17. ¿A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO “VACUNAS INYECTADAS DPT” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM18. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces _ _	
IM19. ¿A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO LA VACUNA H.I.B” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE EL VIRUS DE HEMOPHILUS, INFLUENZA B?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM21 8⇒IM21
IM20. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces _ _	
IM21. ¿HA RECIBIDO (<i>nombre</i>) LA VACUNA AM-BC, VACUNA CONTRA EL MENINGOCOCO B Y C ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO?	Si 1 No..... 2 NS 8	2⇒IM23 8⇒IM23
IM22. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces _ _	
IM23. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNA INYECTADA CONTRA LA PAPERAS, RUBÉOLA Y SARAMPIÓN (PRS)” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LA EDAD DE 12 MESES.	Si 1 No..... 2 NS 8	

IM24. POR FAVOR, DÍGAME SI (<i>nombre</i>) HA PARTICIPADO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DÍAS DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LA POLIO:		
		S N NS
IM24A. FEB-MAR 2005 / 1RA DOSIS	1ra dosis.....	1 2 8
IM24B. MAR-ABR 2005 / 2DA DOSIS	2da dosis.....	1 2 8
IM24C. FEB-MAR 2006 / 1RA DOSIS	1ra dosis.....	1 2 8
IM24D. MAR-ABR 2006 / 2DA DOSIS	2da dosis.....	1 2 8
IM25. ¿CADA VEZ QUE HA ACUDIDO AL VACUNATORIO A VACUNAR A (<i>nombre</i>) LE DIJERON QUE ESPERARA MEDIA HORA EN EL VACUNATORIO DESPUÉS DE APLICADA LA VACUNA?	Si Algunas veces..... Nunca..... NS	1 2 3 8
IM26. ¿LE EXPLICARON LAS CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES DE LA VACUNA APLICADA?	Si Algunas veces..... Nunca..... NS	1 2 3 8
IM27. ALGUNA VEZ SU MEDICO LE HA INDICADO A (NOMBRE) LA INGESTION DE UN SUPLEMENTO DE HIERRO LLAMADO FORFERR	Si No..... NS	1 2 8
		2⇒IM28 8⇒IM28
IM27A. LE HA SUMINISTRADO SEGÚN LE INDICÓ EL MÉDICO A (NOMBRE) EL FORFERR	Si No..... NS	1 2 8
		1⇒IM28 2⇒IM27B 8⇒IM28
IM27B. ¿POR QUÉ RAZÓN NO LE SUMINISTRÓ A (NOMBRE) EL FORFERR (MARQUE TODAS LAS QUE REFIERA)	Porque no lo encontró en la Farmacia Está tomando otro suplemento de hierro.... Piensa que no lo requiere Otra (especifique) _____ _____	1 2 3 6
IM28. ¿Algún otro niño(a) elegible vive en el hogar para el cual la entrevistada es la madre/guardiana? Verifique el listado de hogar, columna HL8. <input type="checkbox"/> Si. ⇒ Termine el cuestionario y luego Vaya a CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS para aplicárselo al siguiente niño(a) elegible. <input type="checkbox"/> No. ⇒ Termine la entrevista con ésta persona agradeciéndole su cooperación		