

HOJA DE LA VIVIENDA

001939

DEPARTAMENTO: [][] No. DE CUESTIONARIO [][][][]
 (1-2) (3-6)

MUNICIPIO: [][] LOCALIDAD: (9) []
 (7-8)

SECCION/SECTOR: [][][] (10-12) SEGMENTO: [] (13) 1. Urbano []

NUMERO DE VIVIENDA: [][] (14-15) 2. Mixto Urbano []

3. Rural []

4. Mixto Rural []

DIRECCION (DESCRIPCION EXACTA):

NOMBRE DEL JEFE DE LA CASA:

Visitas de la Entrevistadora	Visita Número			
	1	2	3	4
Fecha				
Hora de visita				
Resultado*				
Nombre de la Entrevistadora				
Nombre de la Supervisora				

*Códigos de Resultado

1. Entrevista realizada
2. No hay MEF en el hogar
3. Moradores ausentes
4. Ausencia de la sorteada al momento de la visita
5. Rechazo total
6. Rechazo durante la entrevista por la sorteada o por la familia
7. Vivienda desocupada
8. Otras causas (especificar)

Codificación solamente

Número de la última visita [] (16)

Día de la última visita [][] (17-18)

Mes de la última visita [][] (19-20)

Resultado de la última visita [] (21)

FICHA DE DOMICILIO (Continuación)

No. DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA: TOTAL HOMBRES MUJERES [] [] []
22-23

¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la casa? [] [] [] [] [] []
24-27

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 — Agua de chorro (dentro de la casa) | <input type="checkbox"/> 6 — Río o lago | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 — Agua de chorro (jardín) | <input type="checkbox"/> 7 — Agua lluviosa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3 — Pozo | <input type="checkbox"/> 8 — Cisterna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4 — Chorro público | <input type="checkbox"/> 9 — No sabe | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5 — Manantial | <input type="checkbox"/> 0 — Otro: | <input type="checkbox"/> |

¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta casa? []
(No incluye la cocina, el baño, ni los usados exclusivamente para fines comerciales) 29

¿Tiene la casa luz eléctrica? []
1 — Sí 2 — No 9 — No sabe 30

No. DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE VIVEN EN LA CASA: []
31

Si hay niños menores de 5 años, llenar el cuadro de vacunas abajo. (Anotar en primer lugar al niño de mayor edad y proseguir en orden descendente). Si no hay niños, continúe en la página D.

	MES Y AÑO DE NACIMIENTO	POLIO	BCG	DPT	SARAMPION	CERTIFICADO DE VACUNA
32—37 38—58	1— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
59—64 65—85	2— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
86—91 92—112	3— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
113—118 119—139	4— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
140—145 146—166	5— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
167—172 173—193	6— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []
194—199 200—220	7— MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 2 3 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	N 1 R NS FECHA: _____ MES: _____ AÑO: 19____	SI [] No []

FICHA DE DOMICILIO (CONTINUACION)

DEFINICION: *Diarrea*. Definida como 2 ó más evacuaciones líquidas (asientos) por día, por lo menos por un día.

Utilice una columna para cada niño en el orden de la página anterior.		NIÑO						
		1	2	3	4	5	6	7
221-227	¿El niño tiene o tuvo diarrea (asientos) durante la última semana?	1. Sí						
		2. No						
228-234	¿El niño tiene o tuvo diarrea (asientos) durante los últimos 3 meses?	1. Sí						
		2. No						
235-241	¿Recibieron un tratamiento?	1. Sí						
		2. No						
242-248	¿Qué tratamiento?*	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

*Códigos:

1. Suero casero
2. Paquetes de Sales de hidratación oral
3. Tratamiento endovenoso
4. Tratamiento tradicional (hierbas)
5. Otra medicina (especificar)
8. Otro (especificar)
9. No recuerda, no sabe

FICHA DE DOMICILIO (CONTINUACION)

¿Cuántas mujeres hay entre 15-44 años de edad (mujeres en edad fértil --MEF--)?:

[]
(249)

SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA

SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA AL INICIAR LA ENTREVISTA

(ANOTAR EN PRIMER LUGAR A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSEGUIR EN ORDEN DESCENDENTE)

	Nombre de la mujer en edad fértil	Edad	Estado civil	Ultimo grado escolar que aprobó	Hijos nacidos vivos	Hijos actualmente vivos	Ultimo nacido vivo:	
							Mes:	Año:
250-261	1.							
262-273	2.							
274-285	3.							
286-297	4.							
298-309	5.							
310-321	6.							
322-333	7.							
334-345	8.							

SELECCION DE LA ENTREVISTADA

[]
(346)

Ultimo dígito del número de cuestionario	Número de MEF en la vivienda							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	1	2	4	2	6	3	4
1	1	2	3	1	3	1	4	5
2	1	1	1	2	4	2	5	6
3	1	2	2	3	5	3	6	7
4	1	1	3	4	1	4	7	8
5	1	2	1	1	2	5	1	1
6	1	1	2	2	3	6	2	2
7	1	2	3	3	4	1	3	3
8	1	1	1	4	5	2	4	4
9	1	2	2	1	1	3	5	5

12. ¿Trabaja usted actualmente en algo que le permita ganar dinero (especie)? []
368
1. Sí [] 2. No [] → (PASE A LA PREGUNTA 14)
13. ¿Trabaja fuera o dentro del hogar? 1. Fuera [] 2. Dentro [] []
369
14. Señora, ¿tiene derechos a los servicios del Seguro Social? []
370
1. Sí [] 2. No []
15. ¿Ha estado usted alguna vez embarazada? 1. Sí [] 2. No [] []
371
16. ¿Está usted actualmente embarazada? []
372
1. Sí [] → (PREGUNTA 17) 3. No está segura [] → (PREGUNTA 18)
2. No [] → (PREGUNTA 18)

SI EN LAS DOS ULTIMAS PREGUNTAS (15 Y 16) HA RESPONDIDO NEGATIVAMENTE AMBAS, PASE A LA PREGUNTA 100 EN PAGINA 5

17. ¿Cuándo espera usted dar a luz? Mes: Año: 19..... [][][][]
373-376
18. ¿Cuántos embarazos ha tenido usted (incluyendo hijos vivos, nacidos muertos, y pérdidas y abortos)? [][]
377-378
19. ¿Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto (mortinato)? [][][]
379-381
1. Sí [] ¿Cuántos? 2. No []
20. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? hijos nacidos vivos [][]
382-383
- (SONDEE: ¿Ha olvidado algún hijo que nació vivo pero que ya murió?)

SI NO TIENE HIJOS NACIDOS VIVOS, PASE A LA PREGUNTA 39 EN PAGINA 4

21. ¿Cuántos de esos hijos que nacieron vivos están actualmente vivos? [][]
384-385
- hijos hombres mujeres
- (SONDEE: ¿Ha olvidado algún hijo o hija que está vivo y que ya no vive con usted?) [][][][]
386-389

SI TIENE SOLAMENTE 1 HIJO NACIDO VIVO, PASE A LA PREGUNTA 26 (PAGINA 3)

SI TIENE 2 HIJOS NACIDOS VIVOS, PASE A LA PREGUNTA 23.

SI TIENE 3 HIJOS NACIDOS VIVOS O MAS, PASE A PREGUNTA 22.

22. ¿En qué mes y año nació su primer hijo o hija? [][][][]
390-393
- Mes: Año: 19.....
23. ¿En qué fecha nació su penúltimo hijo nacido vivo (aunque después haya muerto)? Mes: Año: 19..... [][][][]
394-397
24. ¿Le dio pecho a este penúltimo hijo? []
398
1. Sí [] 2. No [] → (PASE A LA PREGUNTA 26 EN PAGINA 3)
25. ¿Durante cuántos meses dio pecho? Meses [][]
399-400

26. ¿Cuándo tuvo usted el último de sus hijos que nació vivo (aunque después ha-
ya muerto)? [][][][][]
401-404

Mes: Año 19

27. ¿Este último hijo fue hombre o mujer? []
405
1. Hombre [] 2. Mujer []

28. ¿Usted o su marido asentaron la partida del nacimiento del último hijo nacido
vivo en los primeros dos meses después del nacimiento? []
406

1. Sí []
2. No [] (SI NO REGISTRO EL NACIMIENTO, PREGUNTE POR QUE NO) [][]
407-408

29. ¿Tuvo algún defecto físico (congénito) el último hijo nacido vivo? []
409

1. Sí [] (Si tuvo, descríballo)..... [][][]
410-412
2. No []

SI EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO NACIO DESPUES DE 1 DE ENERO DE
1981, PASE A LA PREGUNTA 30; SI NACIO EN 1980 O ANTES, PASE A LA
PREGUNTA 31.

30. ¿Desde su último hijo nacido vivo, ya le vino su regla? [][]
413-414

[] 01-36 Sí ¿Cuántos meses después del nacimiento le vino su regla?
[] 40 No Meses

31. ¿Su último hijo nacido vivo continúa vivo? []
415
1. Sí [] → PREGUNTA 32
2. No [] ¿Cuántos años-meses tenía cuando murió? [][][]
416-418

Años-meses: → (PASE A LA PREGUNTA 32)

32. ¿Le dio pecho a su último hijo nacido vivo? []
419

1. Sí [] → PASE A LA PREGUNTA 33
2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 37

33. ¿Está dando pecho actualmente? []
420

1. Sí [] → PASE A LA PREGUNTA 34
2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 35

34. ¿Cuántas veces en las últimas 24 Hrs. dio pecho? []
421

No, veces → PASE A LA PREGUNTA 36
Todo el día [] → PASE A LA PREGUNTA 36

35. ¿Cuántos meses dio pecho? meses [][]
422-423

36. ¿A los cuántos meses le empezó a dar otro tipo (clase) de leche al niño? [][]
424-425

01-25 [] meses
33 [] No le ha dado todavía → PASE A LA PREGUNTA 38
44 [] Murió → PASE A LA PREGUNTA 39
99 [] No recuerda

100. Señora, ¿desea usted actualmente un embarazo? []
438

- 1. Sí [] 3. Actualmente embarazada []
- 2. No [] 4. No está segura []

101. Señora, ¿tiene usted las siguientes enfermedades actualmente?
(lea las enfermedades) [] [] []
439-441

	Sí	No	No sabe
a) Presión alta (hipertensión arterial)	[]	[]	[]
b) Várices dolorosas	[]	[]	[]
c) Dolor de cabeza crónico	[]	[]	[]

102. Señora, ¿ha fumado usted cigarrillos (cigarros)? []
442

- 1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 105

103. ¿Fuma cigarrillos (cigarros) actualmente? []
443

- 1. Sí (todos los días) [] 2. Sí (de vez en cuando) [] 3. No [] → PREGUNTA 105

104. ¿Cuántos cigarrillos (cigarros) fuma diariamente? []
444

- 1. 1-9 [] 5. 40-59 []
- 2. 10-19 [] 6. 60-79 []
- 3. 20-29 [] 7. 80 o más []
- 4. 30-39 [] 9. No sabe []

105. Muchas mujeres pierden sus niños antes de completar el sexto mes de embarazo (aborto). ¿Ha perdido usted algún niño antes de completar el sexto mes de embarazo (aborto)? []
445

- 1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 114
- 3. No está segura [] → PASE A LA PREGUNTA 114

106. ¿Cuántos abortos (pérdidas) ha tenido? [] []
446-447

107. ¿En qué fecha le ocurrió el primer aborto? [] [] [] []
448-451
Mes: Año: 19.....

108. ¿En qué fecha le ocurrió el último aborto? [] [] [] []
452-455
Mes: Año: 19.....

109. ¿Este último aborto fue espontáneo (natural) o provocado? []
456

- 1. Espontáneo []
- 2. Provocado [] ¿Cómo?

110. Cuando usted tuvo este último aborto, fue a algún lugar o con alguna persona para que le atendieran porque tuvo complicaciones? []
457

- 1. Sí [] → PREGUNTA 111 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 114

111. ¿En qué lugar le atendieron?

[]
458

- 1. Hospital del Ministerio de Salud []
- 2. Centro de Salud []
- 3. Puesto de Salud []
- 4. Hospital-Consultorio del Seguro Social []
- 5. Consultorio u Hospital particular []
- 6. Casa de la (partera) comadrona []
- 7. Propia casa con comadrona-enfermera-médico []
- 8. Propia casa con amigos []
- 9. No sabe-no responde []
- 0. Otro (especificar): []

112. ¿Cuándo le atendieron fue hospitalizada?

[]
459

- 1. Sí [] 2. No fue hospitalizada [] → PASE A LA PREGUNTA 114

113. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizada?

[][]
460-461

SI LA ENTREVISTADA HA ESTADO ALGUNA VEZ EMBARAZADA, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS 114-125. SI NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA, PASE A LA PREGUNTA 200 EN PAGINA 8.

114. ¿Tuvo algún control o examen médico durante su último embarazo (prenatal)?

[]
462

- 1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 117

115. ¿Dónde se hizo el control o examen?

[]
463

- 1. Hospital del Ministerio de Salud []
- 2. Centro o Puesto de Salud []
- 3. Clínica u Hospital del Seguro Social []
- 4. Consultorio privado u Hospital particular []
- 5. Comadrona (partera) []
- 8. Otro: []
- 9. NS/NR []

116. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer examen prenatal?

[]
464

..... Meses

117. ¿En qué lugar tuvo su último parto?

[]
465

- 1. Hospital del Ministerio de Salud []
- 2. Centro de Salud []
- 3. Hospital del Seguro Social []
- 4. Hospital, Clínica particular []
- 5. Parto domiciliario con Médico-Enfermera []
- 6. Parto domiciliario con partera []
- 7. Parto domiciliario sin partera []
- 8. Otro (especificar): []
- 9. N.A. - Primer embarazo y todos los []

embarazos que terminaron en aborto → PASE A LA PREGUNTA 200 EN PAGINA 8

118. ¿Cuánto pesó su último hijo al nacer?

[] [] [] [] []
466-469

..... Libras Onzas 9999 - NS/NR []

119. Señora, ¿su parto fue normal o la tuvieron que operar?

[]
470

- 1. Vaginal []
- 2. Cesárea []

120. Durante el parto o la semana después del parto, ¿fue operada para no tener más hijos?

[]
471

- 1. Sí []
- 2. No []

121. ¿Le hicieron control médico después del último parto?

[]
472

- 1. Sí []
- 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 123

122. ¿Cuántos meses después del parto le hicieron el primer control médico?

[]
473

..... meses.

123. Después que nació su último hijo, ¿lo llevó a control médico?

[]
474

- 1. Sí []
- 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 200 EN PAGINA 8

124. ¿Cuántos meses tenía su último hijo cuando lo llevó a control médico la pri-

[] []
475-476

mera vez? meses.

125. ¿Dónde lo llevó?

[]
477

- 1. Hospital del Ministerio de Salud []
- 2. Centro o Puesto de Salud []
- 3. Hospital-Consultorio del Seguro Social []
- 4. Consultorio Privado u Hospital particular []
- 5. Comadrona (partera) []
- 8. Otro (especificar): []
- 9. NS/NR []

PASE A LA PREGUNTA 200 EN PAGINA 8

Codificación solamente:

[] []
478-479

200. AHORA QUISIERA QUE HABLEMOS SOBRE LAS COSAS O METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USAN LAS PAREJAS PARA RETRASAR UN PROXIMO EMBARAZO O EVITAR TENER HIJOS SI NO LOS DESEA:

M E T O D O S	1	2	3	
	¿Ha oído hablar de?	¿Alguna vez ha usado?	¿Usa actualmente?*	
1. Píldoras, pastillas (gestágenos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 480
2. Dispositivos Intrauterinos (DIU), Espiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 481
3. Esterilización femenina (ligadura de trompas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 482-484
	Mes y año:			
4. Esterilización masculina (vasectomía —la operación que se le hace al hombre para no tener más hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 485-487
	Mes y año:			
5. Condón, preservativo (condongo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 488
6. Inyecciones -Depo-Provera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 489
7. Espuma, jalea, pastillas vaginales (Neo-Sampon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 490
8. Diafragma o capuchón vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 491
9. Método de Billings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 492
10. Ritmo abstinencia periódica o calendario (evitar tener relaciones sexuales en ciertos días del mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 493
11. Retiro o quitarse (lo sacan) antes de terminar las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 494
12. Otros métodos (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 495
.....				
.....				

SI LA ENTREVISTADA NO ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE PERO HA USADO UN METODO ALGUNA VEZ, PASE A LA PREGUNTA 300 EN PAGINA 9

SI LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO UN METODO, PASE A LA PREGUNTA 400 EN PAGINA 11

SI LA ENTREVISTADA ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE, PASE A LA PREGUNTA 500 EN PAGINA 13

CODIFICACION SOLAMENTE:

*Dentro de los últimos 30 días

496-498

ENTREVISTADAS QUE HAN USADO ALGUNA VEZ PERO NO USAN ACTUALMENTE

300. ¿Cuál fue el último métodos que usted usó? 499-500
301. ¿Dónde consiguió o compró este método? 501
302. ¿Cuál fue el primer método que usted usó? 502-503
303. ¿Dónde consiguió o compró este primer método? 504
304. ¿En qué año comenzó a usar este primer método? 19..... 505-506
305. Cuando usted comenzó a usar este primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía? 507-508
..... hijos

NOTA: SI ALGUNA VEZ HA USADO LA PASTILLA, PASE A LA PREGUNTA 306.
SI NO HA USADO NUNCA LA PASTILLA, PASE A LA PREGUNTA 400 EN PAGINA 11.

306. ¿Le hicieron un examen médico antes de usar las pastillas? 509
1. Sí 2. No →PASE A LA PREGUNTA 309 3. NS/NR
- ↓ ↓
307. ¿Le hicieron un examen ginecológico (vaginal)? 510
1. Sí 2. No 3. NS/NR
308. ¿Le tomaron la presión? 511
1. Sí 2. No 3. NS/NR
309. ¿Por qué usted dejó de usar las pastillas (píldoras)? 512-513
-
-
-
-

PASE A LA PREGUNTA 310 EN PAGINA 10

Codificación solamente: 514-515

310. ¿Tuvo usted alguna molestia o problema durante el uso de las pastillas?

[]
516

1. Sí [] 2. No [] PASE A LA PREGUNTA 400 EN PAGINA 11

311. ¿Cuál? (No lea las alternativas)

CONDICIONES	MENCIONADA POR LA MUJER	JERARQUIA	HASTA QUE MES	
— Amenorrea (falta de regla)				[] [] [] [] 517-520
-- Otros problemas menstruales				[] [] [] [] 521-524
-- Dolor abdominal				[] [] [] [] 525-528
— Aumento excesivo de peso				[] [] [] [] 529-532
— Hipertensión arterial (presión alta)				[] [] [] [] 533-536
— Ictericia (la parte blanca del ojo es amarilla)				[] [] [] [] 537-540
— Náusea				[] [] [] [] 541-544
— Nerviosidad				[] [] [] [] 545-548
-- Aumento de várices o apariencia de flebitis				[] [] [] [] 549-552
— Vértigo				[] [] [] [] 553-556
— Otro:				[] [] [] [] 557-560
— No recuerda-no sabe				

312. ¿Recibió asistencia médica?

[]
561

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 315

313. ¿Dónde?

[]
562

314. ¿En esta visita médica le aconsejaron suspender el uso de la pastilla?

[]
563

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 400 EN LA PAGINA 11

315. ¿Por qué?

[] []
564-565

PASE A LA PREGUNTA 400 EN PAGINA 11

Codificación solamente: [] []
566-567

CONTINUACION DE PAGINA 10 Y ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON

400. Señora, ¿Ud. cree que puede quedar embarazada?

[]
568

1. Sí [] → PASE A LA PREGUNTA 402
2. No [] → CONTINUE CON PREGUNTA 401 .
3. No sabe [] → PASE A LA PREGUNTA 402

401. ¿Por qué cree usted que no puede quedar embarazada?

[]
569

- | | | |
|---|-----|--|
| 1. Menopausia | [] | } → PASE A LA PREGUNTA
801 EN PAGINA 17 |
| 2. Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos | [] | |
| 3. Ya pasaron 3 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado | [] | |
| 4. Ya pasaron 3 años o más que no está usando ningún anticonceptivo y no quedó embarazada | [] | |
| 5. Sin vida sexual | [] | } → PASE A LA PREGUNTA
404 |
| 6. Actualmente embarazada | [] | |
| 7. Amamantando (lactando) | [] | } → PASE A LA PREGUNTA
402 |
| 8. Otra: | [] | |
| | | |

402. Señora, ¿por qué no está usando ningún método para evitar tener hijos actualmente?

[] []
570-571

.....
.....

403. ¿Actualmente desea usted usar algún método para evitar hijos?

[]
572

1. Sí → PASE A LA PREGUNTA 405
2. No → CONTINUE CON PREGUNTA 404
3. Duda → CONTINUE CON PREGUNTA 404

404. En el futuro, ¿le gustaría usar algún método para evitar hijos?

[]
573

1. Sí → PASE A LA PREGUNTA 405
2. No → PASE A LA PREGUNTA 407 EN PAGINA 12
3. Duda → PASE A LA PREGUNTA 408 EN PAGINA 12

405. ¿Cuál método prefiere o está pensando utilizar?

[]
574

- | | |
|----------------------------------|-----|
| 1 - Pastilla | [] |
| 2 - DIU | [] |
| 3 - Esterilización | [] |
| 4 - Condón | [] |
| 5 - Jaleas o pastillas vaginales | [] |
| 6 - Ritmo o Billings | [] |
| 7 - Inyecciones (DepoProvera) | [] |
| 8 - Cualquier método | [] |
| 9 - No sabe/NR | [] |
| 0 - Otro (especificar: | [] |
| | |

406. Señora, ¿sabe dónde puede ir para conseguir este método u orientación para usarlo?

[]
575

1. Sí [] → PASE A LA PREGUNTA 409 EN PAGINA 12

2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 600 EN PAGINA 15

407. Señora, ¿por qué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro?

[]
576

.....
.....
.....

408. Señora, ¿sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?

[]
577

1. Sí → CONTINUE CON PREGUNTA 409

2. NO → PASE A LA PREGUNTA 600 EN PAGINA 15

409. ¿En qué lugar?

[]
578

1 - Hospital del Ministerio de Salud

[]

2 - Centro o Puesto de Salud

[]

3 - Seguro Social

[]

4 - Médico, Hospital o Maternidad particular

[]

5 - Farmacia Municipal

[]

6 - Farmacia Particular

[]

7 - APROFAM

[]

8 - Distribución Comunitaria (Sra. que vende en su casa —incluye FECOAR, Ligas Campesinas, Algodoneros, Cafetaleros y Programa de Persona a Persona)

[]

9 - Promotor de Salud

[]

0 - Otro (especificar:

[]

[]

110. Señora, ¿sabe cuánto cuesta (el método) en este lugar? (el ciclo)
(otro método - por unidad:)

[] [] []
579-581

No sabe - NS; Método Natural - NA; Gratis - (000)

111. ¿Qué medio de transporte usaría para ir al lugar mencionado?

[]
582

1. Caminando []

2. Transporte privado []

3. Transporte público []

4. Barco []

9. NA/NS []

0. Otro (especificar) []

112. ¿Cuánto tiempo se tarda usted normalmente para llegar a este lugar?
..... minutos.

[] [] []
583-585

PASE A LA PREGUNTA 600 EN PAGINA 15

Codificación solamente: [] []
586-587

SOLAMENTE PARA LAS ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

500. ¿Dónde consigue el método anticonceptivo que usa actualmente? (En caso de método natural, dónde recibió orientación)? []
588
1. Hospital, Maternidad, Centro o Puesto de Salud (M.S.P.) []
 2. APROFAM []
 3. Clínica u hospital del Seguro Social (IGSS) []
 4. Médico, Clínica u Hospital particular []
 5. Farmacia []
 6. Distribuidora comunitaria (incluye FECOAR, Ligas Campesinas, Algodoneras, Cafetaleros y Programa de Persona a Persona) []
 7. Promotor de Salud []
 8. En otro lugar - especificar: []
 9. No sabe → CONTINUE SEGUN INSTRUCCIONES DESPUES DE LA PREGUNTA 503 []
 0. No aplica (coito interrumpido) PASE A LA PREGUNTA 505

501. ¿Cuánto cuesta (costó)? (el ciclo): [][][]
589-591
- (Otro método - por unidad):
(Método Natural - NA; Gratis - 000)

502. ¿Qué medio de transporte usa para llegar a este lugar? []
592
1. Caminando []
 2. Transporte privado []
 3. Transporte público []
 4. Barco []
 9. NA/NS []
 0. Otro (especificar): []

503. ¿Cuánto tiempo se tarda normalmente para llegar a este lugar? [][][]
593-595
- minutos No sabe - 999 []

NOTA: SI LA ENTREVISTADA ESTA USANDO PASTILLAS ACTUALMENTE, CONTINUE CON LA PREGUNTA 504. SI NO ESTA USANDO PASTILLAS ACTUALMENTE, PASE A LA PREGUNTA 505.

504. ¿Cada cuánto toma las pastillas? (No lea las alternativas) []
596
1. Una cada día por 28 días []
 2. Una cada día por 21 días []
 - 2a. ¿En qué día de la menstruación comenzó a tomar las pastillas por primera vez? [][]
597-598
 - 2b. Después de tomar el primer ciclo, ¿en qué día volvió a tomar nuevamente? [][]
599-600
 3. Una antes del acto sexual []
 4. Una después del acto sexual []
 5. De otra manera: []

PASE A LA PREGUNTA 507 EN PAGINA 14

505. Señora, usted usó las pastillas?

[]
601

1. Sí [] → CONTINUE CON LA PREGUNTA 506

2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 516 EN PAGINA 15

506. ¿Por qué usted dejó de usar las pastillas?

[][]

602-603

507. ¿Le hicieron un examen médico antes de usar las pastillas?

[]

604

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 510 3. NS/NR []

508. ¿Le hicieron un examen ginecológico (vaginal)?

[]

605

1. Sí [] 2. No [] 3. NS/NR

509. ¿Le tomaron la presión?

[]

606

1. Sí [] 2. No [] 3. NS/NR

510. ¿Tuvo usted alguna molestia o problema durante el uso de las pastillas?

[]

607

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 516 EN PAGINA 15

511. ¿Cuál? (No lea las alternativas)

CONDICIONES	MENCIONADA POR LA MUJER	JERARQUIA	HASTA QUE MES
-- Amenorrea (falta de regla)			
-- Otros problemas menstruales			
-- Dolor abdominal			
-- Aumento excesivo de peso			
-- Hipertensión arterial (presión alta)			
-- Ictericia (la parte blanca del ojo es amarilla)			
-- Náusea			
-- Nerviosidad			
-- Aumento de várices o apariencia de flebitis			
-- Vértigo			
-- Otro:			
-- No recuerda-no sabe			

[][][][][]
608-611

[][][][][]
612-615

[][][][][]
616-619

[][][][][]
620-623

[][][][][]
624-627

[][][][][]
628-631

[][][][][]
632-635

[][][][][]
636-639

[][][][][]
640-643

[][][][][]
644-647

[][][][][]
648-651

512. ¿Recibió asistencia médica?

[]
652

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 515

513. ¿Dónde?

[]
653

514. ¿En esta visita médica le aconsejaron suspender el uso de la pastilla?

1. Sí [] 2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 516

[]
654

515. ¿Por qué?

[][]
655-656

516. ¿Cuál fue el primer método que usted usó?

[][]
657-658

517. ¿Dónde consiguió o compró este primer método?

[]
659

518. Cuando usted comenzó a usar este primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía?

[][]
660-661

519. ¿En qué año usted comenzó a usar este primer método? 19.....

[][]
662-663

SI LA ENTREVISTADA O SU MARIDO YA TIENEN LA ESTERILIZACION (LIGADURA O VASECTOMIA, CONTINUE CON LA PREGUNTA 800 EN PAGINA 17.

SI LA ENTREVISTADA ESTA USANDO OTRO METODO, PASE A LA PREGUNTA 600 EN ESTA PAGINA.

600. Si una persona de su comunidad sin ser médico fuera adiestrado para ofrecer anticonceptivos, ¿usted haría uso de los servicios que brinda esa persona?

[]
664

1. Sí [] → CONTINUE CON LA PREGUNTA 601

2. No [] → PASE A LA PREGUNTA 602

3. No sabe [] → PASE A LA PREGUNTA 602

601. ¿Preferiría ir al puesto o a la casa de esta persona, o que esta persona le entregue los métodos anticonceptivos en su casa?

[]
665

1. Preferiría conseguir en el puesto de salud []

2. Casa de la distribuidora []

3. Casa del Promotor de Salud []

4. Entrega al domicilio por la distribuidora []

8. No tiene preferencia []

9. No sabe []

PASE A LA PREGUNTA 603

602. ¿Por qué no haría uso de los servicios de esta persona?

[][]
666-667

603. ¿Usted cree que el Gobierno debe ofrecer servicios de Planificación Familiar (métodos anticonceptivos para evitar hijos) en los Centros y Puestos de Salud?

[]
668

1. Sí [] 2. No [] 3. No sabe

PASE A LA PAGINA 16

SI LA ENTREVISTADA TIENE HIJOS, CONTINUE CON LA PREGUNTA 700.

SI NO TIENE HIJOS, PASE A LA PREGUNTA 706.

700. Señora, ¿ya tiene todos los hijos que desea? []
669

- 1. Sí → CONTINUE CON LA PREGUNTA 701
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 706
- 3. No sabe → PASE A LA PREGUNTA 706

701. ¿Por qué no desea más hijos? [][]
670-671

.....
.....
.....

702. ¿Estaría usted interesada en operarse para no tener más hijos? []
672

- 1. Sí → CONTINUE CON LA PREGUNTA 703
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 710

703. ¿Sabe usted dónde puede conseguir información relacionada con la operación o donde hacen las operaciones? []
673

- 1. Sí → CONTINUE CON LA PREGUNTA 704
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 900 EN PAGINA 17

704. ¿En qué lugar (nombre)? []
674

705. Señora, ¿ya tiene todos los hijos que desea, tiene interés en operarse y sabe dónde puede conseguir información relacionada con la operación? ¿Por qué no ha ido a operarse hasta ahora? [][]
675-676

.....
.....
.....

PASE A LA PREGUNTA 900 EN PAGINA 17

706. Cuando usted tenga todos los hijos que desea y esté segura que no quiere tener más, ¿estaría interesada en operarse para luego no tener más hijos? []
677

- 1. Sí → CONTINUE CON LA PREGUNTA 707
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 710
- 3. No sabe → CONTINUE CON LA PREGUNTA 708

707. ¿Preferiría la operación en el momento del último parto deseado o en algún momento después? []
678

- 1. Ultimo parto 2. Después No sabe

708. ¿Sabe dónde puede conseguir información relacionada con la operación o dónde hacen las operaciones? []
679

- 1. Sí → CONTINUE CON LA PREGUNTA 709
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 900 EN PAGINA 17

709. ¿En qué lugar (nombre)? []
680

PASE A LA PREGUNTA 900 EN PAGINA 17

Salamanca Calificación: [][]
681-682

905. ¿Cuándo fue la última vez que oyó (escuchó) un anuncio de Planificación Familiar? []
695
- | | |
|--|--|
| 1. Hoy [] | 4. Hace 8 días a un mes [] |
| 2. Ayer [] | 5. Hace más de un mes [] |
| 3. Hace 2 a 7 días (en esta semana) [] | 9. No recuerda, no sabe [] |

906. ¿Tiene usted televisión? []
696
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Sí [] | |
| 2. Sí, pero no puede verla [] | |
| 3. No, pero puede ver la de otra persona [] | |
| 4. No tiene y no puede verla [] | → PASE A LA PREGUNTA 909 |

907. ¿A qué hora del día ve más la televisión?
(OBTENGA LA HORA ESPECIFICA) [] []
697-698

.....

99 - No sabe

908. ¿Ha visto usted por televisión (alguna vez) algún anuncio de Planificación Familiar? []
699
1. Sí [] 2. No [] 9. No recuerda []

909. ¿Ha visto usted alguna vez?:

(CANALES COLECTIVOS)

	Sí	No	NS	
a. ¿Algún anuncio de P. F. en algún periódico?	1	2	9	[] 700
b. ¿Un anuncio de P. F. en un cine?	1	2	9	[] 701
c. ¿Algún rótulo (afiche) sobre Planificación Familiar?	1	2	9	[] 702
d. ¿Un folleto (librito) sobre la P. F.?	1	2	9	[] []
SI CONTESTA SI, PREGUNTE ¿Dónde?				703-704

(CANALES INTERPERSONALES)

e. ¿Ha hablado alguna vez con un médico, una enfermera o un trabajador(a) social o promotor de salud, sobre la P. F.?	1	2	9	[] 705
f. ¿Ha recibido usted alguna vez una visita en su casa de un trabajador(a) de la P. F.?	1	2	9	[] 706
g. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o charla pública sobre la P. F.? (donde se haya hablado de P. F.).	1	2	9	[] 707

FIN DE ENTREVISTA

Codificación solamente: [] [] []
708-709