



# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 2002



## CUESTIONARIO DEL HOGAR



### IDENTIFICACION CARTOGRAFICA

Región	Depto.	Mpio.	Sección	Sector			

### IDENTIFICACION PARA DIGITACION

Paquete	Hogar		Cuestionario								

  

Latitud								Longitud							Altitud				
---------	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--

JEFE DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

<b>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</b>				<b>UBICACION GEOGRAFICA:</b>					
1. URBANO    2. RURAL <input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>				1. DEPARTAMENTO: .....					
DIRECCION: .....				2. MUNICIPIO: .....					
.....				3. ALDEA/CASERIO/CANTON/FINCA: .....					
.....				.....					
<b>RESULTADOS DE LAS VISITAS</b>		1ra.	2da.	<b>*CODIGOS DE RESULTADO</b>					
FECHA Y HORA				01- COMPLETA					
ENCUESTADORA				02- NO ADULTOS PRESENTES					
RESULTADO*				03- AUSENTE (NADIE EN CASA POR MUCHO TIEMPO)					
PROXIMA VISITA				04- POSPUESTA					
FECHA				05- RECHAZO					
HORA				06- VIVIENDA VACANTE O LA DIRECCION NO ES VIVIENDA					
DIA				07- VIVIENDA DESTRUIDA					
MES				08- VIVIENDA NO ENCONTRADA					
AÑO				96- OTRO _____					
VISITA				(ESPECIFIQUE)					
FINAL				Nº DE MIEMBROS DEL HOGAR					
ENCUESTADORA				Nº TOTAL DE MUJERES ELEGIBLES					
RESULTADO DE LA ENTREVISTA*				Nº DE LINEA DE PERSONA QUE RESPONDE CUESTIONARIO DE HOGAR					
IDIOMA DE LA ENTREVISTA				HORA INICIAL					
IDIOMA DEL CUESTIONARIO				HORAS    MINUTOS					
USO TRADUCTOR				HORA FINAL					
1=SI 2=NO									
0    1		IDIOMA MATERNO							
01 ESPAÑOL		03 Q'EQCHI'		05 MAM		07 TZU'UTUJIL		09 CHORTI	
02 KAQCHIKEL		04 K'ICHE'		06 POQOMCHI'		08 KANJOBAL		10 POCOMAM	
								96 OTRO _____	
								(ESPECIFIQUE)	
<p>Mi Nombre es: _____, Estamos realizando la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Esta encuesta es acerca de la vida y salud familiar, y estamos entrevistando a mujeres en todo el país, me gustaría conversar con usted y hacerle algunas preguntas.</p> <p>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 esta investigación. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.</p>									
<b>CONTROL DE OFICINA</b>		SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:		EDITADO EN EL CAMPO POR:		EDITADO EN LA OFICINA POR:		DIGITADO POR:	
NOMBRE									
FECHA									
CODIGO									

ESPAÑOL

Ahora nos gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar.

No. DE LINEA	RESIDENTES DEL HOGAR	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR*	SEXO	EDAD	EDUCACION PARA PERSONAS MAYORES DE 6 AÑOS	EDUCACION PARA PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS					MAYORES DE 10 AÑOS, MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 49 AÑOS	ELEGIBILIDAD
						SI ASISTIO A LA ESCUELA						
Dígame por favor los nombres de las personas que habitualmente viven en su hogar, comenzando por el jefe del hogar. INSTRUCCION: LLENAR ESTA COLUMNA COMPLETA ANTES DE PASAR A LA PREGUNTA (03)		¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe de hogar?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  INSTRUCCION MENORES DE 1 AÑO=00 NO SABE=98	¿Ha asistido alguna vez (NOMBRE) a la escuela?	¿Cuál es el último año de estudios que ganó (NOMBRE)**?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando comenzó el 1er. Grado de primaria?	¿Está (NOMBRE) todavía en la escuela?	ESTA EN LA ESCUELA	YA NO ESTA EN LA ESCUELA	PARA TODA MUJER DE 10 A 14 AÑOS CUMPLIDOS O MAYOR DE 49 AÑOS HASTA 55 AÑOS  Aunque no sucede con frecuencia, pero ¿Está (NOMBRE) actualmente embarazada o ha tenido (NOMBRE) algún embarazo?	CIRCULE EL NUMERO DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
						NO SABE=98	NO SABE=98	¿El lugar donde estudia (NOMBRE) es público o privado?	¿Por qué razón dejó de estudiar***?			
(01)	(02)	(03) PARENTESCO	(04) H M	(05) AÑOS	(06) SI NO N/S	(07) NIVEL GRADO	(08) AÑOS	(09) SI NO N/S	(10) PU. PR. N/S	(11) CODIGO	(12) SI NO NO SABE	(13)
01		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	01
02		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	02
03		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	03
04		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	04
05		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	05
06		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	06
07		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	07
08		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	08
09		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	09
10		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	10



CONTINUACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR

(01)	(02)	(03) PARENTESCO	(04) H M	(05) AÑOS	(06) SI NO N/S	(07) NIVEL GRADO	(08) AÑOS	(09) SI NO N/S	(10) PU. PR. N/S	(11) CODIGO	(12) SI NO NO SABE	(13)
11		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	11
12		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	12
13		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	13
14		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	14
15		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	15
16		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	16
17		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	17

**MARQUE AQUI SI CONTINUA EN OTRA HOJA**

Sólo para estar segura que tengo una lista completa:

¿Hay otras personas como niñ@s o recién nacid@s que tal vez no hemos listado?

SI

→ ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

NO

¿Hay otras personas que no son familiares, como emplead@s doméstic@s que viven habitualmente aquí, que no hemos anotado?

SI

→ ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

NO

**CODIGOS PARA LA PREGUNTA 03**

**PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR:**

- 01 = JEFE DEL HOGAR
- 02 = ESPOSA / ESPOSO
- 03 = HIJ@
- 04 = YERNO/NUERA
- 05 = NIET@
- 06 = PADRE/MADRE
- 07 = SUEGR@
- 08 = HERMAN@
- 09 = OTRO FAMILIAR
- 10 = HIJ@ ADOPTAD@ O DE CRIANZA
- 11 = EMPLEADA DOMESTICA
- 12 = NO HAY PARENTESCO
- 98 = NO SABE

**\*\* CODIGOS PARA LA PREGUNTA 07**

**ULTIMO AÑO QUE GANO:**

**NIVEL EDUCATIVO**

- 0 = NINGUN
- 1 = PRIMARIA
- 2 = SECUNDARIA
- 3 = SUPERIOR/UNIVERSITARIA
- 4 = ALFABETIZACION
- 9 = NO SABE

**GRADO:**

- 0
- 0,1, 2, 3, 4, 5, 6
- 0,1, 2, 3, 4, 5, 6
- 0,1, 2, 3, 4, 5
- 0
- 8

- = MENOS DE UN AÑO DE EDUCACION APROBADO
- = GRADOS PARA NIVEL PRIMARIA
- = GRADOS PARA NIVEL SECUNDARIA
- = GRADOS PARA NIVEL SUPERIOR
- = ALFABETIZACION
- = NO SABE

**\*\*\* CODIGOS PARA LA PREGUNTA 11**

**RAZON DE ABANDONO DE ESCUELA**

- 01 QUEDO EMBARAZADA/EMBARAZO A MUJER
- 02 SE CASO/UNIO
- 03 CAMBIO DE RESIDENCIA
- 04 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA
- 05 NO PUDO PAGAR LA CUOTA
- 06 NECESITABA GANAR DINERO
- 07 SE GRADUO-SUFICIENTE ESCOLARIDAD
- 08 MALAS CALIFICACIONES
- 09 NO LEGUSTABA LA ESCUELA
- 10 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS
- 11 POR ENFERMEDAD/RAZON MEDICA
- 12 NO HABIA GRADO
- 13 NO HABIA TRANSPORTE
- 14 LIMITACIONES ECONOMICAS
- 96 OTRA RAZON
- 98 NO SABE



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA CASA DE HABITACION																																				
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																	
14	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber que utilizan los miembros del hogar?	RED PUBLICA ACUEDUCTO ----- 11 CHORRO PUBLICO ----- 12 OTRA FUENTE POR TUBERIA ----- 21 PILA PUBLICA/TANQUE PUBLICO ----- 22 POZO MECANICO/MANUAL (BROCAL) ----- 23 RIO/ACEQUIA/MANANTIAL ----- 31 AGUA DE LLUVIA ----- 41 CAMION O TANQUE AGUATERO ----- 51 AGUA EMBOTELLADA ----- 61 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 16        → 16    → 16																																	
15	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger el agua y volver? (A PIE)	MINUTOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL SITIO ----- 9 9 6																																		
16	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su casa?	INODORO CONECTADO AL ALCANTARILLADO PRIVADO ----- 11 COMPARTIDO ----- 12 INODORO CONECTADO A FOSA SEPTICA ----- 21 LETRINA, POZO CIEGO, ESCUSADO ----- 22 NO TIENE SANITARIO ----- 31 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																		
17	¿Tiene en su casa:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Luz eléctrica? A) LUZ ELECTRICA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Energía Solar? B) ENERGIA SOLAR -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radio? C) RADIO -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Televisor? D) TELEVISOR -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono? E) TELEFONO -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Refrigeradora? F) REFRIGERADORA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lavadora? G) LAVADORA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Secadora de ropa? H) SECADORA DE ROPA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Horno de Micro Ondas? I) HORNO DE MICRO ONDAS -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Computadora? J) COMPUTADORA -----</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Luz eléctrica? A) LUZ ELECTRICA -----	1	2	Energía Solar? B) ENERGIA SOLAR -----	1	2	Radio? C) RADIO -----	1	2	Televisor? D) TELEVISOR -----	1	2	Teléfono? E) TELEFONO -----	1	2	Refrigeradora? F) REFRIGERADORA -----	1	2	Lavadora? G) LAVADORA -----	1	2	Secadora de ropa? H) SECADORA DE ROPA -----	1	2	Horno de Micro Ondas? I) HORNO DE MICRO ONDAS -----	1	2	Computadora? J) COMPUTADORA -----	1	2	
	SI	NO																																		
Luz eléctrica? A) LUZ ELECTRICA -----	1	2																																		
Energía Solar? B) ENERGIA SOLAR -----	1	2																																		
Radio? C) RADIO -----	1	2																																		
Televisor? D) TELEVISOR -----	1	2																																		
Teléfono? E) TELEFONO -----	1	2																																		
Refrigeradora? F) REFRIGERADORA -----	1	2																																		
Lavadora? G) LAVADORA -----	1	2																																		
Secadora de ropa? H) SECADORA DE ROPA -----	1	2																																		
Horno de Micro Ondas? I) HORNO DE MICRO ONDAS -----	1	2																																		
Computadora? J) COMPUTADORA -----	1	2																																		
18	¿Cuántos cuartos (habitaciones) usan en su casa para dormir?	NUMERO DE HABITACIONES ----- <input type="text"/> <input type="text"/>																																		
19V	<b>MATERIAL PRINCIPAL DEL PISO</b> SOLO POR OBSERVACIÓN	PISO NATURAL (TIERRA/ARENA) ----- 11 LADRILLO DE BARRO O TIERRA ----- 13 PISO RUSTICO (TABLAS DE MADERA) ----- 21 MADERA LUSTRADA ----- 31 LADRILLO DE CEMENTO (MOSAICO) ----- 32 CERAMICA ----- 33 TORTA DE CEMENTO ----- 34 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																		
20V	<b>MATERIAL PRINCIPAL DEL TECHO</b> SOLO POR OBSERVACION	PAJA/PAJON/PALMA ----- 01 TEJA ----- 02 LAMINA DE ZINC/METALICA ----- 03 LAMINA DE ASBESTO (DURALITA) ----- 04 LOZA/TERRAZA ----- 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																		



PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA CASA DE HABITACION			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
21V	MATERIAL PRINCIPAL DE LAS PAREDES  SOLO POR OBSERVACION  (CONSIDERE COMO MATERIAL DE DESECHO: CARTON, PLASTICO, NYLON, ALUMINIO)	BAJAREQUE ----- 01 ADOBE ----- 02 BLOCK ----- 03 LAMINA ----- 04 MADERA ----- 05 LADRILLO DE BARRO ----- 06 MATERIAL DE DESECHO ----- 07 OTRO _____ 96  (ESPECIFIQUE)	
22	¿La casa donde actualmente viven es propia, alquilada o prestada?	PROPIA ----- 01 ALQUILADA ----- 02 PRESTADA ----- 03 OTRA _____ 96  (ESPECIFIQUE)	
23	¿Algún miembro de los que viven en su casa tiene y utiliza para su transporte  Bicicleta? Motocicleta? Carro? (Automóvil) Tractor?  Alguna bestia o un caballo o mula?	SI NO A) BICICLETA ----- 1 2 B) MOTOCICLETA ----- 1 2 C) CARRO ----- 1 2 D) TRACTOR ----- 1 2 E) BESTIA, CABALLO, MULA ----- 1 2	
24	¿Qué tipos de combustible utilizan para cocinar los alimentos en el hogar?  INDAGUE  ¿Algún otro tipo de combustible?	GAS PROPANO ----- A GAS CORRIENTE (KEROSSENE) ----- B ELECTRICIDAD----- C LEÑA ----- D CARBON DE LEÑA ----- E RESIDUOS AGRICOLAS ----- F ESTIERCOL DE ANIMALES ----- G OTRO _____ X  (ESPECIFIQUE)	→ 27 → 27 → 27
25	REVISE 24 SI MENCIONA: D, E, F Ó G.  ¿Con qué frecuencia utilizan en el hogar (NOMBRE DE COMBUSTIBLE) para cocinar?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  _____  ESCRIBA EN EL RECUADRO EL CODIGO DEL COMBUSTIBLE MAS UTILIZADO EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	DIARIO ----- 1 1 O 2 VECES A LA SEMANA ----- 2 1 O 2 VECES AL MES ----- 3 CASI NUNCA ----- 4 OTRO _____ 6  (ESPECIFIQUE)	
26	¿Tiene chimenea en el lugar donde regularmente cocinan sus alimentos?	SI----- 1 NO----- 2	
27	¿Tiene en su hogar un lugar (cuarto, ambiente) que utilicen únicamente para cocinar?	SI----- 1 NO----- 2	
28	¿Qué hace usted con la basura que se produce (sale) de su casa?, ¿Cómo se deshace de la basura?	LA RECOGEN REGULARMENTE (SERVICIO MUNICIPAL) -- 01 LA RECOGEN REGULARMENTE (SERVICIO PRIVADO) ---- 02 LA TIRAN EN EL TERRENO/LA MILPA ----- 03 LA TIRAN EN LA CALLE ----- 04 LA ENTIERRAN ----- 05 NO TIENEN COMO DESHACERSE DE LA BASURA ----- 06 OTRO _____ 96  (ESPECIFIQUE) NO SABE----- 98	

## SELECCION DE LA MUJER A ENTREVISTAR

SI NO HAY MUJERES (ELEGIBLES) DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, ANOTE "0" EN EL TOTAL Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA.  
 SI HAY MUJERES ELEGIBLES, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

Número de Orden	No. de línea en columna 13 del cuestionario del hogar	NOMBRE DE LA MUJER DE 15 A 49 AÑOS (En el renglón 1 debe anotarse a la mujer de mayor edad)	EDAD (Años cumplidos)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

En el hogar viven en total <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Mujeres de 15 a 49 años de edad	SI ES "0" ANOTE LO EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE EN LA PRIMERA PAGINA DE ESTE CUESTIONARIO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
---	---

CUADRO PARA SELECCION DE LA MUJER DE 15-49 AÑOS A ENTREVISTAR								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DE CUESTIONARIO	NUMERO TOTAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA \_\_\_\_\_

No. DE LINEA, DE LA PERSONA SELECCIONADA, EN EL LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR





# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 2002



## CUESTIONARIO INDIVIDUAL

(MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD)



### IDENTIFICACION CARTOGRAFICA

### IDENTIFICACION PARA DIGITACION

--	--	--	--	--

Región Depto. Mpio. Sección Sector

--	--	--	--	--

Paquete Hogar Persona

NOMBRE DE LA PERSONA: \_\_\_\_\_

<b>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</b>		<b>UBICACION GEOGRAFICA:</b>	
1. URBANO	2. RURAL	1. DEPARTAMENTO: .....	
DIRECCION: .....		2. MUNICIPIO: .....	
.....		3. ALDEA/CASERIO/CANTON/FINCA: .....	
.....		.....	

<b>RESULTADOS DE LAS VISITAS</b>		1ra.	2da.	3ra.	<b>*CODIGOS DE RESULTADO</b>				
FECHA Y HORA					01- COMPLETA				
ENCUESTADORA					02- AUSENTE (NO ESTA EN CASA)				
RESULTADO*					03- POSPUESTA				
PROXIMA VISITA	FECHA				04- RECHAZO				
	HORA				05- PARCIALMENTE COMPLETA				
<b>VISITA</b>		DIA		MES		AÑO		06- PERSONA INCAPACITADA	
FINAL				2	0	0	2	96- OTRO _____	
ENCUESTADORA		CODIGO		NOMBRE				(ESPECIFIQUE)	
RESULTADO DE ENTREVISTA *				Nº DE VISITAS				IDIOMA DE LA ENTREVISTA	
USO TRADUCTOR								IDIOMA MATERNO	
SI=1 NO=2								IDIOMA DEL CUESTIONARIO	
								0	1

- |              |             |              |               |               |
|--------------|-------------|--------------|---------------|---------------|
| 01 ESPAÑOL   | 03 Q'EQCHI' | 05 MAM       | 07 TZU'UTUJIL | 09 CHORTI     |
| 02 KAQCHIKEL | 04 K'ICHE'  | 06 POQOMCHI' | 08 KANJOBAL   | 10 POCOMAM    |
|              |             |              |               | 96 OTRO _____ |
- (ESPECIFIQUE)

Estamos realizando la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 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 esta investigación a nivel nacional.

Está usted de acuerdo en ser entrevistada? SI  NO  FIRMA DE ENCUESTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

SI LA PERSONA NO ESTA DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CODIGO 04 (RECHAZO) EN EL RESULTADO.

<b>CONTROL DE OFICINA</b>	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN EL CAMPO POR:	EDITADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE				
FECHA				
CODIGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESPAÑOL

## TABLA DE CONVERSIÓN EDAD - FECHA DE NACIMIENTO PARA LA ENSMI 2002

PARA VERIFICAR CUANDO LA PERSONA ENTREVISTADA LE INFORMA TANTO SOBRE LA  
FECHA DE NACIMIENTO COMO SOBRE LA EDAD ACTUAL

AÑO DE NACIMIENTO		
EDAD ACTUAL	NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2002	HA CUMPLIDO AÑOS EN 2002
0	2001	-----
1	2000	2001
2	1999	2000
3	1998	1999
4	1997	1998
5	1996	1997
6	1995	1996
7	1994	1995
8	1993	1994
9	1992	1993
10	1991	1992
11	1990	1991
12	1989	1990
13	1988	1989
14	1987	1988
15	1986	1987
16	1985	1986
17	1984	1985
18	1983	1984
19	1982	1983
20	1981	1982
21	1980	1981
22	1979	1980
23	1978	1979
24	1977	1978
25	1976	1977
26	1975	1976
27	1974	1975
28	1973	1974
29	1972	1973

AÑO DE NACIMIENTO		
EDAD ACTUAL	NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2002	HA CUMPLIDO AÑOS EN 2002
30	1971	1972
31	1970	1971
32	1969	1970
33	1968	1969
34	1967	1968
35	1966	1967
36	1965	1966
37	1964	1965
38	1963	1964
39	1962	1963
40	1961	1962
41	1960	1961
42	1959	1960
43	1958	1959
44	1957	1958
45	1956	1957
46	1955	1956
47	1954	1955
48	1953	1954
49	1952	1953
50	1951	1952
51	1950	1951
52	1949	1950
53	1948	1949
54	1947	1948
55	1946	1947
56	1945	1946
57	1944	1945
58	1943	1944
59	1942	1943



SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA															
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A												
100V	ESCRIBA LA HORA DE INICIO	HORAS ----- MINUTOS -----	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
101Y	<i>Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar</i>														
102	¿Por favor dígame en que mes y año nació usted?	MES ----- NO SABE MES ----- AÑO ----- NO SABE AÑO -----	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>9</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>			9	8	1	9			9	9	9	8
9	8														
1	9														
9	9														
9	8														
103	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS -----	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>												
104F	COMPARE 102 Y 103 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN. SI COINCIDE <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> NO COINCIDE <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>			1	2										
1															
2															
105F	REVISE 102 Y 103 18 AÑOS CUMPLIDOS O MAS <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> MENOR DE 18 AÑOS → 108			1	2										
1															
2															
106	¿Tiene usted, Cédula de Vecindad?	SI ----- NO -----	1 → 108 2												
107	¿Por qué razón no tiene Cédula de Vecindad?	NO LA HA SOLICITADO ----- SE LA ROBARON ----- LA PERDIO ----- SE DETERIORO /DESTRUIDA ----- NO LE INTERESA ----- OTRA RAZON ----- (ESPECIFIQUE) NO SABE -----	01 02 03 04 06 96 98												
108	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI ----- NO -----	1 2 → 115												
109	¿Cuál es el último año de estudios que usted ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- PRIMARIA ----- SECUNDARIA ----- SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- ALFABETIZACION -----	0 1 2 3 4 0												
110	¿Estudia usted actualmente?	SI ----- NO -----	1 → 114 2												
111	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de ir a estudiar?	EDAD A LA QUE DEJO DE ESTUDIAR ----- NO SABE -----	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>			9	8								
9	8														

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la cual usted dejó de asistir?	SE EMBARAZO ----- 01 SE CASO/UNIO ----- 02 CAMBIO DE RESIDENCIA ----- 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA ----- 04 NO PUDO PAGAR LA CUOTA ----- 05 NECESITABA GANAR DINERO ----- 06 SE GRADUO/SUFICIENTE ESCOLARIDAD ----- 07 MALAS CALIFICACIONES ----- 08 NO LE GUSTABA LA ESCUELA ----- 09 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS ----- 10 POR ENFERMEDAD O RAZON MEDICA ----- 11 NO HABIA GRADO ----- 12 NO HABIA TRANSPORTE ----- 13 LIMITACIONES ECONOMICAS ----- 14 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
<b>113P</b>	<b>PASE A 115</b>		
114	¿Está repitiendo usted el grado este año?	SI ----- 1 NO ----- 2	
115	¿Ha asistido en los últimos 5 años o asiste actualmente a una escuela/centro de enseñanza técnica para recibir cursos de capacitación? (IFES, INTECAP, IGLESIAS, OTRAS ORGANIZACIONES, ETC.)	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 117F
116	¿Qué cursos ha recibido en los últimos cinco años o recibe actualmente?  SONDEE: ¿Ha recibido algún otro curso?  CIRCULE TODOS LOS CURSOS MENCIONADOS  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  _____  _____	COMPUTACION ----- A REPOSTERIA ----- B CORTE Y CONFECCION ----- C FLORISTERIA ----- D BORDADOS ----- E CULTORA DE BELLEZA ----- F CERAMICA ----- G AUXILIAR DE ENFERMERIA ----- H COCINA ----- I MECANOGRAFIA ----- J PINTURA ----- K OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
<b>117F</b>	<b>REVISE 108 Y109</b> <b>ALFABETIZACION</b> <b>ESCUELA PRIMARIA O MENOS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <b>O NO ASISTIO A LA ESCUELA</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> <b>SECUNDARIA O SUPERIOR</b> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 119</div>		
118	¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o le resulta imposible?	FACILMENTE ----- 1 CON DIFICULTAD ----- 2 IMPOSIBLE ----- 3	→ 120
119	¿Lee usted un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SI ----- 1 NO ----- 2	
120	¿Escucha radio todos los días?	SI ----- 1 NO ----- 2	
121	¿Mira televisión al menos una vez a la semana?	SI ----- 1 NO ----- 2	

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
122	¿Qué religión profesa usted?	CATOLICA ----- 1 EVANGELICA ----- 2 PROTESTANTE ----- 3 COSTUMBRISTA (MAYA) ----- 4 NINGUNA ----- 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	→ 124V
123	¿Cada cuánto asiste usted a la iglesia o a reuniones religiosas?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	DIARIAMENTE ----- 1 2 A 4 VECES POR SEMANA ----- 2 UNA VEZ A LA SEMANA ----- 3 2 A 3 VECES AL MES ----- 4 UNA VEZ AL MES ----- 5 UNA VEZ AL AÑO ----- 6 NUNCA ----- 7	
124V	<b>GRUPO ETNICO</b> <b>(OBSERVACION DE LA ENTREVISTADORA)</b>	INDIGENA ----- 1 LADINO ----- 2 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
125	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos?  INDAGUE: ¿Qué idioma hablan sobre todo en las horas de comida?	ESPAÑOL ----- 01 KAQCHIQUEL ----- 02 Q'EQCHI ----- 03 K'ICHE ----- 04 MAM ----- 05 POQOMCHI' ----- 06 TZU'UTUJIL ----- 07 KANJOBAL ----- 08 CHORTI ----- 09 POCOMAM ----- 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 128
126	¿Usted puede entender el español?	SI ----- 1 NO ----- 2	
127	¿Usted puede hablar el español?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 200Y → 200Y
128	¿Además del español, alguien de este hogar habla algún idioma Maya?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 200Y
129	¿Qué idioma es?	ESPAÑOL ----- 01 KAQCHIQUEL ----- 02 Q'EQCHI ----- 03 K'ICHE ----- 04 MAM ----- 05 POQOMCHI' ----- 06 TZU'UTUJIL ----- 07 KANJOBAL ----- 08 CHORTI ----- 09 POCOMAM ----- 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. NUPCIALIDAD			
No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>200Y</b>	<b>Ahora quiero que hablemos sobre otro tema importante, es acerca de su estado civil.</b>		
201	¿Está usted casada o unida ahora?	CASADA ----- 1 UNIDA ----- 2 NO ESTA EN UNION ----- 3	→ 206 → 206
202	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre?	SI, ANTERIORMENTE CASADA ----- 1 SI, ANTERIORMENTE EN UNION ----- 2 NO ----- 3	→ 205 → 205
<b>203C</b>	<b>MARQUE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES HASTA ENERO DE 1997.</b>		
<b>204P</b>	<b>PASE A 300Y</b>		
205	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?	VIUDA ----- 1 DIVORCIADA ----- 2 SEPARADA ----- 3	→ 207 → 207 → 207
206	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA ----- 1 VIVE EN OTRA PARTE ----- 2 ESPOSO DESAPARECIDO ----- 3	
207	¿Con cuántos diferentes hombres ha estado usted casada o unida?	NUMERO DE HOMBRES ----- <input type="text"/>	
208	REVISE 207 CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <input type="text"/> 1 CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <input type="text"/> 2 ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir usted con su <b>primer</b> esposo/compañero?	MES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
209	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
<b>210C</b>	<b>DETERMINE LOS MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 1997.</b> <b>MARQUE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1997</b> <b>PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS O QUE TENGAN MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA MUJER DEJO DE VIVIR EN UNION O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION POSTERIOR.</b>		

**SECCION 3A. REPRODUCCION**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>300Y</b>	<b>Ahora quisiera preguntarle acerca de tod@s l@s hijos e hijas nacid@s viv@s que usted ha dado a luz. Fijese que no me refiero a hijos o hijas criad@s o adoptad@s por usted</b>		
301	¿Ha tenido algún hijo o hija que ha nacido viv@?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 308
302	De los hijos e hijas que tuvo. ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo con usted?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 305
303	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO	HIJOS EN CASA ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
304	¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNA	HIJAS EN CASA ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
305	De los hijos que tuvo. ¿hay algún hijo o hija que ahora no esté viviendo con usted?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 308
306	¿Cuántos hijos (varones) no viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO	HIJOS FUERA ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
307	¿Cuántas hijas (mujeres) no viven con usted? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO	HIJAS FUERA ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	¿Dio alguna vez a luz un niño o niña que nació vivo pero que falleció después? SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE: ¿Tuvo algún hijo o hija que lloró o dio alguna señal de vida, pero que sólo sobrevivió por algunas horas o días?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 311F
309	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNO	HIJOS MUERTOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? ESCRIBA "00" SI LA RESPUESTA ES NINGUNA	HIJAS MUERTAS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>311F</b>	<b>SI NUNCA HA DADO A LUZ ("NO" EN 301 Y 308), ESCRIBA "00" SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 303, 304, 306, 307, 309 Y 310. ESCRIBA EL TOTAL EN LOS RECUADROS ESCRIBA "00" SI LA SUMA ES CERO</b>	TOTAL ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>312F</b>	<b>REVISE 311F</b> Sólo para estar segura de que tengo la información correcta: Usted tuvo en TOTAL _____ nacid@s durante toda su vida.		
	¿Está correcto? SI <input type="text"/> 1	NO <input type="text"/> 2	DE SER NECESARIO INDAGUE Y CORRIJA DE 303 A 311F
<b>313F</b>	<b>REVISE 311F</b> UN@ O MAS NACID@s VIV@s <input type="text"/> 1		
		<input type="text"/> 2	NINGUN NACID@ VIV@
			336
313A	¿Tod@s l@s hij@s que usted ha tenido son del mismo papá?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 314F
313B	¿Con cuántos hombres ha tenido sus hij@s?	NUMERO DE HOMBRES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	

**SECCION 3B. HISTORIA DE NACIMIENTOS. PARTE I**

314F	ESCRIBA EN 315 LOS NOMBRES DE TOD@S L@S NACID@S VIV@S Y PROSIGA HASTA LA 324 SEGUN CORRESPONDA. EMPIECE POR EL O LA MENOR O MAS PEQUEÑ@ EN LA FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR)								
314Y	Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos e hijas nacid@s viv@s que usted ha tenido, estén viv@s o muert@s. Empecemos por el/la ultim@ (el/la menor) que tuvo.								
315	316	317	318	319	320	321	322	323	324
¿Cuál es el nombre de su (últim@, penúltim@, etc.) hij@?	(NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(NOMBRE) ¿Está viv@?	SI ESTA VIV@,  ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	SI ESTA VIV@  ¿(NOMBRE) vive con usted?	¿Vive el padre de (NOMBRE) con usted?	SI FALLECIO  ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ESCRIBA LO SIGUIENTE:*	DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJ@ ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MÁS?	¿Hubo otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
01 ÚLTIMO	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (SIGUIENTE NAC.)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3		
02 PENULTIMO	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
03 ANTEPENULTIMO	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
04	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
05	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
06	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
07	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
08	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
09	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
10	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
11	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
12	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA [ ][ ] MES [ ][ ] AÑO [ ][ ][ ][ ]	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	[ ][ ] EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2

**SI ES SOLO UN NIÑ@ VIV@, PASE A PREGUNTA 325F**  
 \*EN "DÍAS" SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; -EN "MESES" SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS; -EN "AÑOS" SI ES DE 2 O MAS AÑOS. SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES

**SECCION 3B. HISTORIA DE NACIMIENTOS. PARTE I**

315	316	317	318	319	320	321	322	323	324
¿Cuál es el nombre de su (último, penúltim@, etc.) hij@?	(NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	(NOMBRE) ¿Está viv@?	SI ESTA VIV@,  ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	SI ESTA VIV@  ¿(NOMBRE) vive con usted?	¿Vive el padre de (NOMBRE) con usted?	SI FALLECIO  ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ESCRIBA LO SIGUIENTE:*	DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJ@ ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MÁS?	¿Hubo otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)
13	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	<input type="text"/> EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
14	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	<input type="text"/> EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
15	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	<input type="text"/> EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
16	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	<input type="text"/> EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2
17	HOMBRE-1 MUJER--2	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	SI --- 1 NO --- 2 (PASE A 322)	<input type="text"/> EDAD	SI ---- 1 NO ---- 2	SI ---- 1 NO ---- 2 (PASE A 323)	DIAS --1 MESES -2 AÑOS --3	SI----- 1 NO----- 2 (SIGUIENTE NAC)	SI--- 1 NO--- 2

**SI ES SOLO UN NIÑ@ VIV@, PASE A PREGUNTA 325F**

\*EN "DIAS" SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; -EN "MESES" SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS; -EN "AÑOS". SI ES DE 2 O MAS AÑOS SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES

<b>325F</b>	<p>COMPARE EL NUMERO DE NACID@S VIV@S REGISTRAD@S EN 315 CON EL NUMERO REGISTRADO EN 311F INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS</p> <p>A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:</p> <p>A) PARA CADA HIJ@ NACID@ VIV@: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 317) → <input type="text"/></p> <p>B) PARA CADA HIJ@ VIV@: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 319) → <input type="text"/></p> <p>C) PARA CADA HIJ@ FALLECID@: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 322) → <input type="text"/></p> <p>D) PARA HIJ@S FALLECID@S ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 322): → <input type="text"/></p> <p>SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES</p>
<b>326F</b>	<p>REVISE 317 Y ESCRIBA EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 1997</p> <p>SI NO HUBO NACIMIENTOS, REGISTRE "0" <input type="text"/></p>
<b>327C</b>	<p>PARA CADA NACID@ VIV@ DESDE ENERO DE 1997, ESCRIBA UNA "N" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ESCRIBA UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "N", REGRESE Y CONTINUE CON 328F</p>
<b>328F</b>	<p>REVISE 319, 320 Y 321</p> <p>MUJER CON HIJ@S VIV@S MENORES DE 18 AÑOS Y EL PADRE NO VIVE CON ELLA <input type="text"/></p> <p>MUJER SIN HIJ@S VIV@S MENORES DE 18 AÑOS O EL PADRE DEL NIÑO VIVE CON ELLA <input type="text"/> → 336</p>





**SECCION 3C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																											
336	¿Está usted actualmente embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO ESTA SEGURA ----- 8	→ 360 → 360																											
337	¿Cuántos meses de embarazo tiene?  ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/>																												
<b>338C</b>	<b>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA *E* EN LA COLUMNA 1 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES DE EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 339</b>																													
339	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada <b>entonces</b> , quería esperar <b>hasta más tarde</b> , o <b>no quería</b> tener (más) hij@s?	ENTONCES ----- 1 MAS TARDE ----- 2 NO MAS HIJ@S ----- 3																												
340	¿Ha recibido la visita de algún médico privado, médico ambulatorio, guardián de salud, promotor de salud, comadrona u otra persona para ayudarle a controlar su embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 342																											
341	¿Quién la ha visitado?  SONDEE: ¿Alguien más la ha visitado?	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA ----- X  (ESPECIFIQUE)																												
342	¿Ha ido usted a algún lugar o con alguna persona a control de este embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 345																											
343	¿Por qué razón no ha ido a control prenatal?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____	EL ESTABLECIMIENTO ESTABA CERRADO ----- 01 NO HABIA PERSONAL QUE ATENDIERA ----- 02 NEGARON EL DERECHO A LA ATENCION ----- 03 HABIA QUE ESPERAR MUCHO ----- 04 NO TENIA SUFICIENTE DINERO PARA PAGAR ----- 05 DEMASIADO LEJOS EL ESTABLECIMIENTO ----- 06 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ----- 07 POR COSTUMBRE ----- 08 NO HA TENIDO PROBLEMAS/MOLESTIAS ----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98																												
<b>344P</b>	<b>PASE A 354</b>																													
345	¿Qué personas la han controlado durante este embarazo y cuántas veces ha ido?  SONDEE: ¿Alguien más?  SI ES MÁS DE UNA VEZ PREGUNTE:  ¿Cuántas veces ha ido con cada una?  CIRCULE TODAS LAS PERSONAS QUE LE HAN CONTROLADO INDICANDO EL NÚMERO DE VECES EN LOS RECUADROS	<table border="0"> <tr> <td>MEDICO ----- A</td> <td align="center" colspan="2"><u>N° VECES</u></td> </tr> <tr> <td>MEDICO AMBULATORIO ----- B</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ENFERMERA ----- C</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>COMADRONA CAT ----- D</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>COMADRONA EMPIRICA ----- E</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR DE SALUD ----- F</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>GUARDIAN DE SALUD ----- G</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CURANDERO ----- H</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTRA PERSONA ----- X</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> (ESPECIFIQUE)	MEDICO ----- A	<u>N° VECES</u>		MEDICO AMBULATORIO ----- B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ENFERMERA ----- C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COMADRONA CAT ----- D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COMADRONA EMPIRICA ----- E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROMOTOR DE SALUD ----- F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GUARDIAN DE SALUD ----- G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CURANDERO ----- H	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OTRA PERSONA ----- X	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MEDICO ----- A	<u>N° VECES</u>																													
MEDICO AMBULATORIO ----- B	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
ENFERMERA ----- C	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
COMADRONA CAT ----- D	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
COMADRONA EMPIRICA ----- E	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
PROMOTOR DE SALUD ----- F	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
GUARDIAN DE SALUD ----- G	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
CURANDERO ----- H	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
OTRA PERSONA ----- X	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
346	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue al primer control?  ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION ASI: 'SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS 'MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/>																												





**SECCION 3C. EMBARAZO ACTUAL**

No	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
359	¿Fué atendida en ese lugar?	SI ----- 1 NO ----- 2	
360	¿Ha tenido alguna vez un embarazo el cual terminó en un nacido muerto, en una pérdida o en un aborto?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 367
361	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos, o esa pérdida o aborto?  FECHA: _____	MES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
<b>362F</b>	<b>REVISE 361</b>	<p align="center"> <b>ULTIMO EMBARAZO TERMINO EN O</b> <input type="text"/> <b>1</b>  <b>DESPUES DE ENERO DE 1997</b> </p> <p align="center"> <b>ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES</b> <input type="text"/> <b>2</b>  <b>DE ENERO DE 1997</b> </p>	→ 367
363	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó?	MESES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
<b>364C</b>	<b>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DEL EMBARAZO. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 365</b>		
365	¿Ha tenido algún otro embarazo que terminó en un nacido muerto, en pérdida, o en un aborto?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 367
<b>366C</b>	<b>VAYA AL CALENDARIO Y PREGUNTE POR FECHA Y DURACION DE OTROS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN NACIDO MUERTO, PERDIDA O ABORTO. ESCRIBA UNA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES. LUEGO REGRESE Y CONTINUE CON 367</b>		
367	¿Qué edad tenía cuando le vino su regla por primera vez?	EDAD ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO ----- 9 7 NO RECUERDA ----- 9 8	→ 369
368	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?  INDAGUE: ¿La fecha de la última regla?  SI LE DAN LA FECHA ESCRIBALA Y LUEGO HAGA EL CALCULO DE DIAS, SEMANAS, MESES, ETC.  FECHA: _____	ESTA MENSTRUANDO ----- 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HACE DIAS ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES ----- 3 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE AÑOS ----- 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MENOPAUSIA ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
369	Entre una regla y otra, ¿Sabe usted si hay días en los cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 371 → 371
370	¿En cuáles días entre una regla y otra, cree usted que la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ----- 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA ----- 02 EN LA MITAD ENTRE UNA REGLA Y OTRA ----- 03 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA ----- 04 EN CUALQUIER MOMENTO ----- 05 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
371	En su opinión. ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 3	



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL

400F	REVISE 326F	UNO O MAS NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 1997 <input type="text" value="1"/>		NINGUN NACID@ VIV@ DESDE ENERO DE 1997 O SIN HIJ@S <input type="text" value="2"/>		800F
401F	ANOTE EN 402F EN CADA COLUMNA, EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1997. COMIENCE CON EL/LA ULTIM@ NACID@. SI HAY MAS NACID@S, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES ANOTE EN 403F SI EL NIÑ@ ESTA VIV@ O MUERT@					
402F	REVISE 315 PARA:	ULTIM@ NACID@ VIV@		PENULTIM@ NACID@ VIV@		ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
	NUMERO DE LINEA	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	NOMBRE	_____		_____		_____
403F	COPIE DE LA PREGUNTA 318	VIV@ <input type="text" value="1"/> MUERT@ <input type="text" value="2"/>		VIV@ <input type="text" value="1"/> MUERT@ <input type="text" value="2"/>		VIV@ <input type="text" value="1"/> MUERT@ <input type="text" value="2"/>
404Y	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacid@s viv@s que tuvo en los últimos cinco años.					
405	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada entonces, quería esperar hasta más tarde, o no quería tener (más) hij@s?	ENTONCES -----1 (PASE A 407) ←	ENTONCES -----1 (PASE A 407) ←	ENTONCES -----1 (PASE A 407) ←	MAS TARDE -----2 NO QUERIA -----3 (PASE A 407) ←	MAS TARDE -----2 NO QUERIA -----3 (PASE A 407) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	MESES ----- 1 <input type="text"/> AÑOS ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>
407	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), usted fue a control prenatal de su embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 414) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 415) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 415) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 415) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 415) ←
408	¿Cuántas visitas de control prenatal tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)?  (CONTROL PRENATAL = CONTROL DEL EMBARAZO = ATENCION PRENATAL)	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 8	NUMERO DE VISITAS ----- <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --- 9 8
409	¿A dónde fue a control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Fue a algún otro lugar? ¿Cuántas veces fue a cada uno? ¿Cuál fue el lugar más frecuentado?  ¿Qué lugar visito primero, segundo.....?  REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS 98 = NO RECUERDA NUMERO DE VECES  ANOTE EL CODIGO QUE CORRESPONDE AL LUGAR MAS FRECUENTADO →	N° VECES ORDEN HOSPITAL PUBLICO ----A CENTRO DE SALUD ----B PUESTO DE SALUD ----C IGSS -----D CENTRO COM. DE S. ---E CLINICA/HOSP. PRIV --F CONSULT/MED. PRIV --G APROFAM -----H CASA/COMADRONA ----I CASA/ENTREVISTADA ---J OTRO -----X (ESPECIFIQUE) LUGAR MAS FRECUENTADO-----				
410	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) por primera vez?  SELECCIONE EL CODIGO SEMANAS O MESES Y ANOTE EL NUMERO	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>	SEMANAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA - 9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>
411F	REVISE 408 NUMERO DE VECES QUE RECIBIO CONTROL PRENATAL	MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text" value="1"/>	UNA VEZ <input type="text" value="2"/>			
412	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) la última vez?  SELECCIONE EL CODIGO SEMANAS O MESES Y ANOTE EL NUMERO	SEMANAS -----1 <input type="text"/> MESES -----2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA --9 <input type="text"/> 8 <input type="text"/>				
413P	PASE A 415					
414	¿Por qué razón no vio a alguien para el control del embarazo de (NOMBRE)?	DISTANCIA AL LUGAR ----- 01 CONTROLES EN SU CASA ----- 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE ATENCION ES MALA ----- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 INSTITUCION ESTABA CERRADA -- 06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO --- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)				



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
415	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron alguna inyección en el brazo para que el niñ@ no sufriera tétanos (convulsiones después de nacido)?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 417) ← NO RECUERDA ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 419) ← NO RECUERDA ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 419) ← NO RECUERDA ----- 8
416	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo?	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
417	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), le dieron (o usted compró) pastillas prenatales (sulfato ferroso o hierro)?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 419) ← NO SABE ----- 8		
418	¿Cuántas pastillas prenatales (sulfato ferroso o hierro) tomó usted?	NUMERO DE PASTILLAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ----- 9 9 8		
419	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
420	¿Quién le atendió el parto de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguien más?  INDAGUE QUE PERSONAS FUERON Y MARQUE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE. SI MENCIONA COMADRONA, INDAGUE PARA DETERMINAR SI ES "ADIESTRADA" (CAT) O "EMPIRICA" (NO ADIESTRADA)	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H FAMILIAR/AMIGA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H FAMILIAR/AMIGA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H FAMILIAR/AMIGA ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z
421	Durante el parto de (NOMBRE) usted recuerda si tuvo lo siguiente:  ¿Contracciones o dolores de parto fuertes y regulares que duran 12 horas o más?	CONTRACCIONES MAS 12 HORAS --- 1 CONTRACCIONES MENOS 12 HORAS - 2		
422	¿Hemorragia vaginal más abundante de la normal que hay después del parto?	CON HEMORRAGIA ABUNDANTE ---- 1 SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE ---- 2		
423	¿Fiebre alta y secreción vaginal con mal olor?	CON FIEBRE Y SECRECION ----- 1 SIN FIEBRE Y SIN SECRECION --- 2		
424	¿Convulsiones/ataques que no hayan sido causados por fiebre?	CON CONVULSIONES ----- 1 SIN CONVULSIONES----- 2		
425F	REVISE 421 A 424	ALGUNA COMPLICACION EN EL PARTO  <input type="text"/> 1 ↓	NINGUNA COMPLICACION EN EL PARTO  <input type="text"/> 2 ↓ (PASE A 427)	
426	¿A dónde acudió usted para curarse de la/s complicaciones del parto?  INDAGUE: ¿A que lugar fue? ¿Algún otro lugar o persona?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL  _____  _____  _____	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- F CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO --- G MEDICO AMBULATORIO ----- H APROFAM ----- I FARMACIA ----- J CASA COMADRONA ----- K FAMILIAR/AMIGO ----- L OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NINGUN LUGAR/NO HIZO NADA ---- Z		



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
427	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre)	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2
428	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella <b>más grande</b> que el promedio (lo normal), <b>promedio</b> (lo normal), <b>más pequeño</b> que el promedio (lo normal), o <b>muy pequeño</b> ?	MUY GRANDE ----- 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO ----- 2 PROMEDIO ----- 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO ----- 4 MUY PEQUEÑO ----- 5 NO SABE ----- 8	MUY GRANDE ----- 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO ----- 2 PROMEDIO ----- 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO ----- 4 MUY PEQUEÑO ----- 5 NO SABE ----- 8	MUY GRANDE ----- 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO ----- 2 PROMEDIO ----- 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO ----- 4 MUY PEQUEÑO ----- 5 NO SABE ----- 8
429	¿Pesaron a (NOMBRE) cuando nació?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 431) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 434) ← NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 434) ← NO SABE ----- 8
430	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? COPIE EL PESO DEL CARNET DE SALUD SI LA MADRE SE LO PUEDE MOSTRAR	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 [ ][ ] [ ][ ] LBS S/N MADRE -- 2 [ ][ ] [ ][ ] NO SABE ----- 9 [ 9 ] [ 9 ] [ 9 ] [ 8 ]	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 [ ][ ] [ ][ ] LBS S/N MADRE -- 2 [ ][ ] [ ][ ] NO SABE ----- 9 [ 9 ] [ 9 ] [ 9 ] [ 8 ]	LIBRAS ONZAS LBS S/N CARNET - 1 [ ][ ] [ ][ ] LBS S/N MADRE -- 2 [ ][ ] [ ][ ] NO SABE ----- 9 [ 9 ] [ 9 ] [ 9 ] [ 8 ]
431	¿Cuándo nació (NOMBRE) le midieron el brazo?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8		
432	¿Le indicaron si (NOMBRE) tenía bajo peso al nacer?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 434) ←		
433	¿Refirieron a (NOMBRE) a algún lugar o centro de atención en salud?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 434) ←		
433A	¿A que lugar refirieron a (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD----- 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM----- 24 CASA DE COMADRONA ----- 41 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)		
434	¿Declaró el nacimiento de (NOMBRE) en el <b>Registro Civil</b> ?	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8
434F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 435)	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 435)	ESTA MUERT@ 1 ↓ ESTA VIV@ 2 ↓ (PASE A 435)
434A	¿Declaró el fallecimiento de (NOMBRE) en el <b>Registro Civil</b> ?	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8	SI -----1 NO -----2 NO SABE ----- 8
435	¿Llevó a (NOMBRE) a control del/la niñ@ san@?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 438) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 438) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 438) ←
436	¿Qué edad tenía (NOMBRE) en meses cuando lo llevó a control del/la niñ@ san@?	EDAD EN MESES ----- [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8	EDAD EN MESES ----- [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8	EDAD EN MESES ----- [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 8
437	¿Pesaron a (NOMBRE) como parte del control del/la niñ@ san@?	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2	SI ----- 1 NO ----- 2
438	¿Usted fue a control post natal después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 444) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 447) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 447) ←
439	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) fue a control post natal?	DIAS ----- 1 [ ][ ] MESES ----- 2 [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 [ 9 ] [ 8 ]	DIAS ----- 1 [ ][ ] MESES ----- 2 [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 [ 9 ] [ 8 ]	DIAS ----- 1 [ ][ ] MESES ----- 2 [ ][ ] NO SABE/NO RECUERDA-- 9 [ 9 ] [ 8 ]
440	¿Quién la atendió la <b>primera vez</b> que fue a control post natal después del nacimiento de (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿La atendió alguien más la primera vez que fue a control post natal?  ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRO ----- X (ESPECIFIQUE)		



SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	PENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@ NOMBRE
441	¿A qué lugar fue para el control post natal la <b>primera vez</b> después del nacimiento de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD - 17 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 APROFAM ----- 24 EN CASA DE COMADRONA ----- 41 EN SU CASA ----- 42 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)
442	¿Después del parto tomó pastillas prenatales (sulfato ferroso o hierro)?	SI -----1 NO -----2- (PASE A 444) ←	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2
443	¿Cuántas pastillas tomó usted aproximadamente?	NUMERO DE PASTILLAS <input type="text"/> NO RECUERDA ----- 9 9 8		
444	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación?)	MESES ----- <input type="text"/> NO HA MENSTRUADO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8		
445F	REVISE 336	LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA 1 ↓ LA MUJER SI ESTÁ EMBARAZADA 2 ↓ (PASE A 447)		
446	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI -----1 NO -----2- (PASE A 446) ←		
447	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	DIAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/>	DIAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/>	DIAS ----- 1 <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/>
448	¿Le dió pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI -----1 NO -----2- (PASE A 455F) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 455F) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 455F) ←
449	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1/2 HORA, CIRCULE "0", SI EL TIEMPO ES MENOR DE 24 HORAS, ANOTE EL NUMERO DE HORAS; DE OTRA MANERA ANOTE EL NUMERO DE DIAS.	INMEDIATAMENTE ----- 0 <input type="text"/> HORAS ----- 1 <input type="text"/> DIAS ----- 2 <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE ----- 0 <input type="text"/> HORAS ----- 1 <input type="text"/> DIAS ----- 2 <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE ----- 0 <input type="text"/> HORAS ----- 1 <input type="text"/> DIAS ----- 2 <input type="text"/>
450F	REVISE 403F ESTA VIV@ EL/LA NIÑ@	ESTA VIV@ 1 ↓ ESTA MUERT@ 2 ↓ (PASE A 452)	ESTA VIV@ 1 ↓ ESTA MUERT@ 2 ↓ (PASE A 452)	ESTA VIV@ 1 ↓ ESTA MUERT@ 2 ↓ (PASE A 452)
451	¿Todavía le esta dando pecho a (NOMBRE)?	SI -----1- (PASE A 456) ← NO -----2	SI -----1- (PASE A 456) ← NO -----2	
452	¿Por cuántos meses le dio sólo pecho a (NOMBRE)?	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
453	¿Cuántos meses le dió pecho y otros alimentos tales como la leche artificial, atoles, o jugos de frutas, etc.?	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	MESES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
454	¿Por qué dejó de darle de mamar a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑ@ ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑ@ MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑ@ NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑ@ ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑ@ MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑ@ NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL ----- 01 NIÑ@ ENFERMO/DEBIL ----- 02 NIÑ@ MURIO ----- 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO ----- 04 LECHE INSUFICIENTE ----- 05 DEBIA TRABAJAR ----- 06 NIÑ@ NO QUERIA ----- 07 EDAD DE DESTETE ----- 08 QUEDO EMBARAZADA ----- 09 EMPEZO ANTICONCEPCION ----- 10 POR CONSEJOS MEDICOS ----- 11 POR ESTETICA ----- 12 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)



**SECCION 4. EMBARAZO, LACTANCIA Y ALIMENTACION INFANTIL**

No.	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@		PENULTIM@ NACID@ VIV@		ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@																																																																																																																																																																																																										
		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE																																																																																																																																																																																																										
<b>455F</b>	<b>REVISE 403F ESCRIBA SI: ESTA VIV@ O MUERT@ EL NIÑ@</b>	<b>VIV@</b> 1 ↓ PASE A 459	<b>MUERT@</b> 2 ↓ REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 500F	<b>VIV@</b> 1 ↓ PASE A 459	<b>MUERT@</b> 2 ↓ REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 500F	<b>VIV@</b> 1 ↓ PASE A 459	<b>MUERT@</b> 2 ↓ REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 500F																																																																																																																																																																																																									
456	¿Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																													
457	¿Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO PECHO DURANTE EL DIA DE AYER <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																													
458	¿Además del pecho (leche materna), recibe (NOMBRE) algún otro alimento?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8																																																																																																																																																																																																													
459	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una pacha ayer o anoche?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8																																																																																																																																																																																																													
460	¿Regularmente, (NOMBRE) toma pacha durante el día o la noche?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8																																																																																																																																																																																																													
461	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua sola?</li> <li>• Agua azucarada?</li> <li>• Jugo?</li> <li>• Té / aguita de alguna hierba?</li> <li>• Fórmula para bebé?</li> <li>• Leche diluida o en polvo/entera?</li> <li>• Leche fresca? (De vaca)</li> <li>• Otros líquidos?</li> <li>• Alimento preparado de Cereal, Avena, Arroz, INCAPARINA (Atoles)?</li> <li>• Alimento preparado de verduras/frutas?</li> <li>• Huevo, pescado, pollo?</li> <li>• Carne?</li> <li>• Caldo de frijol?</li> <li>• Tortilla?</li> <li>• Pan?</li> <li>• Otro alimento sólido o semisólido?</li> </ul>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA SOLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUGO -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FORMULA PARA BEBE -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE DILUIDA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE FRESCA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTROS LIQUIDOS ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE CEREAL -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE VERDURA -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HUEVO/PESCADO/POLLO-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CARNE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CALDO DE FRIJOL ---</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TORTILLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PAN -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRO SOLIDO/SEMISOL-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	AGUA SOLA -----	1	2	8	AGUA AZUCARADA ----	1	2	8	JUGO -----	1	2	8	TE -----	1	2	8	FORMULA PARA BEBE -	1	2	8	LECHE DILUIDA -----	1	2	8	LECHE FRESCA -----	1	2	8	OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8	PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8	PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8	CARNE -----	1	2	8	CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8	TORTILLA -----	1	2	8	PAN -----	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA SOLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUGO -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FORMULA PARA BEBE -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE DILUIDA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE FRESCA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTROS LIQUIDOS ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE CEREAL -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE VERDURA -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HUEVO/PESCADO/POLLO-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CARNE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CALDO DE FRIJOL ---</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TORTILLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PAN -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRO SOLIDO/SEMISOL-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	AGUA SOLA -----	1	2	8	AGUA AZUCARADA ----	1	2	8	JUGO -----	1	2	8	TE -----	1	2	8	FORMULA PARA BEBE -	1	2	8	LECHE DILUIDA -----	1	2	8	LECHE FRESCA -----	1	2	8	OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8	PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8	PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8	CARNE -----	1	2	8	CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8	TORTILLA -----	1	2	8	PAN -----	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA SOLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>JUGO -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>FORMULA PARA BEBE -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE DILUIDA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE FRESCA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTROS LIQUIDOS ----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE CEREAL -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PREPAR. DE VERDURA -</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HUEVO/PESCADO/POLLO-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CARNE -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CALDO DE FRIJOL ---</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>TORTILLA -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PAN -----</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRO SOLIDO/SEMISOL-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	AGUA SOLA -----	1	2	8	AGUA AZUCARADA ----	1	2	8	JUGO -----	1	2	8	TE -----	1	2	8	FORMULA PARA BEBE -	1	2	8	LECHE DILUIDA -----	1	2	8	LECHE FRESCA -----	1	2	8	OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8	PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8	PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8	CARNE -----	1	2	8	CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8	TORTILLA -----	1	2	8	PAN -----	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																													
AGUA SOLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
AGUA AZUCARADA ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
JUGO -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
FORMULA PARA BEBE -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE DILUIDA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE FRESCA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CARNE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TORTILLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PAN -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																													
AGUA SOLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
AGUA AZUCARADA ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
JUGO -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
FORMULA PARA BEBE -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE DILUIDA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE FRESCA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CARNE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TORTILLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PAN -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																													
AGUA SOLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
AGUA AZUCARADA ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
JUGO -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
FORMULA PARA BEBE -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE DILUIDA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
LECHE FRESCA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTROS LIQUIDOS ----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE CEREAL -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PREPAR. DE VERDURA -	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
HUEVO/PESCADO/POLLO-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CARNE -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
CALDO DE FRIJOL ---	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
TORTILLA -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
PAN -----	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
OTRO SOLIDO/SEMISOL-	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
<b>462F</b>	<b>REVISE 461</b>	<b>"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS</b> 1 ↓	<b>"NO/NO SABE" A TODAS</b> 2 ↓ (PASE A 464F)	<b>"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS</b> 1 ↓	<b>"NO/NO SABE" A TODAS</b> 2 ↓ (PASE A 464F)	<b>"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS</b> 1 ↓	<b>"NO/NO SABE" A TODAS</b> 2 ↓ (PASE A 464F)																																																																																																																																																																																																									
463	¿Cuántas veces comió (NOMBRE) durante el día de ayer, incluyendo comidas y complementos? SI 7 O MAS VECES ANOTE "7"	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> NO SABE ----- 8																																																																																																																																																																																																													
<b>464F</b>	<b>REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 500F.</b>																																																																																																																																																																																																															



**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD**

**500F ANOTE EN 501F Y 502F, DE LAS PREGUNTAS 402F Y 403F, EL NUMERO DE LINEA, NOMBRE Y ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE L@S NACID@S DESDE ENERO DE 1997, EMPEZANDO POR EL ULTIM@. (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).**

501F	REVISE 402F PARA:	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@						
	NUMERO DE LINEA NOMBRE	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NOMBRE			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NOMBRE			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NOMBRE		

502F	COPIE DE LA PREGUNTA 403F	VIV@ 1 ↓	MUERT@ 2 ↓	VIV@ 1 ↓	MUERT@ 2 ↓	VIV@ 1 ↓	MUERT@ 2 ↓
		(PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 550)		(PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 550)		(PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 550)	

503	¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual están registradas las vacunas de su hij@ (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES "SI" ¿Puedo verla, por favor?	SI, FUE VISTA -----1 (PASE A 504V) ← SI, NO FUE VISTA -----2 (PASE A 508) ← NO HAY TARJETA -----3	SI, FUE VISTA -----1 (PASE A 504V) ← SI, NO FUE VISTA -----2 (PASE A 508) ← NO HAY TARJETA -----3	SI, FUE VISTA -----1 (PASE A 504V) ← SI, NO FUE VISTA -----2 (PASE A 508) ← NO HAY TARJETA -----3
-----	---	---	---	---

504	¿Tuvo alguna vez una tarjeta o carnet de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?	SI -----1 (PASE A 508) ← NO -----2	SI -----1 (PASE A 508) ← NO -----2	SI -----1 (PASE A 508) ← NO -----2
-----	---	--	--	--

504V	COPIE DEL CARNET LAS FECHAS PARA CADA VACUNA  ANOTE "98" SI FALTA EL DIA O EL MES. ANOTE "9998" SI FALTA EL AÑO.  SI HAY INDICACION EN LA TARJETA DE QUE SE PUSO LA VACUNA PERO NO HAY FECHA, ANOTE "44" EN LA CASILLA PARA "DIA"	<table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO	BCG			FOLIO 1			FOLIO 2			FOLIO 3			DPT 1			DPT 2			DPT 3			SARAMPION			TRES VIRAL			REF 1 FOLIO			REF 1 DPT			<table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO	BCG			FOLIO 1			FOLIO 2			FOLIO 3			DPT 1			DPT 2			DPT 3			SARAMPION			TRES VIRAL			REF 1 FOLIO			REF 1 DPT			<table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO	BCG			FOLIO 1			FOLIO 2			FOLIO 3			DPT 1			DPT 2			DPT 3			SARAMPION			TRES VIRAL			REF 1 FOLIO			REF 1 DPT		
DIA	MES	AÑO																																																																																																														
BCG																																																																																																																
FOLIO 1																																																																																																																
FOLIO 2																																																																																																																
FOLIO 3																																																																																																																
DPT 1																																																																																																																
DPT 2																																																																																																																
DPT 3																																																																																																																
SARAMPION																																																																																																																
TRES VIRAL																																																																																																																
REF 1 FOLIO																																																																																																																
REF 1 DPT																																																																																																																
DIA	MES	AÑO																																																																																																														
BCG																																																																																																																
FOLIO 1																																																																																																																
FOLIO 2																																																																																																																
FOLIO 3																																																																																																																
DPT 1																																																																																																																
DPT 2																																																																																																																
DPT 3																																																																																																																
SARAMPION																																																																																																																
TRES VIRAL																																																																																																																
REF 1 FOLIO																																																																																																																
REF 1 DPT																																																																																																																
DIA	MES	AÑO																																																																																																														
BCG																																																																																																																
FOLIO 1																																																																																																																
FOLIO 2																																																																																																																
FOLIO 3																																																																																																																
DPT 1																																																																																																																
DPT 2																																																																																																																
DPT 3																																																																																																																
SARAMPION																																																																																																																
TRES VIRAL																																																																																																																
REF 1 FOLIO																																																																																																																
REF 1 DPT																																																																																																																

505V	OBSERVE EL CARNET Y CIRCULE EL CODIGO SEGUN EL LUGAR A DONDE LLEVARON AL NIÑ@ PARA RECIBIR LAS VACUNAS	<table border="1"> <thead> <tr><th>MSPAS</th><th>IGSS</th><th>PRIVADO</th><th>OTRO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	BCG	1	2	3	6	FOLIO 1	1	2	3	6	FOLIO 2	1	2	3	6	FOLIO 3	1	2	3	6	DPT 1	1	2	3	6	DPT 2	1	2	3	6	DPT 3	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	TRES VIRAL	1	2	3	6	REF 1 FOLIO	1	2	3	6	REF 1 DPT	1	2	3	6	<table border="1"> <thead> <tr><th>MSPAS</th><th>IGSS</th><th>PRIVADO</th><th>OTRO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	BCG	1	2	3	6	FOLIO 1	1	2	3	6	FOLIO 2	1	2	3	6	FOLIO 3	1	2	3	6	DPT 1	1	2	3	6	DPT 2	1	2	3	6	DPT 3	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	TRES VIRAL	1	2	3	6	REF 1 FOLIO	1	2	3	6	REF 1 DPT	1	2	3	6	<table border="1"> <thead> <tr><th>MSPAS</th><th>IGSS</th><th>PRIVADO</th><th>OTRO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>FOLIO 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>SARAMPION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>TRES VIRAL</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 FOLIO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr><td>REF 1 DPT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO	BCG	1	2	3	6	FOLIO 1	1	2	3	6	FOLIO 2	1	2	3	6	FOLIO 3	1	2	3	6	DPT 1	1	2	3	6	DPT 2	1	2	3	6	DPT 3	1	2	3	6	SARAMPION	1	2	3	6	TRES VIRAL	1	2	3	6	REF 1 FOLIO	1	2	3	6	REF 1 DPT	1	2	3	6
MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO																																																																																																																																																																																		
BCG	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
SARAMPION	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
TRES VIRAL	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 FOLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO																																																																																																																																																																																		
BCG	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
SARAMPION	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
TRES VIRAL	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 FOLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
MSPAS	IGSS	PRIVADO	OTRO																																																																																																																																																																																		
BCG	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
FOLIO 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 1	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 2	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
DPT 3	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
SARAMPION	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
TRES VIRAL	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 FOLIO	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	
REF 1 DPT	1	2	3	6																																																																																																																																																																																	

506V	SI LE MUESTRA MAS DE UN CARNET: OBSERVE EL CARNET EN EL QUE ESTAN ANOTADOS LA MAYORIA DE LAS FECHAS DE LAS VACUNAS Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE	CARNET DEL MSPAS-----1 CARNET DE OTRA INSTITUCION-----2 (PASE A 507) ←	CARNET DEL MSPAS-----1 CARNET DE OTRA INSTITUCION-----2 (PASE A 507) ←	CARNET DEL MSPAS-----1 CARNET DE OTRA INSTITUCION-----2 (PASE A 507) ←
------	--	--	--	--

507A	El carnet de (NOMBRE) es el primer carnet o es reposición?	PRIMER CARNET -----1 PRIMERA REPOSICION -----2 SEGUNDA REPOSICION-----3 TERCERA O MAYOR -----4 NO SABE-----8	PRIMER CARNET -----1 PRIMERA REPOSICION -----2 SEGUNDA REPOSICION-----3 TERCERA O MAYOR -----4 NO SABE-----8	PRIMER CARNET -----1 PRIMERA REPOSICION -----2 SEGUNDA REPOSICION-----3 TERCERA O MAYOR -----4 NO SABE-----8
------	--	--	--	--

507	¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no están registradas en este carnet?  ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO 1-3, SARAMPION, TRES VIRAL.	SI -----1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) ← NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) ← NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA 66 EN LA COLUMNA DIA EN LA PREGUNTA 504V) ← NO -----2 NO SABE -----8
-----	---	--	--	--

**507P PASE A 518**

508	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vacuna para prevenir enfermedades? ¿Ha vacunado alguna vez a su hij@?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8
-----	---	--	--	--

509	¿Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas:  BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el hombro que deja una cicatriz y se administra generalmente al nacer?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
-----	---	--	--	--

SECCION 5. VACUNACION Y SALUD

No	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
510	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la Polio, administrada mediante gotas en la boca?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 513) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 513) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 513) ← NO SABE -----8
511	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>
512	¿La primera vacuna contra la Polio fue dada a los 2 meses de edad?	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2
513	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio y se aplica en el glúteo?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 515) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 515) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 515) ← NO SABE -----8
514	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>
515	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Tres viral, vacuna que es aplicada en el brazo izquierdo?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 517) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 517) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 517) ← NO SABE -----8
516	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>
517	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
518	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Toxoide Tetánico?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 520) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 520) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 520) ← NO SABE -----8
519	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>
520	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Toxoide Diftérico?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 522) ← NO SABE -----8
521	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>	NUMERO DE VECES ---- <input type="text"/>
522	¿Ha estado (NOMBRE) enferm@ con <b>fiebre</b> en las últimas 2 semanas?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
523	¿Ha estado (NOMBRE) enferm@ con <b>tos</b> en las últimas 2 semanas?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 531) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 531) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 531) ← NO SABE -----8
524	¿Cuando (NOMBRE) estaba enferm@ de la <b>tos</b> , respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)?	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 NO SABE -----8
525	¿Cuando (NOMBRE) estaba enferm@ de la <b>tos</b> , le dio a tomar lo mismo de líquidos, más líquidos, o menos líquidos como cuando no está enferm@ de la tos?	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8	LO MISMO DE LIQUIDOS -----1 MAS LIQUIDOS -----2 MENOS LIQUIDOS -----3 NO SABE -----8
526	¿Buscó consejo o tratamiento para la <b>tos</b> de (NOMBRE)?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 530) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 530) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A 530) ←
527	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la <b>tos</b> de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona?  (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E MEDICO AMBULATORIO ----- F PROMOTOR DE SALUD ----- G GUARDIAN DE SALUD ----- H APROFAM ----- I CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- J MEDICO PARTICULAR ----- K FARMACIA ----- L COMADRONA CAT ----- M COMADRONA EMPIRICA ----- N CURANDERO ----- O AMIGO/FAMILIAR ----- P OTRA ----- X (ESPECIFIQUE)

SECCION 5. VACUNACION Y SALUD

No	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@		PENULTIM@ NACID@ VIV@		ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@	
		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
528	¿Con quién consultó para el tratamiento de la <b>tos</b> de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguien más?  REGISTRE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H AMIGO/FAMILIAR ----- I OTRO ----- X (ESPECIFIQUE) NADIE ----- Z
<b>529P PASE A 531</b>							
530	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de la enfermedad de (NOMBRE)?	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA - 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT. - 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA - 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT. - 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA ATENCION ----- 08 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)				
531	¿Ha tenido (NOMBRE) <b>asientos</b> durante las últimas dos semanas?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 547) ← NO SABE -----8
532	¿Por cuántos días ha tenido <b>asientos</b> (NOMBRE)?	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DIAS ----- NO SABE ----- 9 8
533	¿Había sangre en los <b>asientos</b> de (NOMBRE)?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
534	¿En el peor día de los <b>asientos</b> , cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE DEPOSICIONES ----- NO SABE ----- 9 8
535	¿Le dio a tomar la <b>misma cantidad</b> de líquidos, <b>más líquidos, o menos líquidos</b> como cuando no se encuentra enferm@ de los asientos?	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE LIQUIDOS ----- 1 MAS LIQUIDOS ----- 2 MENOS LIQUIDOS ----- 3 NO SABE ----- 8
536	¿Le dio de comer la <b>misma cantidad</b> de sólidos, <b>más sólidos o menos sólidos</b> como cuando no tenía asientos o no estaba enferm@?	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8	LO MISMO DE SOLIDOS ----- 1 MAS SOLIDOS ----- 2 MENOS SOLIDOS ----- 3 NINGUN SOLIDO ----- 4 NO SABE ----- 8
<b>537F</b>	<b>REVISE 451</b>	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)	<b>AUN LE DA PECHO</b> 1 ↓ <b>NO LE DA PECHO</b> 2 ↓ (PASE A 539)
538	¿Le siguió dando de mamar a (NOMBRE)? ¿Le dio pecho el mismo número de veces, más o menos veces que cuando no estaba enferm@ o no tenía asientos?	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8	LA MISMA CANTIDAD ----- 1 MAS VECES LE DIO PECHO ----- 2 MENOS VECES LE DIO PECHO ----- 3 LE DEJO DE DAR PECHO ----- 4 NO SABE/NO RECUERDA ----- 8
539	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo los <b>asientos</b> , le dio a (NOMBRE): <ul style="list-style-type: none"><li>¿Un líquido preparado de un paquete especial (sales de rehidratación oral)?</li><li>¿Líquido preparado con arroz?</li><li>¿Sopa / caldo?</li><li>¿Solución casera / infusión sin azúcar?</li><li>¿Infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, líquidos con cafeína?</li><li>¿Leche o fórmula para bebés?</li><li>¿Preparación de yogurt?</li><li>¿Té/aguita de alguna hierba?</li><li>¿Agua?</li><li>¿Otros líquidos?</li></ul>	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATAACION --1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ -----1 2 8 SOPA/CALDO -----1 2 8 SOLUCION CASERA SIN AZUCAR-1 2 8  INFUSIONES CON AZUCAR ---1 2 8 LECHE FORMULA PARA BEBES-1 2 8 YOGURT -----1 2 8 TE/AGUITA DE HIERBAS ----1 2 8 AGUA PURA -----1 2 8 OTROS LIQUIDOS -----1 2 8
540	¿Le dieron algo más para tratarle los <b>asientos</b> ?	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8	SI -----1 NO -----2 (PASE A 542) ← NO SABE -----8

**SECCION 5. VACUNACION Y SALUD**

No	PREGUNTAS	ULTIM@ NACID@ VIV@	PENULTIM@ NACID@ VIV@	ANTEPENULTIM@ NACID@ VIV@
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
541	¿Qué más le dieron para el tratamiento de los <b>asientos</b> ?  SONDEE: ¿Algo más?  REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA	SOLUCION CASERA RECOMENDADA -- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ---- D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA -- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ---- D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA -- A PASTILLAS O JARABE ----- B INYECCION ----- C REMEDIOS CASEROS/HIERBAS ---- D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
542	¿Buscó consejo o tratamiento para curar a (NOMBRE) de los <b>asientos</b> ?	SI -----1 NO -----2- (PASE A 546) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 546) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 546) ←
543	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para curar de los <b>asientos</b> a (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Algún otro sitio o persona?  MARQUE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR- G APROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR- G APROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D CENTRO COMUNITARIO DE SALUD -- E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ---- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR- G APROFAM ----- H CASA COMADRONA ----- I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
544	¿Con quién consultó para el tratamiento de los <b>asientos</b> de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguien más?  MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA PERSONA _____ X (ESPECIFIQUE)	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA PERSONA _____ X (ESPECIFIQUE)	MEDICO ----- A MEDICO AMBULATORIO ----- B ENFERMERA ----- C COMADRONA CAT ----- D COMADRONA EMPIRICA ----- E PROMOTOR DE SALUD ----- F GUARDIAN DE SALUD ----- G CURANDERO ----- H OTRA PERSONA _____ X (ESPECIFIQUE)
<b>545P</b>	<b>PASE A 547</b>			
546	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de los <b>asientos</b> de (NOMBRE)?	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA - 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTIT - 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA CONSULTA ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA - 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTIT - 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA CONSULTA ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA LUGAR DE CONSULTA - 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION - 02 FALTA DE CONFIANZA ----- 03 CREE QUE ATENCION ES MALA --- 04 LARGA ESPERA PARA ATENCION -- 05 NO HAY MEDICAMEN. EN INSTIT - 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO ----- 07 COSTO DE LA CONSULTA ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
547	¿En los últimos 12 meses ha recibido (NOMBRE) vitamina "A"?	SI -----1 NO -----2- (PASE A 549P) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 549P) ←	SI -----1 NO -----2- (PASE A 549P) ←
548	¿Cuántas veces ha recibido (NOMBRE) vitamina "A"?	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	NUMERO DE VECES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8
<b>549P</b>	<b>REGRESE A LA PREGUNTA 503 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA PREGUNTA 550</b>			





**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

**600F** • **CIRCULE EL CODIGO 1 EN 602 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE AL PREGUNTAR 602.**  
 • **PARA CADA METODO NO MENCIONADO PREGUNTE 603 Y LEA EL NOMBRE DEL METODO Y LA DESCRIPCION, SI ES NECESARIO.**  
 • **CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO; EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDE.**  
 • **PREGUNTE EN 604 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2)**

**601Y** **Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para cuidarse y demorar o evitar un embarazo.**

602	¿Qué métodos conoce usted o de cuáles ha escuchado hablar?  INDAGUE: ¿Algún otro método?	603		604	
		¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	¿Ha usado usted o su pareja o están usando (METODO)? PARA EL CONDON (METODO 6 Y 6A), Y PARA LA ESTERILIZACION (7 Y 8), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS		
		SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO RECONOCIDO	
<b>01. PASTILLAS, PILDORAS</b> Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>02. DIU</b> Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una "T" de cobre por un médico o una enfermera.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>03. INYECCION</b> Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>04. NORPLANT (IMPLANTES)</b> Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 6 palillos pequeños los cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>05. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES</b> Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>06. PRESERVATIVO (CONDON)</b> Los hombres pueden usar un preservativo (Condón) durante las relaciones sexuales.	1	2	3	¿Usted y su esposo o compañero han usado alguna vez el condón?  SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>06A. CONDON FEMENINO</b> Consiste en una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que la mujer se coloca antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3	¿Usted y su esposo o compañero han usado alguna vez el condón femenino?  SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>07. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS-OPERACION)</b> Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s.	1	2	3	¿Se ha hecho usted operar alguna vez para no tener hij@s?  SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>08. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA - OPERACION)</b> Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hij@s.	1	2	3	¿Su esposo o compañero se ha hecho operar para no tener hij@s?  SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>09. RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MUCOSA CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>10. RETIRO (COITO INTERRUPTO)</b> Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de eyacular.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>11. METODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)</b> La mujer no ha visto su regla después del parto, da de mamar exclusivamente de día y de noche cuando el/la niñ@ es menor de 6 meses de edad.	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	
<b>12. OTROS METODOS</b> 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 METODO	1	2	3	SI ----- 1 NO ----- 2	

SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
605F	<p>REVISE 604</p> <p>NI UN SOLO "SI" EN 604 (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> 1</p>	<p>POR LO MENOS UN "SI" EN 604 (ALGUNA VEZ HA USADO) <input type="checkbox"/> 2</p>	611
606	¿Alguna vez usted o su esposo/compañero, han usado algo o hecho algo para evitar un embarazo?	SI ----- 1 NO ----- 2	609
607C	VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
608P	PASE A 646		
609	¿Qué ha usado o qué ha hecho? ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL	_____	
610F	CORRIJA 603-604 SI ES NECESARIO		
611	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted usó un método o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada).</p> <p>¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar o demorar quedar embarazada?</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 MELA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
612	<p>¿Cuántos hij@s tenía usted cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada?</p> <p>SI NINGUNO ESCRIBA "00"</p>	NUMERO DE HIJ@S ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
613F	<p>REVISE 604</p> <p>ESPOSO NO ESTA VASECTOMIZADO LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> 1</p>	<p>ESPOSO NO ESTA VASECTOMIZADO LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> 2</p>	618
614F	<p>REVISE 336</p> <p>NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1</p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 2</p>	639C
615	¿Actualmente está usted o su esposo o pareja (compañero) usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	SI ----- 1 NO ----- 2	639C
616	<p>¿Están satisfechos (contentos) los dos con el método que están usando actualmente, o sólo uno de ustedes está satisfecho?</p> <p>(INDAGUE SI ES NECESARIO QUIEN ESTA SATISFECHO)</p>	LOS DOS SATISFECHOS ----- 01 LOS DOS INSATISFECHOS ----- 02 SOLO EL SATISFECHO ----- 03 SOLO ELLA SATISFECHA ----- 04 INDIFERENTES LOS DOS ----- 05 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
617	¿Quién decidió usar el método que actualmente usan?	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	



**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A					
618	¿Qué método está(n) usando? ¿Qué está(n) haciendo para que usted no quede embarazada?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____  SI LA MUJER ENTREVISTADA MENCIONA MAS DE UN MÉTODO, ENTONCES CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO MAS EFECTIVO	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 MELA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 638C → 637 → 638C → 638C → 638 → 623 → 623 → 635 → 638C → 638C → 638C					
619	¿Puede mostrarme las píldoras (la caja/la tira/el sobre) que está usando actualmente?	MOSTRO LAS PILDORAS ----- 1 NO PUDO MOSTRARLAS ----- 2						
620	¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente?  SI LA MUJER ENTREVISTADA MOSTRÓ LAS PÍLDORAS, ENTONCES CIRCULE EL CODIGO DE LA MARCA	LO FEMENAL ----- 1 PERLA ----- 2 NEOGYNON ----- 3 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8						
621	¿Cuánto le cuesta una caja (tira/sobre) de píldoras?	COSTO ----- <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> GRATIS ----- 9 9 9 9 6 NO SABE ----- 9 9 9 9 8						
<b>622P</b>	<b>PASE A 638C</b>							
623	¿Dónde tuvo lugar la operación de esterilización?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 CLINICA APROFAM ----- 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98						
624	¿Conversó usted con su esposo/compañero la idea de esterilización (operarse)?  Si, es SI, ¿Quién inició la conversación del tema?	SI, PAREJA INICIO ----- 1 SI, ENTREVISTADA INICIO ----- 2 NO ----- 3	→ 626F					
625	¿Cuál fue la reacción de su esposo/compañero acerca de la idea de esterilización (operarse)?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL: _____ _____	DE APOYO DESDE COMIENZO ----- 01 INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO ----- 02 NEUTRAL ----- 03 OPUESTO ----- 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98						
<b>626F</b>	REVISE 604 LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2      LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA ESPOSO / COMPAÑERO ESTA ESTERILIZADO → 628							
627	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo?  Si la respuesta es <b>SI</b> pregunte: ¿Fue éste un parto por cesárea?	SI, PARTO POR CESAREA ----- 1 SI, PARTO NORMAL ----- 2 NO ----- 3						
628	¿Se arrepiente usted (su esposo) de haberse operado para no tener mas hij@s?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 630					



SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
629	¿Por qué se arrepiente (se arrepintió)?	MUJER QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 01 ESPOSO QUIERE OTR@ HIJ@ ----- 02 EFECTOS SECUNDARIOS ----- 03 HIJ@ HA MUERTO ----- 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
630	¿Le recomendaría la esterilización femenina (masculina/la operación) a un familiar o amig@?	SI ----- 1 NO ----- 2	
631	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?	MES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO ----- 9 9 9 8	
632	¿Qué edad tenía cuando fue usted (él) operad@?	EDAD A LA QUE FUE OPERAD@ ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>633C</b>	VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA EL CODIGO DE ESTERILIZACION DE PREGUNTA 618 EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O HASTA ENERO DE 1997. REGRESE Y CONTINUE CON 634F.		
<b>634F</b>	<p>REVISE 631</p> <p>ESTERILIZADA/O ANTES DE ENERO DE 1997 <input type="text"/> 1</p> <p>ESTERILIZADA/O EN/O DESPUES DE ENERO DE 1997 <input type="text"/> 2</p> <p>PASE A 640P</p> <p>PASE A 639C</p>		
635	¿Cómo decide usted en que días no puede tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CALENDARIO/CUENTA DIAS ----- 01 TEMPERATURA DEL CUERPO ----- 02 MOCO CERVICAL/ (BILLINGS) ----- 03 TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL ----- 04 NO METODO ESPECIFICO ----- 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
<b>636P</b>	PASE A 638C		
637	¿Cuál es la marca de inyección que está usando?	DEPO PROVERA ----- 01 CICLO FEMINA ----- 02 CICLO FEM ----- 03 TOPASEL ----- 04 GINOVIN ----- 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
<b>638P</b>	PASE A 638C		
638	¿Cuál es la marca de condones que usted usa con su pareja?	BLANCO/SIN LOGOTIPO ----- 01 SICO ----- 02 DUREX ----- 03 VIVE ----- 04 SCUDO ----- 05 SCUDO ORO ----- 06 TROJAN ----- 07 PANTERA ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
<b>638C</b>	<p>VAYA AL CALENDARIO Y ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO DE 618 EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS : ¿Cuándo em pezó a usar contnuam ente este m étodo? ¿Por cuánto tiem po ha estado usando contnuam ente este m étodo?</p>		

**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>639C</b>	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años, durante los cuales usted o su compañero han usado un método para demostrar evitar que usted quede embarazada.</p> <p><b>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1997. LA COLUMNA 1 DEBE QUEDAR SIN MESES EN BLANCO.</b></p> <p><b>USE LOS NOMBRES DE HIJ@S, FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ESCRIBA EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2, ESCRIBA LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES CORRESPONDIENTE AL ULTIMO MES DE USO, PARA CADA PERIODO DE USO.</b></p> <p><b>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN EL COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1.</b></p> <p><b>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO.</b></p> <p><b>SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE ACCIDENTAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</b></p> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 1:</b> ¿Cuándo fue la última vez que usó un método? ¿Qué método era éste? ¿Cuándo comenzó a usarse método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Cuánto tiempo usó entonces el método?</p> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 2:</b> ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</p> <p><b>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE:</b> ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada?. <b>Y ESCRIBA "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</b></p>		
<b>640P</b>	<p>REVISE 618:</p> <p>SI LA PREGUNTA 618 NO SE HIZO, CIRCULE "00" (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON)</p> <p>SI LA PREGUNTA 618 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.</p> <p>SI LA MUJER ENTREVISTADA DICE USAR "MELA", ENTONCES VERIFIQUE QUE TIENE UN HIJ@ MENOR DE 1 AÑO.</p>	<p>NO SE PREGUNTO 618 ----- 00 → 646</p> <p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 → 643</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 → 643</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 → 647</p> <p>RETIRO ----- 10 → 647</p> <p>MELA ----- 11 → 647</p> <p>OTRA _____ 96 → 647 (ESPECIFIQUE)</p>	
641	¿Dónde consiguió (EL METODO) la última vez?	<p>HOSPITAL PUBLICO ----- 11</p> <p>CENTRO DE SALUD ----- 12</p> <p>PUESTO DE SALUD ----- 13</p> <p>IGSS ----- 14</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17</p> <p>PROMOTOR DE SALUD ----- 18</p> <p>MEDICO AMBULATORIO ----- 19</p> <p>GUARDIAN DE SALUD ----- 20</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- 22</p> <p>APROFAM ----- 24</p> <p>FARMACIA ----- 25</p> <p>TIENDA DE CONVENIENCIA ----- 26</p> <p>CASA COMADRONA ----- 41</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>	
642	¿Sabe de algún <b>otro lugar</b> en donde hubiera podido obtener el (METODO) la última vez?	<p>SI ----- 1 → 644</p> <p>NO ----- 2 → 649</p>	
643	¿Al momento de la operación sabía usted de algún <b>otro lugar</b> en dónde podría haberse hecho la operación?	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2 → 649</p>	

**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
644	<p>La gente selecciona el lugar para obtener métodos de planificación familiar por diferentes razones.</p> <p>En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?</p> <p>ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA COLUMNA DE RESPUESTAS.</p> <hr/> <hr/>	<p>MAS CERCANO A LA CASA ----- 11</p> <p>CERCANO AL MERCADO/TRABAJO ----- 12</p> <p>TRANSPORTE DISPONIBLE ----- 13</p> <p>PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ----- 21</p> <p>INSTALACIONES MAS LIMPIAS ----- 22</p> <p>OFRECE MEJOR PRIVACIDAD ----- 23</p> <p>MENOR TIEMPO DE ESPERA ----- 24</p> <p>HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ----- 25</p> <p>PUEDE USAR OTROS SERVICIOS ALLI ----- 26</p> <p>MENOR COSTO ----- 31</p> <p>NO QUERIA QUE SE DIERAN CUENTA ----- 41</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>	
<b>645P</b>	<b>PASE A 649</b>		
646	<p>¿Cuál es la principal razón por la cual usted no está usando un método de planificación familiar?</p> <p>ESCRIBA AQUÍ TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y LUEGO CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11</p> <p>HISTERECTOMIZADA ----- 14</p> <p>NO TIENE RELACIONES ----- 21</p> <p>SEXO INFRECUENTE ----- 22</p> <p>MENOPAUSICA ----- 23</p> <p>SUBFERTIL/INFERTIL ----- 24</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25</p> <p>DESEA MAS HIJ@S ----- 26</p> <p>ESTA EMBARAZADA ----- 27</p> <p>OPOSICION DE ELLA ----- 31</p> <p>OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO ----- 32</p> <p>OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33</p> <p>POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34</p> <p>NO CONOCE METODO ----- 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE ----- 42</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD ----- 51</p> <p>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52</p> <p>LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53</p> <p>MUY COSTOSO ----- 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55</p> <p>INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO ----- 56</p> <p>FALTA DE ACCESO A SERVICIOS ----- 57</p> <p>OTRA RAZON _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 98</p>	<p>→ 652</p> <p>→ 652</p>
647	<p>¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2</p>	<p>→ 649</p>

**SECCION 6. PLANIFICACION FAMILIAR**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
648	¿Cuál es el principal lugar que usted conoce?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD ----- 17 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO ----- 22 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 CASA COMADRONA ----- 41 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
649	¿Fue visitada por un trabajador del programa de planificación familiar en los últimos 12 meses?	SI ----- 1 NO ----- 2	
650	¿Ha ido a una institución de salud en los últimos 12 meses?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 652
651	¿Alguien en la institución que usted visitó le habló sobre métodos de planificación familiar?	SI ----- 1 NO ----- 2	
652	¿Cree usted que la lactancia materna aumenta o disminuye las posibilidades de quedar embarazada?	AUMENTA LA POSIBILIDAD ----- 1 DISMINUYE POSIBILIDAD ----- 2 NO AFECTA LA POSIBILIDAD ----- 3 DEPENDE ----- 4 NO SABE ----- 8	

SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A														
700F	<p>REVISE 604</p> <p>NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO</p>		714														
701Y	<p>Ahora quiero que platiquemos acerca de su vida, pero en lo que piensa para el futuro.</p>																
702	<p>REVISE 336</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>¿Quisiera usted tener un/a (otr@) hij@ o preferiría no tener (más) hij@s? Después del hij@ que está esperando, ¿Quisiera usted tener otro hij@ o preferiría no tener más hij@s?</p>	<p>TENER UN (OTR@) HIJ@ ----- 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO ----- 2 → 704F</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 3 → 714</p> <p>INDECISA O NO SABE ----- 8 → 704F</p>															
703	<p>REVISE 702</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otr@) hij@? ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hij@ que está esperando, para tener otr@ hij@?</p>	<p>MESES ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AÑOS ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>PRONTO/AHORA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>3</td></tr></table> → 706F</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>4</td></tr></table> → 714</p> <p>DESPUES DE CASARSE ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>5</td></tr></table></p> <p>OTRO ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>6</td></tr></table></p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ----- 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table></p>					9	3	9	4	9	5	9	6	9	8	
9	3																
9	4																
9	5																
9	6																
9	8																
704F	<p>REVISE 702</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ESTA EMBARAZADA</p>		707														
705	<p>Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Se sentiría contenta, triste, o no le importaría?</p>	<p>CONTENTA ----- 1</p> <p>TRISTE ----- 2</p> <p>NO LE IMPORTARIA ----- 3</p> <p>NO SABE ----- 8</p>															
706F	<p>REVISE 618</p> <p>ACTUALMENTE NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 618 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE</p>		714														
707	<p>¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los próximos doce meses?</p> <p>(¿Al terminar este embarazo piensa usar un método para evitar embarazarse en los siguientes doce meses?)</p>	<p>SI ----- 1 → 709</p> <p>NO ----- 2</p> <p>NO SABE ----- 8</p>															
708	<p>¿Piensa usar en el futuro algún método para evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI ----- 1</p> <p>NO ----- 2 → 711</p> <p>NO SABE ----- 3 → 711</p>															
709	<p>¿Cuál método preferiría utilizar?</p>	<p>PILDORA ----- 01</p> <p>DIU ----- 02</p> <p>INYECCIONES ----- 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09</p> <p>RETIRO ----- 10</p> <p>OTRO ----- 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO ESTA SEGURA ----- 98</p>															
710P	<p>PASE A 714</p>																



**SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
711	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método?	NO ESTA CASADA O UNIDA ----- 11 NO TIENE RELACIONES ----- 21 SEXO INFRECUENTE ----- 22 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA ----- 23 SUBFERTIL/INFERTIL ----- 24 POSTPARTO/LACTANCIA ----- 25 DESEA MAS HIJOS ----- 26 OPOSICION DE ELLA ----- 31 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO ----- 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS ----- 33 POR RAZONES RELIGIOSAS ----- 34 NO CONOCE METODO ----- 41 NO CONOCE FUENTE ----- 42 PREOCUPACIONES DE SALUD ----- 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS ----- 52 LEJANIA/DISTANCIA AL LUGAR ----- 53 MUY COSTOSO ----- 54 INCONVENIENTE PARA USAR ----- 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO ----- 56 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98							
712F	REVISE 711 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span>  <span style="color: red;">EL CODIGO 11 FUE CIRCULADO</span>  <span style="color: red;">↓</span> </div> <div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span>  <span style="color: red;">EL CODIGO 11 NO FUE CIRCULADO</span>  <span style="color: red;">→</span> </div> </div>		714						
713	¿Utilizaría un método si estuviese casada o unida?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8							
714	REVISE 318 SIN HIJ@S VIV@S <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> TIENE HIJ@S VIV@S <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía y pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?</p> </div> </div> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA.</p>	NUMERO ----- <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> OTRO _____ 9 6 (ESPECIFIQUE) LO QUE DIOS QUIERA ----- 9 7			716				
715	¿Cuántos le gustaría que fueran hombres y cuántas que fueran mujeres?	No. DE VARONES ----- <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> No. DE MUJERES ----- <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NO IMPORTA SEXO ----- <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
716	¿En general, está usted de acuerdo con que las parejas usen métodos o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO ----- 1 NO ESTA DE ACUERDO ----- 2 SIN OPINION ----- 8							
717	¿Es aceptable para usted que se transmita por la <b>radio</b> información sobre planificación familiar? (¿Está usted de acuerdo en que se transmita....?)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8							
718	¿Es aceptable para usted que se transmita por la <b>televisión</b> información sobre planificación familiar? (¿Está usted de acuerdo en que se transmita...?)	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8							



**SECCION 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
719	En los últimos 6 meses, usted ha visto, oído o leído sobre planificación familiar:  ¿En la radio? ¿En la televisión? ¿En un periódico o revista? ¿En un afiche? ¿En folletos? ¿En grupos comunitarios?	SI NO A) RADIO ----- 1 2 B) TELEVISION ----- 1 2 C) PERIODICO O REVISTA ----- 1 2 D) AFICHE ----- 1 2 E) FOLLETOS ----- 1 2 F) GRUPOS COMUNITARIOS ----- 1 2									
720	¿En los últimos 6 meses, ha conversado usted sobre la práctica de la planificación familiar con algun@ de sus familiares o amig@s?	SI ----- 1 NO ----- 2	→722F								
721	¿Con quién?  SONDEE: ¿Alguien más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONA	ESPOSO/COMPAÑERO ----- A MADRE ----- B PADRE ----- C HERMANAS ----- D HERMANOS ----- E HIJ@ ----- F SUEGR@ ----- G AMIG@S ----- H OTRO _____ X  (ESPECIFIQUE)									
<b>722F</b>	<p><b>REVISE 201</b></p> <p align="center"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ACTUALMENTE CASADA O EN UNION</span>    <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span>                      <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span>    <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">NO ESTA CASADA NI VIVE EN UNION</span>                      → <b>725</b> </p>										
723	¿Cree usted que su esposo (compañero) está de acuerdo con que las parejas usen un método para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO ----- 1 NO ESTA DE ACUERDO ----- 2 NO SABE ----- 8									
724	¿Cree usted que su esposo (compañero) quiere el <i>mismo número</i> de hij@s que usted quiere? <i>mas hij@s</i> de los que usted quiere? <i>menos hij@s</i> de los que usted quiere?	MISMO NUMERO ----- 1 MAS HIJ@S ----- 2 MENOS HIJ@S ----- 3 NO SABE ----- 8									
725	Según usted, ¿Cuánto tiempo es apropiado para esperar entre el nacimiento de un/a hij@ y otr@?	MESES ----- 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ----- 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> OTRO _____ 9    9    6  (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 9    9    8									





SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
800F	REVISE 102 Y 103 MUJER DE 15 A 24 AÑOS	1	2 MUJER DE 25 A 49 AÑOS
			827
801Y	Ahora le haré unas preguntas sobre temas de educación sexual, el inicio de su vida sexual y si ha utilizado algún método de planificación familiar en su primera relación sexual.		
802	¿Usted ha asistido a charlas (pláticas) o cursos sobre educación sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 804
803	¿Qué temas recibió en esos cursos o charlas? ¿Cambios físicos del cuerpo? ¿Aparato reproductor femenino y masculino? ¿Menstruación o regla? ¿Embarazo, parto y lactancia materna? ¿Relaciones sexuales e Infecciones de Transmisión Sexual? ¿Métodos anticonceptivos? ¿SIDA? ¿Prostitución? ¿Otro tema?	SI NO CAMBIOS FISICOS DEL CUERPO ----- 1 2 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASC.-- 1 2 MENSTRUACION O REGLA ----- 1 2 EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA MATERNA --- 1 2 RELACIONES SEXUALES E I.T.S. ----- 1 2 METODOS ANTICONCEPTIVOS ----- 1 2 SIDA ----- 1 2 PROSTITUCION ----- 1 2 OTRO TEMA ----- 1 2 (ESPECIFIQUE)	
804	¿En su opinión cuál es el método anticonceptivo mas adecuado para los adolescentes varones? ¿Cual es el método anticonceptivo mas adecuado para las adolescentes mujeres?	HOMBRE MUJER PILDORA ----- 01 01 DIU ----- 02 02 INYECCIONES ----- 03 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ---- 09 09 RETIRO ----- 10 10 MELA ----- 11 11 OTRO ----- 96 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98 98	
805	¿En qué mes y año tuvo usted su primera relación sexual con un hombre?	ENTREVISTADA DA FECHA ----- 1 MES ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES ----- 9 8 AÑO ----- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO ----- 2 NUNCA HA TENIDO ----- 3 NO RECUERDA ----- 8	→ 900F
806	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
807	¿Qué edad tenía el hombre con quien tuvo la primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	

**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
808	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento?	AMIGO----- 01 NOVIO----- 02 PROMETIDO----- 03 ESPOSO/COMPAÑERO----- 04 COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO ----- 05 AMANTE ----- 06 RECIEN CONOCIDO ----- 07 JEFE ----- 08 VIOLACION ----- 09 PROSTITUTO ----- 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA----- 98	→814F
809	¿Usó usted o su pareja algún método para prevenir enfermedad o embarazo durante esa primera relación sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 812 →814F
810	¿Por qué no hicieron algo o no usaron un método para evitar tener hij@s en esa primera relación?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO - 01 NO CONOCIA NINGUN METODO ----- 02 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD --- 03 QUERIA TENER UN HIJ@ ----- 04 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON ANTICONCEPTIVOS ----- 05 QUERIA USAR PERO NO CONSIGUIO ----- 06 OPOSICION DE LA PAREJA ----- 07 PENSABA QUE NO PODIA EMBARAZARSE ----- 08 NO TENIA DINERO ----- 09 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO ----- 10 LA RELIGION NO SE LO PERMITIA ----- 11 NO QUERIA USAR/NO LE GUSTABA ----- 12 ERA LA PRIMERA VEZ ----- 13 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
811P	PASE A 814F		
812	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la primera relación sexual?	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 PASTILLAS DE EMERGENCIA ----- 12 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA ----- 98	
813	¿Quién decidió usar el método en esa primera relación sexual?	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 LOS DOS ----- 3 NO RECUERDA ----- 9	

SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
814F	REVISE 311F, 336 Y 362	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>ALGUNA VEZ EMBARAZADA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="margin-left: 100px;">2</span> <span>NUNCA EMBARAZADA</span> </div>	833
815	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
816	Cuando se embarazó por primera vez, ¿Pensó que podía quedar embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 818
817	¿Por qué pensó que no podía quedar embarazada?	ERA LA PRIMERA VEZ ----- 01 NO TENIA RELACIONES FRECUENTES ----- 02 USO ANTICONCEPTIVOS ----- 03 CREIA NO ESTAR EN SU PERIODO FERTIL ----- 04 CREIA QUE NO TENIA EDAD ----- 05 SU PAREJA LE DIJO QUE NO LA EMBARAZABA ----- 06 OTRA RAZON ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
818	¿Qué edad tenía el hombre que la embarazó la primera vez?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 8	
819	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento?	AMIGO ----- 01 NOVIO/ENAMORADO ----- 02 ESPOSO/COMPAÑERO ----- 03 EXTRAÑO/RECIEN CONOCIDO ----- 04 VIOLACION ----- 05 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
820	¿Con su primer embarazo tuvo un hij@ naci@ viv@, o un naci@ muert@ o fue un aborto?	NACID@ VIV@ ----- 1 NACID@ MUERT@ ----- 2 PERDIDA O ABORTO ----- 3 AUN EMBARAZADA ----- 4	
821	¿Con el primer embarazo, quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería el embarazo?	QUERIA EN ESE MOMENTO ----- 1 ESPERAR MAS TIEMPO ----- 2 NO LO QUERIA ----- 3 NO SABE ----- 8	
822	¿Usted estudiaba cuando quedó embarazada por primera vez?	SI ----- 1 NO ----- 2 NUNCA ESTUDIO ----- 3	→ 833 → 833
823	¿Siguió asistiendo a clases estando embarazada?	SI ----- 1 NO ----- 2	
824	¿Cuando terminó el embarazo continuó estudiando?	SI ----- 1 NO ----- 2 AUN EMBARAZADA ----- 3	→ 833 → 826P
825	¿Por qué no siguió estudiando?	NO TENIA CON QUIEN DEJAR AL NIÑ@ ----- 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO ----- 02 EL NIÑ@ ERA MUY ENFERM@ ----- 03 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO ----- 04 ACOSO SEXUAL ----- 05 NO LA ADMITIERON/FUE EXPULSADA ----- 06 PROBLEMA DE SALUD DE ELLA ----- 07 TENIA QUE TRABAJAR ----- 08 CAMBIO DE RESIDENCIA ----- 09 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
826P	PASE A 833		

**SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
827	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual con un hombre?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO ----- 9 7 NO SABE ----- 9 8	→ 900F
828	¿Qué relación tenía usted con ese hombre en ese momento?	AMIGO----- 01 NOVIO----- 02 PROMETIDO----- 03 ESPOSO/COMPAÑERO----- 04 COMPAÑERO DE ESTUDIOS/TRABAJO ----- 05 AMANTE ----- 06 RECIEN CONOCIDO ----- 07 JEFE ----- 08 PROSTITUTO ----- 09 VIOLACION ----- 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA----- 98	→ 833
829	¿Cuál fue el método para prevenir enfermedades o un embarazo que usó usted o su pareja en su primera relación sexual?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 PASTILLAS DE EMERGENCIA ----- 11 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NINGUNO ----- 97 NO RECUERDA ----- 98	→ 832
830	¿Quién decidió usar el método en esa primera relación sexual?	LA ENTREVISTADA ----- 1 SU PAREJA ----- 2 LOS DOS ----- 3 NO RECUERDA ----- 8	
<b>831P</b>	<b>PASE A 833</b>		
832	¿Por qué no uso un método para evitar un embarazo en esa primera relación sexual?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO - 01 NO CONOCIA NINGUN METODO ----- 02 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD --- 03 QUERIA TENER UN HIJ@ ----- 04 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON ANTICONCEPTIVOS ----- 05 QUERIA USAR PERO NO CONSIGUIO ----- 06 OPOSICION DE LA PAREJA ----- 07 PENSABA QUE NO PODIA EMBARAZARSE ----- 08 NO TENIA DINERO ----- 09 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO ----- 10 LA RELIGION NO SE LO PERMITIA ----- 11 FUE VIOLADA ----- 12 NO QUERIA USAR/NO LE GUSTABA ----- 13 ERA LA PRIMERA VEZ ----- 14 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	

SECCION 8. ADULTAS JOVENES Y ACTIVIDAD SEXUAL													
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A										
833	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 836										
834	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con su esposo o compañero o con otro hombre?  (SI ES MENOS DE 24 HORAS ESCRIBA "00" EN EL RECUADRO DIAS)	DIAS ----- 1 SEMANAS ----- 2 MESES ----- 3 AÑOS ----- 4 NO SABE / NO RECUERDA ----- 9	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table> → 900F → 900F									9	8
9	8												
835	La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, ¿Utilizó usted o su pareja algún método para prevenir embarazo o contagiarse de enfermedades de transmisión sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 900F → 900F										
836	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la última relación sexual?	PILDORA ----- 01 DIU ----- 02 INYECCIONES ----- 03 NORPLANT (IMPLANTES) ----- 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS ----- 05 PRESERVATIVO (CONDON) ----- 06 ESTERILIZACION FEMENINA ----- 07 ESTERILIZACION MASCULINA ----- 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ----- 09 RETIRO ----- 10 MELA ----- 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA ----- 12 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA ----- 98											

**SECCION 9. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS						PASE A			
<b>900F</b>	<p><b>REVISE 805 Y 827 NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</b></p> <p align="center">1</p> <p align="center"><b>SOLO HACER PREGUNTAS 902 Y 903 Y PASAR A 908F</b></p>	<p align="center"><b>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</b></p> <p align="center">2</p> <p align="center"><b>HACER TODAS LAS PREGUNTAS</b></p>									
<b>901Y</b>	<p><b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es decir, de las enfermedades que pueden ser contraídas al momento de tener contacto sexual con otra persona.</b></p>										
	<p align="center">902</p> <p>¿Qué enfermedades conoce o ha escuchado hablar que se transmiten por medio de las relaciones sexuales entre dos o mas personas?</p>	<p align="center">903</p> <p>¿Conoce o ha escuchado hablar de (ENFERMEDAD)?</p>		<p align="center">904</p> <p>¿Alguna vez usted ha padecido de (ENFERMEDAD)?</p>		<p align="center">905</p> <p>¿Buscó ayuda o asistencia para curarse de esta enfermedad?</p>		<p align="center">906</p> <p>¿Con quién busco asistencia para curar la (ENFERMEDAD)? (ANOTE EL CODIGO)</p>	<p align="center">907</p> <p>¿Su pareja también tuvo tratamiento para curarse de esta enfermedad?</p>		
	SI ESPONTANEO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		SI	NO	NO SABE
<b>01. SIFILIS (CHANCRO)</b>	Se presenta por una llaga en la vagina, pene, ano o boca, puede causar daños al cerebro, corazón y llevar a la muerte.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>02. CHANCRO BLANDO</b>	Es la aparición de masas dolorosas en los órganos genitales, se llenan de pus y al romperse dejan heridas dolorosas.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>03. GONORREA (PURGACION, FLOR BLANCA)</b>	Produce flujo color blanco, amarillo o verde que puede ser vaginal, uretral, anal, causa dolor y ardor al orinar.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>04. HERPES GENITAL</b>	Se caracteriza por la erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas sobre los genitales.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>05. CANDIDIASIS</b>	Es causada por un hongo que afecta boca, garganta y vagina, en vaginitis presenta un flujo blanquecino espeso.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>06. PAPILOMAS</b>	Crecimiento de carnosidades, parecidas a cresta de gallo o coliflor, de color rojizo, cenizos o morados, en el hombre puede causar cáncer del pene y en la mujer cáncer en el útero.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>07. TRICOMONIASIS</b>	Flujo vaginal verde amarillento, espumoso y de mal olor, comezón y dolor en el coito.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>08. LADILLAS</b>	Son parásitos que se alojan en las regiones genitales tanto en hombres como en mujeres, provocando prurito (picaazón) y lesiones en piel.	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
<b>09. SIDA</b>	Es una enfermedad producida por un virus que reduce la capacidad del cuerpo para combatir las enfermedades.	1	2 3								
<b>10. ¿Conoce o ha escuchado hablar de alguna otra enfermedad o infección?</b>	SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR	1	2 3	1 2	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1	2	8
					(PASE A 908F)		(PASE A 908F)				
<b>CODIGOS DE PREGUNTA 906:</b>											
01. HOSPITAL PUBLICO	05. PROMOTOR DE SALUD	08. HOSPITAL PRIVADO	11. CURANDERO								
02. CENTRO DE SALUD	06. APROFAM	09. CLINICA PRIVADA	12. AMIGO								
03. PUESTO DE SALUD	07. MEDICO	10. FARMACIA	96. OTRO: _____								
04. IGSS											



**SECCION 9. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<b>908F</b>	<p><b>REVISE 902 Y 903</b></p> <p align="center"> <b>NO CONOCE NI HA ESCUCHADO HABLAR DEL SIDA</b>      <b>1</b> </p> <p align="center"> <b>CONOCE O HA ESCUCHADO HABLAR DEL SIDA</b>      <b>2</b> </p> <p align="right">911</p>		
<b>909Y</b>	<b>Ahora le haré unas preguntas sobre una enfermedad que afecta tanto a los hombres como a las mujeres.</b>		
910	¿Usted ha oído hablar de la enfermedad llamada SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1000Y
911	¿Según usted una persona puede tener el virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
912	¿Según usted existe curación para el SIDA?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
913	¿Según usted, cómo se transmite el SIDA? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA) ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____ _____	COMPARTIR JERINGAS USADAS/NO ESTERILIZADAS --- A TENER RELACIONES SEXUALES SIN USAR CONDON ---- B TENER RELACIONES SEXUALES CON UN PROSTITUTO -- C RECIBIR UNA TRANSFUSION DE SANGRE ----- D TENER RELACIONES CON HOMBRE INFIEL ----- E DAR (DONAR) SANGRE ----- F OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
914	Según su opinión ¿Cómo se puede evitar el SIDA? (CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA)	PRACTICAR SEXO SEGURO ----- A USAR CONDONES ----- B TENER UNA SOLA PAREJA/FIDELIDAD ----- C NO TENER RELACIONES CON HOMBRES INFIELES ---- D NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS E NO USAR JERINGAS USADAS/NO ESTERILIZADAS ---- F NO ACEPTAR TRANSFUSIONES DE SANGRE ----- G NO TENER SEXO ORAL ----- H NO TENER RELACIONES SEXUALES ----- I REDUCIR EL NUMERO DE PAREJAS ----- J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- Y	
915	¿Ha oído hablar del examen que se realiza para saber si una persona tiene el virus del SIDA?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 919
916	¿Usted quisiera actualmente realizarse este examen?	SI ----- 1 NO ----- 2	
917	¿Sabe dónde puede realizarse el examen?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 919
918	¿Dónde se puede realizar este examen?	HOSPITAL PUBLICO ----- A CENTRO DE SALUD ----- B PUESTO DE SALUD ----- C IGSS ----- D HOSPITAL PRIVADO ----- E CLINICA PRIVADA ----- F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR ----- G LABORATORIO PRIVADO----- H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- Y	
919	¿Cree usted que su comportamiento sexual sería diferente si el SIDA no existiera?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	→ 921 → 921



**SECCION 9. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
920	¿En qué forma sería diferente? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	TENDRIA MAS DE UNA PAREJA ----- A HUBIERA TENIDO SEXO POR PRIMERA VEZ A UNA EDAD MAS TEMPRANA ----- B NO USARIA CONDONES ----- C OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
921	Si un familiar suyo se contagiara con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría dispuesta a cuidarlo o cuidarla en su propia casa?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
922	¿Según usted se les debería permitir a las personas con SIDA que trabajen con otras personas?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
923	¿Según usted se les debería permitir a las personas con SIDA que continúen en sus trabajos?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
924	¿Según usted se les debería enseñar a los varones adolescentes como utilizar un condón para prevenir el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	
925	¿Según usted se les debería enseñar a las mujeres adolescentes como utilizar un condón para prevenir el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	



**SECCION 10. RIESGOS DE SALUD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A																												
<b>1000Y</b>	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su salud.</b>																														
1001	¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1007																												
1002	¿En los últimos 30 días ha tomado bebidas alcohólicas?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1007																												
1003	¿Qué licor o bebida ha tomado durante los últimos 30 días?  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____ _____	<table border="0"> <tr> <td align="center" colspan="2">BEBIDA</td> <td align="center" colspan="2">CODIGO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>_____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Y NO RECUERDA -----</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	BEBIDA		CODIGO		A	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Y NO RECUERDA -----		<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ 1005
BEBIDA		CODIGO																													
A	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
B	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
C	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
D	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
E	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
Y NO RECUERDA -----		<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
1004	¿La última vez que tomó (NOMBRE DE BEBIDA MENCIONADA) qué cantidad consumió?  REVISE 1003 ESCRIBA LA CANTIDAD EN LOS RECUADROS Y ANOTE LA UNIDAD EN EL ESPACIO EN BLANCO.  ESCRIBA LA RESPUESTA TEXTUAL _____	<table border="0"> <tr> <td align="center" colspan="2">NUMERO</td> <td align="center" colspan="2">UNIDAD</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>	NUMERO		UNIDAD		A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____					
NUMERO		UNIDAD																													
A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____																												
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____																												
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____																												
D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____																												
E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____																												
1005	¿En dónde y con quién prefiere tomar licor o cerveza?	EN CASA SOLA ----- 01 EN CASA CON LA FAMILIA ----- 02 EN CASA CON LOS AMIG@S ----- 03 FUERA DE LA CASA CON AMIG@S ----- 04 FUERA DE LA CASA SOLA ----- 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 1007 → 1007 → 1007																												
1006	¿Con qué frecuencia llega usted tomada o ebria al hogar?	ALGUNAS VECES AL AÑO ----- 01 UNA VEZ AL MES ----- 02 UNA VEZ A LA QUINCENA ----- 03 UNA VEZ A LA SEMANA ----- 04 CADA FIN DE SEMANA ----- 05 CASI DIARIO ----- 06 NUNCA ----- 08 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																													
1007	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1010Y																												
1008	¿Durante los últimos 30 días, ha fumado cigarrillos?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1010Y																												
1009	Durante los últimos 30 días, en promedio ¿Cuántos cigarrillos fumó usted por día?	NUMERO ----- 1 FUMA OCASIONALMENTE ----- 9 OTRO _____ 9 NO RECUERDA ----- 9	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9	5	9	6	9	8																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
9	5																														
9	6																														
9	8																														
<b>1010Y</b>	<b>Cambiando de tema, le voy a hacer algunas preguntas de su salud como mujer.</b>																														
1011	¿Ha oído hablar del examen de cáncer en la matriz (papanicolau) que se realizan las mujeres?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1019Y																												
1012	¿Se ha hecho alguna vez en su vida éste examen?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1015																												
1013	¿Por qué no se ha hecho un examen de papanicolau?	NO SABE QUE ES ----- 01 NO SABE DONDE LO HACEN ----- 02 LE DA VERGÜENZA ----- 03 NO CREE QUE ES IMPORTANTE ----- 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98																													
<b>1014P</b>	<b>PASE A 1019Y</b>																														



**SECCION 10. RIESGOS DE SALUD**

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A
1015	¿Qué edad tenía cuando se hizo el examen de papanicolau por primera vez?	EDAD EN AÑOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8	
1016	¿Hace cuánto tiempo se hizo por última vez el examen de papanicolau? SI LE DICE LA FECHA, CALCULE PARA ANOTAR LOS DIAS, MESES O AÑOS QUE CORRESPONDAN FECHA:	DIAS ----- 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ----- 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	
1017	¿En qué lugar le hicieron el examen?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO ----- 11 CENTRO DE SALUD ----- 12 PUESTO DE SALUD ----- 13 IGSS ----- 14 HOSPITAL PRIVADO ----- 21 CLINICA PRIVADA ----- 22 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR ----- 23 APROFAM ----- 24 FARMACIA ----- 25 OTRO PRIVADO ----- 26 (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA ----- 98	
1018	¿Qué le dijeron cuando le entregaron el resultado del examen?	NO HA RECIBIDO LOS RESULTADOS ----- 01 RESULTADO NEGATIVO (NORMAL) ----- 02 DEBIA REPETIRLO INMEDIATAMENTE ----- 03 DEBIA REPETIRLO EN MENOS DE UN AÑO ----- 04 LA TENIAN QUE OPERAR ----- 05 ESTABA ENFERMA ----- 06 QUE TENIA CANCER ----- 07 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	
<b>1019Y</b>	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la inyección para evitar el tétanos.</b>		
1020	REVISE 311F Y 360  HA TENIDO UNO O MAS HIJOS O ALGUN ABORTO <input type="text"/> 1 NO HA TENIDO HIJOS O ABORTOS <input type="text"/> 2  A partir de los 10 años , en la época en que no ha estado embarazada, ¿Usted recibió alguna inyección en el brazo para evitar el tétanos? A partir de los 10 años , ¿Usted recibió alguna inyección en el brazo para evitar el tétanos?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 3	→ 1022F → 1022F
1021	¿Cuántas veces ha recibido la inyección en el brazo para evitar el tétanos?	NUMERO DE VECES (INYECCIONES) ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 8	
1022F	REVISE 336 ACTUALMENTE EMBARAZADA <input type="text"/> 1 NO ESTA EMBARAZADA <input type="text"/> 2		→ 1100F
1023	¿Le han colocado a usted alguna inyección en el brazo para que el/la niñ@ no tenga tétanos (convulsiones) cuando nazca?	SI ----- 1 NO ----- 2	
1024	¿Cuántas veces le han puesto esta inyección hasta la fecha?  SI TIENE UN CARNET DE CONTROL PRENATAL PIDA QUE SE LO MUESTRE	NUMERO DE VECES SEGUN CARNET ----- 1 <input type="text"/> NUMERO DE VECES SEGUN ENTREVISTADA ----- 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA ----- 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	



SECCION 11. ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER ENTREVISTADA			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1100F	<b>REVISE 201 Y 202</b> ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> → 1103 NUNCA HA ESTADO CASADA NI EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span> → 1109	
1101Y	<b>Ahora le haré algunas preguntas acerca de su esposo y del trabajo que él tiene.</b>		
1102	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
1103	¿Asistió su esposo (compañero) alguna vez a la escuela?	SI ----- 1 NO ----- 2	→1105
1104	¿Cuál es el último año de estudios que su esposo/compañero ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR ----- 0 <input type="text"/> 0 PRIMARIA ----- 1 <input type="text"/> SECUNDARIA ----- 2 <input type="text"/> SUPERIOR/UNIVERSITARIA ----- 3 <input type="text"/> ALFABETIZACION ----- 4 <input type="text"/> 0 NO SABE ----- 9 <input type="text"/> 8	
1105	<b>REVISE 1100F</b> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION ¿Cuál es el trabajo o la ocupación principal de su esposo (compañero)? ¿Cuál era el trabajo o la ocupación principal de su último esposo (compañero)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <hr/> <hr/> <hr/>	
1106F	<b>REVISE 1105</b> TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	NO TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> → 1108Y	
1107	<b>REVISE 1100F</b> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> ¿Trabaja su esposo (compañero) principalmente en tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabaja en la tierra de alguien más? ¿Trabajaba su esposo (compañero) principalmente en tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabajaba en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA ----- 1 TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2 TIERRA ALQUILADA ----- 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)	
1108Y	<b>Ahora le haré algunas preguntas acerca de sus labores y si usted trabaja o ha trabajado.</b>		
1109	Aproximadamente, ¿Cuántas horas al día dedica usted a las labores domésticas?	NINGUNA, MENOS DE UNA ----- 1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 HORAS ----- 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ----- 9 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 8	
1110	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie, otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Usted realiza actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1126
1111	¿Qué tipo de trabajo realiza usted principalmente? ¿Cuál es su ocupación principal?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO TIENE OCUPACIÓN ----- 9 9 9 7	
1112	¿Usted ha desempeñado algún trabajo en los últimos 12 meses en que gane algún dinero?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1126
1113	¿Cuántos trabajos tiene en los que gane algún dinero?	NUMERO DE TRABAJOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNO ----- 0 0	→ 1116F
1114	En total, ¿Cuántas horas trabaja usted diariamente?	NUMERO DE HORAS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 11. ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER ENTREVISTADA			
No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1115	REVISE 1100F ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION ¿Su esposo (compañero) está de acuerdo con que usted trabaje? 1 2	ESTA DE ACUERDO ----- 01 NO ESTA DE ACUERDO ----- 02 LO RECHAZA ----- 03 LE ES INDIFERENTE ----- 04 OTRA ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
1116F	REVISE 1111 TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA 1 NO TRABAJA PRINCIPALMENTE EN LA AGRICULTURA 2		1118
1117	En su trabajo actual ( o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted en tierra propia o de su familia, en tierra alquilada, o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA ----- 1 TIERRA DE LA FAMILIA ----- 2 TIERRA ALQUILADA ----- 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS ----- 4 OTRA ----- 6 (ESPECIFIQUE)	
1118	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más como empresas, organizaciones, etc.?	POR CUENTA PROPIA ----- 1 PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA ----- 2 PARA ALGUIEN MAS ----- 3	
1119	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses). ¿Trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO ----- 1 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO ----- 2 DE VEZ EN CUANDO ----- 3	→ 1122
1120	En el último año (12 meses), ¿Durante cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
1121	En los meses que trabajó, ¿Aproximadamente cuántos días a la semana desempeñó dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS ----- <input type="text"/> <input type="text"/>	
1122	REVISE 1100F ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 1 NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION 2 ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sola, su esposo (compañero), usted junto con su esposo (compañero), o alguien más? ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más o usted junto con alguien más?	LA ENTREVISTADA DECIDE ----- 1 ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE ----- 2 JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO ----- 3 ALGUIEN MAS DECIDE ----- 4 JUNTO CON ALGUIEN MAS ----- 5	
1123	¿Realiza usted su trabajo actual (o de los últimos 12 meses) en la casa, o fuera de la casa?	EN LA CASA ----- 1 FUERA DE LA CASA ----- 2	
1124F	REVISE 319 Y 320 TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA 1 NO TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA 2		1126
1125	¿Quién cuida de (NOMBRE DEL/LOS MENOR/ES) mientras usted trabaja?	ELLA MISMA ----- 01 ESPOSO/COMPAÑERO ----- 02 HIJOS MAYOR (ES) ----- 03 HIJAS MAYOR (ES) ----- 04 OTROS FAMILIARES ----- 05 VECIN@S ----- 06 AMIG@S ----- 07 SIRVIENTE/EMPLEAD@ DOMESTIC@ ----- 08 NIÑ@ ESTA EN LA ESCUELA/KINDER ----- 09 GUARDERIA INFANTIL ----- 10 NO TRABAJA DESDE QUE NACIO EL NIÑ@ ----- 11 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE)	
1126	¿Es usted afiliada o beneficiaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o IGSS?	SI ----- 1 NO ----- 2	
1127	¿Tiene usted un plan de seguro privado de salud (que no sea el Seguro Social o IGSS)?	SI ----- 1 NO ----- 2	

**SECCION 12. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A	
1200V	OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. NO CONTINUE HASTA QUE LA PERSONA ENTREVISTADA ESTE COMPLETAMENTE SOLA.			
	PRIVACIDAD OBTENIDA. ENTREVISTADA SOLA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> ↓ ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> ↓	PRIVACIDAD IMPOSIBLE. NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> →	1224	
1201F	REVISE 201 Y 202			
	ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> ↓	ALGUNA VEZ O NUNCA CASADA/UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> →	1205	
1202Y	Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la forma en que usted es tratada por su esposo o pareja y familiares. Sus respuestas son muy importantes para ayudar a conocer las condiciones de violencia que sufren algunas mujeres en Guatemala. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.			
1203	Tiene que pedirle permiso a su esposo para:	1204	¿Con qué frecuencia tiene que pedirle permiso para:?	
<b>SI RESPONDE SI EN 1203 PREGUNTE 1204</b>		<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NO SABE</b>
a) ¿Salir sola fuera de casa a cualquier parte?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
b) ¿Realizar algún gasto de la casa?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
c) ¿Ir a visitar a sus familiares?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
d) ¿Ir a visitar a sus amig@s?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
e) ¿Trabajar fuera de casa?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
f) ¿Usar algún método de Planificación Familiar?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
g) ¿Ir con el médico cuando se siente enferma?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
h) ¿Participar en actividades de su comunidad?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
i) ¿Administrar el dinero de la casa?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
j) ¿Seguir estudiando/aprender algún oficio?	SI ----- 1 → NO ----- 2 ↘	1	2	8
1205	Desde que usted cumplió 15 años, ¿Ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona?	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 1207
1206	¿Quién le golpeo o agredió físicamente? ¿Y alguien más?	MADRE ----- A PADRE ----- B PADRASTRO/MADRASTRA ----- C HERMAN@ ----- D ABUEL@S ----- E NOVIO ----- F ESPOSO/COMPAÑERO ----- G OTRO ----- X  (ESPECIFIQUE)		
1207	REVISE 201  ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> ↓ NO CASADA O UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> ↓ ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido compañero, pareja, novio o enamorado?	SI ----- 1 NO ----- 2		→ 1216



**SECCION 12. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A
1215	¿Por qué razón usted no ha pedido ayuda?	NO SABE A DONDE ACUDIR ----- A NO CREE EN LAS AUTORIDADES ----- B NO TIENE DINERO ----- C TIENE MIEDO ----- D LA AMENAZA LA FAMILIA ----- E LA RELIGIÓN SE LO PROHIBE ----- F ESTA AMENAZADA DE MUERTE ----- G OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1216	¿Antes de que usted cumpliera los 12 años, recuerda usted si alguna persona mayor que usted, alguna vez la tocó sexualmente o le hizo algún acto sexual?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1219
1217	¿Quién era esa persona?	PADRE----- A PADRASTRO----- B OTRO FAMILIAR ----- C MAESTRO ----- D CONOCIDO----- E DESCONOCIDO----- F NOVIO----- G ESPOSO/COMPAÑERO----- H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1218	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió por primera vez? <b>INDAGUE</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA. ----- 9 8	
1219	Después de que usted cumplió 12 años hasta hoy, ¿Recuerda usted si alguien la forzó físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer algún acto sexual que usted no quería?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1222
1220	¿Quién fue la persona que lo hizo?	PADRE----- A PADRASTRO----- B OTRO FAMILIAR ----- C MAESTRO ----- D CONOCIDO----- E DESCONOCIDO----- F NOVIO----- G ESPOSO/COMPAÑERO----- H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1221	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? <b>INDAGUE</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ----- <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA. ----- 9 8	
1222	¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	SI ----- 1 NO ----- 2	→ 1224

SECCION 12. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A																								
1223	¿Quién la obligó?	MADRE ----- A PADRE ----- B MADRASTRA ----- C PADRASTRO ----- D HERMANA ----- E HERMANO ----- F HIJA ----- G HIJO ----- H ESPOSO/COMPAÑERO ----- I EX ESPOSO/EX COMPAÑERO ----- J SUEGRA ----- K SUEGRO ----- L NOVIO ----- M MUJER AMIGA ----- N HOMBRE AMIGO ----- O PROFESOR@ ----- P JEF@ ----- Q COMPAÑERO DE TRABAJO ----- R DESCONOCID@ ----- S OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)																									
1224	¿En qué forma usualmente le castigan (castigaban) a usted sus padres?  ¿De alguna otra forma?	PALMADAS ----- A REPRIMENDA VERBAL ----- B PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA ----- C GOLPEANDOLA ----- D QUEMANDOLA ----- E DEJANDOLA ENCERRADA ----- F IGNORANDOLA ----- G PONIENDOLE MAS TRABAJO ----- H DEJANDOLA FUERA DE CASA ----- I HUNDIENDOLA EN AGUA ----- J QUITANDOLE LA ROPA ----- K QUITANDOLE LAS PERTENENCIAS ----- L QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO ----- M OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)  NO LE CASTIGABAN ----- Z																									
1225	¿Cree usted que para educar a l@s hij@s es necesario el castigo físico?	SI ----- 1 NO ----- 2 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)																									
1226	¿Hasta donde usted sabe, su papá golpeaba a su mamá?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8																									
1227F	REVISE 319  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>AL MENOS UN HIJ@ VIV@ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span></span> <span><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> NINGUN HIJ@ VIV@</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> → <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span> → 1230                     </div>																										
1228	REVISE 316  TIENE HIJOS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span> TIENE HIJAS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</span>  ¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos en el hogar?      ¿Quién castiga (castigaba) a sus hijas en el hogar?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">HIJOS</td> <td style="text-align: center;">HIJAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PADRE -----</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MADRE -----</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>NADIE/NO LOS CASTIGAN -----</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: center;">Y</td> <td style="text-align: right;">→ 1230</td> </tr> </table>		HIJOS	HIJAS		PADRE -----	A	A		MADRE -----	B	B		OTRO _____	X	X		(ESPECIFIQUE)				NADIE/NO LOS CASTIGAN -----	Y	Y	→ 1230	
	HIJOS	HIJAS																									
PADRE -----	A	A																									
MADRE -----	B	B																									
OTRO _____	X	X																									
(ESPECIFIQUE)																											
NADIE/NO LOS CASTIGAN -----	Y	Y	→ 1230																								



SECCION 12. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS						PASE A
1229	¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijos ?  ¿En qué forma castiga (castigaba) (PERSONA) a sus hijas ?  A. PALMADAS ----- B. REPRIMENDA VERBAL ----- C. PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA ----- D. PRIVANDOLOS DE LA ALIMENTACION ----- E. CON GOLPES O CASTIGO FISICO ----- F. DEJANDOLOS ENCERRADOS ----- G. IGNORANDOLOS ----- H. PONIENDOLES MAS TRABAJO ----- I. DEJANDOLOS FUERA DE CASA ----- J. ECHANDOLES AGUA ----- K. QUITANDOLES LA ROPA ----- L. QUITANDOLES LAS PERTENENCIAS ----- X. OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	SI 1228=A <input type="checkbox"/>		SI 1228=B <input type="checkbox"/>		SI 1228=X <input type="checkbox"/>		
		HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	
		A	A	A	A	A	A	
		B	B	B	B	B	B	
		C	C	C	C	C	C	
		D	D	D	D	D	D	
		E	E	E	E	E	E	
		F	F	F	F	F	F	
		G	G	G	G	G	G	
		H	H	H	H	H	H	
		I	I	I	I	I	I	
		J	J	J	J	J	J	
		K	K	K	K	K	K	
		L	L	L	L	L	L	
		X	X	X	X	X	X	
1230	¿Alguna vez usted ha golpeado o agredido a su esposo o compañero cuando él no lo ha hecho?	SI ----- 1 NO ----- 2						
1231V	USTED TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE ALGUNA PERSONA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRO EN EL CUARTO, O INTERRUMPIO EN ALGUNA OTRA FORMA			SI UNA VEZ	SI MAS DE UNA VEZ	NO		
		ESPOSO/COMPAÑERO -----		A	A	A		
		OTRO HOMBRE ADULTO -----		B	B	B		
		MUJER ADULTA -----		C	C	C		
		OTRA PERSONA _____ (ESPECIFIQUE)		X	X	X		

SECCION 13. ASISTENCIA ESCOLAR DE HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS

1300F	REVISE EN 319 Y 320 NUMERO DE HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS DE EDAD QUE VIVAN CON LA PERSONA ENTREVISTADA A 1319	HIJ@S	SI 00. O NINGUN@ PASE	
IDENTIFIQUE EN 319 LOS HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS DE EDAD. ANOTE EN 1301F LOS NOMBRES Y NUMEROS DE LINEA, EMPEZANDO POR EL/LA MENOR DE ELL@S (DE MENOR A MAYOR).				
No	PREGUNTA	MENOR	SEGUNDO MENOR	TERCER MENOR
1301F	REVISE 315 y 319 PARA: NUMERO DE LINEA EDAD DEL NIÑO NOMBRE	NUMERO DE LINEA ..... EDAD DEL NIÑO .....	NUMERO DE LINEA ..... EDAD DEL NIÑO .....	NUMERO DE LINEA ..... EDAD DEL NIÑO .....
1302Y	<i>Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con la educación de sus hij@s.</i>			
1303	¿Ha asistido ( <b>NOMBRE</b> ) a la escuela primaria alguna vez?	SI -----1 NO -----2 PASE A 1316 NO SABE -----8 PASE A 1318P	SI -----1 NO -----2 PASE A 1316 NO SABE -----8 PASE A 1318P	SI -----1 NO -----2 PASE A 1316 NO SABE -----8 PASE A 1318P
1304	¿Qué edad tenía ( <b>NOMBRE</b> ) cuando comenzó el primer grado de primaria?	EDAD DE INICIO .....	EDAD DE INICIO .....	EDAD DE INICIO .....
1305	¿Está ( <b>NOMBRE</b> ) inscri@ en la escuela o colegio en el año 2002?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312)	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312)	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312)
1306	¿En qué grado está inscri@ ( <b>NOMBRE</b> ), en el año 2002?	NIVEL GRADO □ □	NIVEL GRADO □ □	NIVEL GRADO □ □
1307	¿( <b>NOMBRE</b> ) está repitiendo el grado este año?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
1308	¿La escuela o colegio donde estudia ( <b>NOMBRE</b> ), es pública o privada?	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8
1309	¿Quién decide en su hogar dónde inscribir a ( <b>NOMBRE</b> )?	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8
1310	En su hogar. ¿Quién hace los trámites y averiguaciones para inscribir a ( <b>NOMBRE</b> )?	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8
1311P	<b>PASE A 1315</b>			
1312	¿Qué edad tenía ( <b>NOMBRE</b> ) la última vez que l@ inscribió?	AÑOS DE EDAD .....	AÑOS DE EDAD .....	AÑOS DE EDAD .....
1313	¿Por qué dejó ( <b>NOMBRE</b> ) la escuela?	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98
1314	¿Cuál es el grado más alto de estudio que ( <b>NOMBRE</b> ) ganó?	NIVEL GRADO □ □	NIVEL GRADO □ □	NIVEL GRADO □ □
1315	¿Cuántas veces ha repetido ( <b>NOMBRE</b> ) un grado?	No. DE VECES ----- NUNCA----- 0	No. DE VECES ----- NUNCA----- 0	No. DE VECES ----- NUNCA----- 0
1316	¿Recibe o recibió ( <b>NOMBRE</b> ) clases en un idioma maya?	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2
1317	¿Alguna vez asistió ( <b>NOMBRE</b> ) a kinder preescolar (párvulos)?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
1318P	<b>PASE A SIGUIENTE HIJ@</b>		<b>PASE A SIGUIENTE HIJ@</b>	<b>PASE A SIGUIENTE HIJ@</b>

\*\* CODIGOS PARA LAS PREGUNTAS 1306 Y 1314

NIVEL EDUCATIVO:

0 = NINGUN  
1 = PRIMARIA  
2 = SECUNDARIA  
4 = ALFABETIZACION  
9 = NO SABE

GRADO:

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
0  
8

= MENOS DE UN AÑO DE EDUCACION APROBADO  
= GRADOS PARA NIVEL PRIMARIA  
= GRADOS PARA NIVEL SECUNDARIA  
= ALFABETIZACION  
= NO SABE

**SECCION 13. ASISTENCIA ESCOLAR DE HIJ@S DE 5 A 15 AÑOS**

No	PREGUNTA	CUARTO MENOR	QUINTO MENOR	MAYOR
<b>1301F</b>	<b>REVISE 315 y 319 PARA:</b> NUMERO DE LINEA EDAD DEL NIÑO NOMBRE	NUMERO DE LINEA ..... <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ..... <input type="text"/>	NUMERO DE LINEA ..... <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ..... <input type="text"/>	NUMERO DE LINEA ..... <input type="text"/> EDAD DEL NIÑO ..... <input type="text"/>
<b>1302Y</b>	<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con la educación de sus hij@s.</b>			
1303	¿Ha asistido ( <b>NOMBRE</b> ) a la escuela primaria alguna vez?	SI-----1 NO-----2 PASE A 1316 ← NO SABE-----8 PASE A 1318P ←	SI-----1 NO-----2 PASE A 1316 ← NO SABE-----8 PASE A 1318P ←	SI-----1 NO-----2 PASE A 1316 ← NO SABE-----8 PASE A 1318P ←
1304	¿Qué edad tenía ( <b>NOMBRE</b> ) cuando comenzó el primer grado de primaria?	EDAD DE INICIO ..... <input type="text"/>	EDAD DE INICIO ..... <input type="text"/>	EDAD DE INICIO ..... <input type="text"/>
1305	¿Está ( <b>NOMBRE</b> ) inscri@ en la escuela o colegio en el año 2002?	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312) ←	SI ----- 1 NO ----- 2 (PASE A 1312) ←
1306	¿En qué grado está inscri@ ( <b>NOMBRE</b> ), en el año 2002?	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>
1307	¿( <b>NOMBRE</b> ) está repitiendo el grado este año?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
1308	¿La escuela o colegio donde estudia ( <b>NOMBRE</b> ), es pública o privada?	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8	PUBLICA ----- 1 PRIVADA ----- 2 NO SABE ----- 8
1309	¿Quién decide en su hogar dónde inscribir a ( <b>NOMBRE</b> )?	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE DECIDE ----- 1 MADRE DECIDE ----- 2 AMBOS DECIDEN ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8
1310	En su hogar. ¿Quién hace los trámites y averiguaciones para inscribir a ( <b>NOMBRE</b> )?	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8	PADRE ----- 1 MADRE ----- 2 AMBOS ----- 3 OTRO ----- 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 8
<b>1311P</b>	<b>PASE A 1315</b>			
1312	¿Qué edad tenía ( <b>NOMBRE</b> ) la última vez que l@ inscribió?	AÑOS DE EDAD ..... <input type="text"/>	AÑOS DE EDAD ..... <input type="text"/>	AÑOS DE EDAD ..... <input type="text"/>
1313	¿Por qué dejó ( <b>NOMBRE</b> ) la escuela?	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98	DISCAPACIDAD FISICA/MENTAL--- 01 PROBLEMAS FAMILIARES----- 02 PROBLEMAS ECONOMICOS----- 03 PROBLEMAS DE LA ESCUELA----- 04 YA NO HABIA GRADO----- 05 TENIA QUE TRABAJAR----- 06 MUY LEJOS----- 07 POR BAJO RENDIMIENTO----- 08 CAMBIO DE DOMICILIO----- 09 OTRO ----- 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ----- 98
1314	¿Cuál es el grado más alto de estudio que ( <b>NOMBRE</b> ) ganó?	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>	NIVEL GRADO <input type="text"/> <input type="text"/>
1315	¿Cuántas veces ha repetido ( <b>NOMBRE</b> ) un grado?	No. DE VECES ..... <input type="text"/> NUNCA----- 0	No. DE VECES ..... <input type="text"/> NUNCA----- 0	No. DE VECES ..... <input type="text"/> NUNCA----- 0
1316	¿Recibe o recibió ( <b>NOMBRE</b> ) clases en un idioma maya?	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2	SI -----1 NO ----- 2
1317	¿Alguna vez asistió ( <b>NOMBRE</b> ) a kinder preescolar (párvulos)?	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8	SI ----- 1 NO ----- 2 NO SABE ----- 8
<b>1318P</b>		<b>PASE A SIGUIENTE HIJ@</b>	<b>PASE A SIGUIENTE HIJ@</b>	

\*\* CODIGOS PARA LAS PREGUNTAS 1306 Y 1314

NIVEL EDUCATIVO:

0 = NINGUN  
1 = PRIMARIA  
2 = SECUNDARIA  
4 = ALFABETIZACION  
9 = NO SABE

GRADO:

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
0  
8

= MENOS DE UN AÑO DE EDUCACION APROBADO  
= GRADOS PARA NIVEL PRIMARIA  
= GRADOS PARA NIVEL SECUNDARIA  
= ALFABETIZACION  
= NO SABE

**1319 ENCUESTADORA:**

- AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA
- REGRESE A LA PRIMERA PAGINA DEL CUESTIONARIO Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO.
- ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL

**1320** ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA ENTREVISTA

HORAS .....

MINUTOS .....

**SECCION 14A. PESO Y TALLA DE MUJERES Y NIÑ@S**

<b>1400F</b>	<b>REVISE 315 Y 317</b>	<p align="center"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>      <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> </p> <p align="center">                 UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1997      SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1997             </p>			
<b>1400V</b>	<b>ESCRIBA LA HORA DE INICIO DE LA MEDICION</b>	HORAS ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MINUTOS ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			
<b>1401F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN 1402F (COLUMNAS 2-4) REVISE 315 Y ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑ@ NACID@ DESDE ENERO DE 1997 QUE AUN ESTE VIV@.</li> <li>• EN 1403F Y 1404 Y REVISE 317 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TOD@S L@S HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 1997</li> <li>• EN 1408 Y 1409 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TOD@S L@S HIJ@S NACID@S VIV@S.</li> <li>• NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UN@ O MAS NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 1997 DEBEN DE SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TOD@S L@S HIJ@S HAN MUERTO.</li> <li>• SI HAY MAS DE 3 HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 1997 UTILICE OTRO CUESTIONARIO.</li> </ul>				
<b>No</b>		<b>[1] ENTREVISTADA</b>	<b>[2] ULTIM@ HIJ@ VIV@</b>	<b>[3] PENULTIM@ HIJ@ VIVO@</b>	<b>[4] ANTEPENULTIM@ HIJ@ VIV@</b>
<b>1402F</b>	<b>NUMERO DE LINEA PREGUNTA 315</b>		<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
<b>1403F</b>	<b>NOMBRE DE 315 PARA NIÑ@S</b>	<b>(NOMBRE)</b>	<b>(NOMBRE)</b>	<b>(NOMBRE)</b>	<b>(NOMBRE)</b>
<b>1404</b>	<b>REVISE 317 ESCRIBA FECHA DE NACIMIENTO</b>		DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
<b>1405</b>	<b>RESULTADO DE LA MEDICION</b>	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO _____6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE 3 HIJ@ RECHAZO ----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE 3 HIJ@ RECHAZO ----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE-3 HIJ@ RECHAZO ----4 MADRE RECHAZO ---5 OTRO _____6 (ESPECIFIQUE)
<b>1406</b>	<b>TIENE CICATRIZ DE BCG EN UNO DE LOS HOMBROS</b>		CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 (PASE A 1408)	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 (PASE A 1408)	CICATRIZ OBS.----1 SIN CICATRIZ ----2 (PASE A 1408)
<b>1407</b>	<b>HOMBRO EN QUE EL NIÑ@ TIENE LA CICATRIZ, DERECHO O IZQUIERDO</b>		HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2	HOMBRO IZQUIERDO 1 HOMBRO DERECHO --2
<b>1408</b>	<b>ESTATURA/TALLA EN CENTIMETROS</b>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
<b>1409</b>	<b>SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑ@ ACOSTAD@ PARAD@</b>		ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2	ACOSTAD@ -----1 PARAD@ -----2
<b>1410</b>	<b>PESO EN KILOS</b>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
<b>1411</b>	<b>FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA</b>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	DIA ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES ----- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO -- <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
<b>1412F</b>	<b>NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE DE LA ASISTENTE</b>	<b>CODIGO</b>	

**SECCION 14B. ANEMIA EN MUJERES Y NIÑ@S (PRUEBA DE HEMOGLOBINA)**

<b>1413F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN 1414F (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑ@ NACID@ DESDE ENERO DE 1997 QUE AUN ESTE VIV@.</li> <li>• EN 1416 ANOTE SI LA PERSONA FUE SELECCIONADA PARA LA PRUEBA DE ANEMIA.</li> <li>• EN 1418 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SEGUN LA MEDICION REALIZADA.</li> <li>• SI HAY MAS DE 3 HIJ@S NACID@S VIV@S DESDE ENERO DE 1997 UTILICE OTRO CUESTIONARIO</li> </ul>				
No		[1] ENTREVISTADA	[2] ULTIM@ HIJ@ VIV@	[3] PENULTIM@ HIJ@ VIV@	[4] ANTEPENULTIM@ HIJ@ VIV@
1414F	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 315		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1415F	NOMBRE DE 315 PARA NIÑ@S	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1416	¿PERSONA SELECCIONADA PARA PRUEBA DE ANEMIA?  <b>SELECCIONE UNICAMENTE A LOS NIÑ@S DE 6 A 59 MESES DE EDAD</b>	SI -----1 NO -----2	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←	SI -----1 NO -----2 (PASE A SIG.NAC.) ←
1417	RESULTADO DE LA MEDICION	MEDIDA -----1 NO PRESENTE -----3 RECHAZO -----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE -3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE -3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HIJ@ MEDID@ -----1 HIJ@ ENFERM@ -----2 HIJ@ NO PRESENTE -3 HIJ@ RECHAZO -----4 MADRE RECHAZO ----5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)
1418	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL
1419F	NOMBRE DE LA ANTROPOMETRISTA		CODIGO	NOMBRE DE LA ASISTENTE	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1420V	ESCRIBA LA HORA EN QUE FINALIZA LA MEDICIÓN			HORAS -----	<input type="text"/>
				MINUTOS -----	<input type="text"/>

**TABLA DE CONVERSIONES DE KILOGRAMOS A LIBRAS**

<b>KILOS</b>	<b>LIBRAS</b>	<b>KILOS</b>	<b>LIBRAS</b>	<b>KILOS</b>	<b>LIBRAS</b>	<b>KILOS</b>	<b>LIBRAS</b>	<b>KILOS</b>	<b>LIBRAS</b>
0.5	1.1	21.0	46.3	41.0	90.39	61.0	134.48	81.0	178.57
1.0	2.2	21.5	47.4	41.5	91.49	61.5	135.58	81.5	179.67
1.5	3.31	22.0	48.5	42.0	92.59	62.	136.69	82.0	180.78
2.0	4.41	22.5	49.6	42.5	93.7	62.5	137.79	82.5	181.88
2.5	5.51	23.0	50.71	43.0	94.8	63.0	138.89	83.0	182.98
3.0	6.61	23.5	51.81	43.5	95.9	63.5	139.99	83.5	184.08
3.5	7.72	24.0	52.91	44.0	97.0	64.0	141.09	84.0	185.19
4.0	8.82	24.5	54.01	44.5	98.11	64.5	142.2	84.5	186.29
4.5	9.92	25.0	55.12	45.0	99.21	65.0	143.3	85.0	187.39
5.0	11.02	25.5	56.22	45.5	100.31	65.5	144.4	85.5	188.49
5.5	12.13	26.0	57.32	46.0	101.41	66.0	145.5	86.0	189.6
6.0	13.23	26.5	58.42	46.5	102.51	66.5	146.61	86.5	190.7
6.5	14.33	27.0	59.52	47.0	103.62	67.0	147.71	87.0	191.8
7.0	15.43	27.5	60.63	47.5	104.72	67.5	148.81	87.5	192.9
7.5	16.53	28.0	61.73	48.0	105.82	68.0	149.91	88.0	19.
8.0	17.64	28.5	62.83	48.5	106.92	68.5	151.02	88.5	195.11
8.5	18.74	29.0	63.93	49.0	108.03	69.0	152.12	89.0	196.21
9.0	19.84	29.5	65.04	49.5	109.13	69.5	153.22	89.5	197.31
9.5	20.94	30.0	66.14	50.0	110.23	70.0	154.32	90.0	198.41
10.0	22.05	30.5	67.24	50.5	111.33	70.5	155.42	90.5	199.52
10.5	23.15	31.0	68.34	51.0	112.43	71.0	156.53	91.0	200.62
11.0	24.25	31.5	69.45	51.5	113.54	71.5	157.63	91.5	201.72
11.5	25.35	32.0	70.55	52.0	114.64	72.0	158.73	92.0	202.82
12.0	26.46	32.5	71.65	52.5	115.74	72.5	159.83	92.5	203.93
12.5	27.56	33.0	72.75	53.	116.84	73.0	160.94	93.0	205.03
13.0	28.66	33.5	73.85	53.5	117.95	73.5	162.04	93.5	206.13
13.5	29.76	34.0	74.96	54.0	119.05	74.0	163.14	94.0	207.23
14.0	30.86	34.5	76.06	54.5	120.15	74.5	164.24	94.5	208.33
14.5	31.97	35.0	77.16	55.0	121.25	75.0	165.35	95.0	209.44
15.0	33.07	35.5	78.26	55.5	122.36	75.5	166.45	95.5	210.54
15.5	34.17	36.0	79.37	56.0	123.46	76.0	167.55	96.0	211.64
16.0	35.27	36.5	80.47	56.5	124.56	76.5	168.65	96.5	212.74
16.5	36.38	37.0	81.57	57.0	125.66	77.0	169.75	97.0	213.85
17.0	37.48	37.5	82.67	57.5	126.76	77.5	170.86	97.5	214.95
17.5	38.58	38.0	83.78	58.0	127.87	78.0	171.96	98.0	216.05
18.0	39.68	38.5	84.88	58.5	128.97	78.5	173.06	98.5	217.15
18.5	40.79	39.0	85.98	59.0	130.07	79.0	174.16	99.0	218.26
19.0	41.89	39.5	87.08	59.5	131.17	79.5	175.27	99.5	219.36
19.5	42.99	40.0	88.18	60.0	132.28	80.0	176.37	100.0	220.46
20.0	44.09	40.5	89.29	60.5	133.38	80.5	177.47	100.5	221.56



**OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA**  
**(para completarse después de terminar la entrevista)**

Comentarios sobre la persona entrevistada:

---

---

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas:

---

---

---

---

Otro tipo de comentarios:

---

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

---

---

---

Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA EDITORA DE CAMPO**

---

---

---

---

---

---



1				1	2	3			
		12	DIC	01			01		DIC
		11	NOV	02			02		NOV
		10	OCT	03			03		OCT
		09	SEP	04			04		SEP
2		08	AGO	05			05		AGO
0		07	JUL	06			06		JUL
0		06	JUN	07			07		JUN
2		05	MAY	08			08		MAY
		04	ABR	09			09		ABR
		03	MAR	10			10		MAR
		02	FEB	11			11		FEB
		01	ENE	12			12		ENE
		12	DIC	13			13		DIC
		11	NOV	14			14		NOV
		10	OCT	15			15		OCT
		09	SEP	16			16		SEP
2		08	AGO	17			17		AGO
0		07	JUL	18			18		JUL
0		06	JUN	19			19		JUN
1		05	MAY	20			20		MAY
		04	ABR	21			21		ABR
		03	MAR	22			22		MAR
		02	FEB	23			23		FEB
		01	ENE	24			24		ENE
		12	DIC	25			25		DIC
		11	NOV	26			26		NOV
		10	OCT	27			27		OCT
		09	SEP	28			28		SEP
2		08	AGO	29			29		AGO
0		07	JUL	30			30		JUL
0		06	JUN	31			31		JUN
0		05	MAY	32			32		MAY
		04	ABR	33			33		ABR
		03	MAR	34			34		MAR
		02	FEB	35			35		FEB
		01	ENE	36			36		ENE
		12	DIC	37			37		DIC
		11	NOV	38			38		NOV
		10	OCT	39			39		OCT
		09	SEP	40			40		SEP
1		08	AGO	41			41		AGO
9		07	JUL	42			42		JUL
9		06	JUN	43			43		JUN
9		05	MAY	44			44		MAY
		04	ABR	45			45		ABR
		03	MAR	46			46		MAR
		02	FEB	47			47		FEB
		01	ENE	48			48		ENE
		12	DIC	49			49		DIC
		11	NOV	50			50		NOV
		10	OCT	51			51		OCT
		09	SEP	52			52		SEP
1		08	AGO	53			53		AGO
9		07	JUL	54			54		JUL
9		06	JUN	55			55		JUN
8		05	MAY	56			56		MAY
		04	ABR	57			57		ABR
		03	MAR	58			58		MAR
		02	FEB	59			59		FEB
		01	ENE	60			60		ENE
		12	DIC	61			61		DIC
		11	NOV	62			62		NOV
		10	OCT	63			63		OCT
		09	SEP	64			64		SEP
1		08	AGO	65			65		AGO
9		07	JUL	66			66		JUL
9		06	JUN	67			67		JUN
7		05	MAY	68			68		MAY
		04	ABR	69			69		ABR
		03	MAR	70			70		MAR
		02	FEB	71			71		FEB
		01	ENE	72			72		ENE

**INSTRUCCIONES:**

SOLAMENTE PUEDE APARECER UN CODIGO EN CADA RECUADRO. TODOS LOS MESES DE LAS COLUMNAS 1 Y 3 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

**COLUMNA 1: NACIMIENTOS, EMBARAZOS, PERDIDAS (ABORTOS), USO DE ANTICONCEPTIVOS.**

N= NACIMIENTOS  
E= EMBARAZOS  
T= PERDIDAS (ABORTOS)  
M= MORTINATOS

0= NINGUN METODO

1= PILDORA

2= DIU

3= INYECCIONES

4= IMPLANTES

5= DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA

6= PRESERVATIVO (CONDON)

7= ESTERILIZACION FEMENINA

8= ESTERILIZACION MASCULINA.

9= ABSTINENCIA PERIODICA

A= RETIRO

B= MELA

X= OTRO \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

**COLUMNA 2: INTERRUPCION DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS**

1= QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA.

2= QUERIA QUEDAR EMBARAZADA.

3= COMPAÑERO DESAPROBABA.

4= EFECTOS SECUNDARIOS.

5= PREOCUPACIONES POR LA SALUD.

6= ACCESO/DISPONIBILIDAD.

7= QUERIA METODO EFECTIVO.

8= INCONVENIENTE DE USAR.

9= SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS.

C= COSTO.

F= FATALISTA

D= DIFICULTAD EN QUEDAR EMBARAZADA/  
MENOPAUSIA

S= DISOLUCION MATRIMONIAL/ SEPARACION

X= OTRO \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

Z= NO SABE

**COLUMNA 3: MATRIMONIO / UNION**

X= EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS).

0= NO ESTA EN UNION.

