

No. DE CUESTIONARIO: _____

No. SEGMENTO CORRELATIVO: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

**CUESTIONARIO
INDIVIDUAL**

**ENCUESTA
NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA
Y
SALUD
FAMILIAR**

ENESF-2001

**ASOCIACIÓN
HONDUREÑA DE
PLANIFICACIÓN DE
FAMILIA
(ASHONPLAFA)**

**SECRETARÍA DE
SALUD PÚBLICA**

**TEGUCIGALPA, F.M
HONDURAS, C.A.**

**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD FAMILIAR
(ENESF-2001)**

SECRETARÍA DE SALUD (SS)

ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA (ASHONPLAFA)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL	
100. CUESTIONARIO N°:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101. SEGMENTO CORRELATIVO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
102. VIVIENDA N°:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
103. NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA:	<input type="checkbox"/>
(Cuestionario de la vivienda)	

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Aldea/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote N°: _____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES: _____

Estamos haciendo una encuesta nacional para la Secretaría de Salud sobre la salud de la mujer y los niños y solicitamos su cooperación. La información proporcionada por usted es confidencial. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Es muy importante que sus respuestas sean verdaderas.

¿Usted está de acuerdo en ser entrevistada?

FIRMA DE ENCUESTADORA: _____ FECHA: _____

ENCUESTADORA: SI NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 5 EN RESULTADO.

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació Ud.?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 9898	
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
<p>SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2001 SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2000</p> <p>SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER</u></p>			
202	¿En dónde vivía Ud. a inicios de 1996 (hace 5 años)?	AQUÍ..... 1 <input type="radio"/> EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 <input type="radio"/> EN EL EXTRANJERO..... 3 <input type="radio"/>	204 204
203	¿Cuál era el departamento de su residencia hace cinco años?	ATLÁNTIDA.....01 INTIBUCÁ..... 10 COLÓN.....02 ISLAS DE LA BAHÍA..... 11 COMAYAGUA03 LA PAZ..... 12 COPÁN.....04 LEMPIRA..... 13 CORTÉS05 OCOTEPEQUE..... 14 CHOLUTECA06 OLANCHO..... 15 EL PARAÍSO07 SANTA BÁRBARA..... 16 FCO. MORAZÁN08 VALLE..... 17 GRACIAS A DIOS09 YORO..... 18 NS/NR..... 98	
204	¿Está Ud. viviendo en la misma casa que antes del huracán Mitch?	SI 1 <input type="radio"/> NO 2 <input type="radio"/>	207
205	¿Este cambio de vivienda fue como consecuencia del Mitch?	SI 1 <input type="radio"/> NO 2 <input type="radio"/>	207
206	¿Por qué no ha regresado a su vivienda original?	FUE DESTRUIDA..... 1 ESTÁ PROHIBIDO RECONSTRUIR EN EL SITIO 2 ESTÁ PROHIBIDO VIVIR EN EL ÁREA..... 3 ESTOY CONFORME DONDE VIVO AHORA 4 NO TENGO DINERO PARA RECONSTRUIR..... 5 ME DA MIEDO VOLVER..... 6 OTRO _____ 8 (Especifique)	
ENCUESTADORA: PASE A 209			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
207	¿Tuvo que salir de su vivienda por un tiempo como consecuencia del huracán Mitch?	SI.....1 NO.....2	209
208	¿Por cuánto tiempo tuvo que salir de su vivienda?	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
209	¿Cuál es su religión?	CATÓLICA.....1 EVANGÉLICA/PROTESTANTE.....2 NO TIENE RELIGIÓN.....3 OTRA.....8 (Especifique)	
210	¿Es Ud. afiliada o beneficiaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)?	AFILIADA.....1 BENEFICIARIA.....2 NO AFILIADA NI BENEFICIARIA.....3 NO SABE.....9	
211	¿Tiene usted algún plan de seguro privado de salud (que no sea Seguro Social)?	SI..... 1 NO.....2 NO SABE.....9	
212	¿Ha asistido Ud. alguna vez a la escuela o colegio?	SI.....1 NO.....2	217
213	¿Estudia Ud. actualmente?	SI.....1 NO.....2	215
214	¿Usted está repitiendo el grado este año?	SI.....1 NO.....2	216 216
215	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	EDAD EN AÑOS..... NO SABE/NO RECUERDA.....9	
216	¿Cuál es el grado o año de estudio más alto que usted ha aprobado y en que nivel?	NIVEL GRADO NINGUNO..... .0 0 PRIMARIO.....1 1 2 3 4 5 6 SECUNDARIO.....2 1 2 3 4 5 6 SUPERIOR.....3 1 2 3 4 5 6 7+ ALFABETIZACIÓN.4 1 2 3 4	220 220
217	¿Ha oído mencionar un programa educativo que se llama EDUCATODOS?	SI..... 1 NO..... 2	220
218	¿Tendría interés en participar en el programa educativo EDUCATODOS?	SI..... 1 NO..... 2	220

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A PREGUNTA
		AM	PM	
219	¿Cuál es su horario preferido para seguir estudios en el Programa EDUCATODOS?	4:00 – 6:00.....1 6:00 – 8:00.....2 8:00 – 10:00.....3 10:00 – 12:00.....4	12:00 – 2:00..... 5 2:00 – 4:00..... 6 4:00 – 6:00..... 7 6:00 – 8:00..... 8 8:00 – 10:00..... 9 10:00 – 12:00..... 10 CUALQUIER HORA..... 97 NO SABE..... 98	
220	¿Cuál es su estado civil actual?	CASADA 1 UNIDA/UNIÓN LIBRE 2 DIVORCIADA..... 3 SEPARADA..... 4 VIUDA..... 5 SOLTERA..... 6		223 223 223 223
221	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja?	AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98		
222	¿Cuál fue el grado más alto que su marido ha aprobado y en qué nivel de estudios?	NIVEL GRADO NINGUNO.....0 0 PRIMARIO.....1 1 2 3 4 5 6 SECUNDARIO.....2 1 2 3 4 5 6 SUPERIOR.....3 1 2 3 4 5 6 7 + ALFABETIZACIÓN.....4 1 2 3 4 NO SABE.....9 9		
223	¿Cuántas veces ha estado casada o unida a alguien compartiendo un techo, incluyendo el actual cónyuge?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> NINGUNA0		300
224	¿En qué mes y año se unió o juntó por primera vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 9898		
225	¿Cuántos años cumplidos tenía en esa primera unión?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA98		

III. FECUNDIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud. haya tenido durante toda su vida, hasta la fecha.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
300	¿Actualmente está Ud. embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE..... 9	302
301	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	SI 1 NO 2	304 501
302	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES..... NO SABE 98	
303	¿Es su primer embarazo?	SI 1 NO..... 2	501
304	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA..... B. HIJAS EN CASA..... C. TOTAL HIJOS/AS EN CASA..... (SI NO HAY ANOTE 00)	
305	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA..... B. HIJAS FUERA DE CASA..... C. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA..... (SI NO HAY ANOTE 00)	
306	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido sólo poco tiempo?	SI.....1 NO 2	308
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON..... B. HIJAS QUE MURIERON..... C. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON.....	
308	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?	SI.....1 NO 2	313

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
309	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	Nº DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS)..... <input type="text"/>	
310	En este(os) caso(s) ¿Presentó el(los) niño(s) algún signo de vida, por ejemplo, respiró o lloró?	SI.....1 NO..... 2	
SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 306, 307, 308, 309 y 310 Y EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s).			
311	¿En qué mes y año tuvo el parto de su último nacido muerto?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> NO SABE98 9898	
ENCUESTADORA: SI EN LA PREGUNTA 309 DECLARÓ SÓLO UN MORTINATO, PASE A 313			
312	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto?	MES <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> NO SABE98 9898	
313	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el sexto mes. ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar el sexto mes de embarazo (abortos)?	SI..... 1 NO..... 2	315
314	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud., o sea antes de completar el sexto mes de embarazo?	Nº DE PÉRDIDAS <input type="text"/>	
315	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 304C, 305C Y 307C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos?	304C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="text"/> 305C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> 307C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/> SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="text"/> SI ES "00" PASE A 501	
316a	¿Todos los hijos(as) son del mismo papá?	SI.....1 NO..... 2	317
316b	¿Con cuántos hombres ha tenido estos hijos?	NÚMERO DE HOMBRES <input type="text"/> NO SABE98 NO RESPONDE.....99	

Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el último o sea el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR). SI NO TIENE NOMBRE AUN ANOTE "NO"

- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE

- EN COLUMNA g., ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES DE UN MES CUMPLIDO Y HASTA 23 MESES; ANOTE EN AÑOS SI ES 24 MESES (DOS AÑOS) O MÁS.

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Registró el nacimiento?	d. ¿Está vivo (a)?	e. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	f. ¿En qué mes y año murió?	g. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?	h. ¿Registró o asentó la muerte?
01. ----- ÚLTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
02. ----- SEGUNDO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
03. ----- TERCERO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
04. ----- CUARTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
05. ----- QUINTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
06. ----- SEXTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
07. ----- SÉPTIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
08. ----- OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Registró el nacimiento?	d. ¿Está vivo (a)?	e. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	f. ¿En qué mes y año murió?	g. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?	h. ¿Registró o asentó la muerte?
09. ----- NOVENO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
10. ----- DÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
11. ----- UNDÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
12. ----- DUODÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
13. ----- DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
14. ----- DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
15. ----- DÉCIMO QUINTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9
16. ----- DÉCIMO SEXTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER2	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A COL. F	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. NIÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.. 9

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																																				
400	ENCUESTADORA: VEA 317b: ¿El último nacido vivo nació a partir de enero de 1996?	SI.....1 NO.....2 ←	501																																				
401	ENCUESTADORA: VEA 317 Y ANOTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____ VEA 317d. ¿EL ÚLTIMO ESTÁ VIVO ?	SI 1 NO..... 2																																					
402	¿Le dio el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 ←	409																																				
403	¿Después que nació (NOMBRE) cuánto tiempo pasó antes de pegar el niño (a) al pecho por primera vez?	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="text"/> DÍAS..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 998																																					
404	ENCUESTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO.....1 MUERTO.....2 ←	406																																				
405	¿Está dándole el pecho actualmente?	SI.....1 ← NO.....2	407																																				
406	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle de mamar a?	DÍAS DE EDAD 1 MESES DE EDAD..... 2 <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998	TODAS PASAN A 409																																				
407	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde las seis de la mañana hasta la seis de la tarde de ayer?	Nº DE VECES <input type="text"/> CADA VEZ QUE LO PEDÍA..... 97 NO RECUERDA..... 98																																					
408	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde las seis de la tarde de ayer hasta la seis de la mañana de hoy ?	Nº DE VECES <input type="text"/> CADA VEZ QUE LO PEDÍA..... 97 NO RECUERDA..... 98																																					
409	ENCUESTADORA: REVISE LA PREGUNTA 317b. IDENTIFIQUE SI EL NIÑO: Nació en 1999, 2000 ó 2001.....1 Nació en 1996, 1997, 1998.....2 ←		418																																				
410	ENCUESTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO.....1 MUERTO.....2 ←	416																																				
411	¿Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy, le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente? (LÉALE UNA A UNA)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>a. Agua.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. Leche de vaca.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c. Leche de lata/polvo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>d. Leche de cabra.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>e. Otros líquidos, jugo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>f. Puré/papilla.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>g. Comida sólida.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>h. Biberón.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </table>		SI	NO	NS/NR	a. Agua.....	1	2	9	b. Leche de vaca.....	1	2	9	c. Leche de lata/polvo.....	1	2	9	d. Leche de cabra.....	1	2	9	e. Otros líquidos, jugo.....	1	2	9	f. Puré/papilla.....	1	2	9	g. Comida sólida.....	1	2	9	h. Biberón.....	1	2	9	
	SI	NO	NS/NR																																				
a. Agua.....	1	2	9																																				
b. Leche de vaca.....	1	2	9																																				
c. Leche de lata/polvo.....	1	2	9																																				
d. Leche de cabra.....	1	2	9																																				
e. Otros líquidos, jugo.....	1	2	9																																				
f. Puré/papilla.....	1	2	9																																				
g. Comida sólida.....	1	2	9																																				
h. Biberón.....	1	2	9																																				
412	ENCUESTADORA: VEA 317e (EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS) Y SI ES 00..... 1 MÁS DE 00..... 2 ←		414																																				

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
413	¿Alguna vez le dio a (NOMBRE) lo siguiente: (LEA Y MARQUE LAS QUE MENCIONA)?	a. Agua1 b. Queso/huevo/mantequilla2 c. Carne (pollo, cerdo, res)3 d. Verduras4 e. Plátano/guineo5 f. Frutas6 g. Pan/tortillas7 h. Arroz8 i. Raíces (papa, yuca)9 j. Café/te10 k. Refresco (de botella)11 l. Leches (lata/bolsa/vaca)12 m. Sopa13 n. Jugos14 o. Frijoles15 p. Ninguno16	
414	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a sentarse sin ayuda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 00. AUN NO SE SIENTA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA	416
415	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a caminar sin ayuda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 00. AUN NO CAMINA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA	
416	Durante el embarazo de (NOMBRE) : SI NO NS/NR Tomó: a. Tabletas Prenatales..... 1 2 9 b. Tabletas de Hierro..... 1 2 9 c. Tabletas de Acido Fólico.... 1 2 9	¿A los cuántos meses empezó a tomarlas? NS/NR ___ 98 ___ 98 ___ 98	¿Cuántos meses las tomó durante el embarazo? NS/NR ___ 98 ___ 98 ___ 98
417	En los 40 días después de dar a luz a (NOMBRE) , ¿Tomó tabletas de vitamina A?	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	
418	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES.....00 NO HA VUELTO A TENER.....97 NO RECUERDA.....98	
419	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES.....00 NO HA VUELTO A TENER.....97 NO RECUERDA.....98	
420	ENCUESTADORA: VEA 317b. ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996?	<input type="text"/>	

VEA 317 Y ANOTE EN PREGUNTAS 421 Y 422 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996, AUNQUE NO ESTÉN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS	1. ÚLTIMO NACIDO VIVO	2. PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3. TERCERO ANTERIOR	4. CUARTO ANTERIOR	5. QUINTO ANTERIOR
421 NOMBRE (VEA 317)	_____	_____	_____	_____	_____
422 ESTÁ VIVO (VEA 317, COL. d.)	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
423 Cuando usted se embarazó de (NOMBRE), ¿Quería Ud. tener ese hijo en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3	QUERÍA ENTONCES..... 1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO.....2 428	SI..... 1 NO.....2 428	SI..... 1 NO.....2 428	SI..... 1 NO.....2 428	SI..... 1 NO.....2 428
425 ¿Dónde o con quién se hizo los controles prenatales? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DE IHSS 2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO 3 CESAMO 4 CESAR 5 PARTERA 6 CLÍNICA MI DE LA SS..... 7 OTRO 8 (Especifique) NS/NR..... 9	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO 3 CESAMO 4 CESAR..... 5 PARTERA..... 6 CLÍNICA MI DE LA SS..... 7 OTRO 8 (Especifique) NS/NR..... 9	HOSPITAL DE LA SS.....1 HOSPITAL DEL IHSS2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO3 CESAMO4 CESAR5 PARTERA6 CLÍNICA MI DE LA SS.....7 OTRO8 (Especifique) NS/NR.....9	HOSPITAL DE LA SS1 HOSPITAL DEL IHSS.....2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO3 CESAMO.....4 CESAR5 PARTERA6 CLÍNICA MI DE LA SS7 OTRO8 (Especifique) NS/NR9	HOSPITAL DE LA SS1 HOSPITAL DEL IHSS.....2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ /HOSPITAL PRIVADO3 CESAMO.....4 CESAR5 PARTERA6 CLÍNICA MI DE LA SS7 OTRO8 (Especifique) NS/NR9
426 En total, ¿Cuántos controles tuvo?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA.....98
427 ¿Cuántos meses de embarazo tenía ¿Cuándo le hicieron el primer control?	MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA 98	MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA 98	MESES..... <input type="text"/> NO RECUERDA 98	MESES <input type="text"/> NO RECUERDA 98	MESES <input type="text"/> NO RECUERDA 98

PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
428 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MEDICO PRIVADO.. 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA.... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431
429 ¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea?	VAGINAL.....1 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 PASE A 431 CESÁREA.....2
430 ¿La cesárea fue programada o de emergencia?	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2
431 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a tiempo o prematuro (sietemesino)?	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433
432 ¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98
433 ¿Le pesaron (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO	SI.....1 NO.....2 435
434 ¿Cuánto pesó?	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO A INVESTIGAR					
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS (VEA 421)				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
435	A. NÚMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: <input type="text"/> B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____		
	C. ¿ESTÁ VIVO? SI.....1 NO.....2		
436	¿Cuándo se embarazó con (NOMBRE) estaba usando un método para evitar quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	438 438
437	¿Cuál método estaba usando?	PASTILLAS..... 1 DIU(DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 MELA..... 12 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 13 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
438	¿Después del parto de (NOMBRE) , usó usted o su pareja algún método para evitar embarazarse de nuevo?	SI.....1 NO.....2 <input checked="" type="checkbox"/>	441
439	¿Cuál método uso?	PASTILLAS..... 1 DIU(DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 MELA..... 12 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 13 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
440	¿Cuánto tiempo después del parto comenzó a usar este método?	EL MISMO DÍA DEL PARTO..... 000 DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	
441	Hablando de (NOMBRE) , ¿Tuvo Ud. algún control después del parto?	SI..... 1 NO..... 2 <input checked="" type="checkbox"/>	445
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control?	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	
443	¿Dónde se hizo ese control posparto?	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 ASHONPLAFA..... 6 HOSPITAL/CLÍNICA DE ONG..... 7 PARTERA..... 8 PARTERA Y CENTRO DE SALUD..... 9 CLÍNICA MI DE LA SS..... 10 OTRO..... 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
444	¿Durante este control, le ofrecieron un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	
445	¿Después de nacer (NOMBRE) , lo/la llevó al médico, hospital, enfermera o centro de salud para un control de recién nacido?	SI.....1 NO.....2 <input checked="" type="checkbox"/> NO RECUERDA.....9 <input checked="" type="checkbox"/>	449 449
446	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo llevó al médico, hospital o centro por primera vez?	DÍAS..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
447	¿Por qué lo llevó? (LEA LAS RESPUESTAS Y MARQUE TODO LO QUE RESPONDA)	a. Estaba enfermo..... 1 b. Para control de crecimiento..... 2 c. Vacunas..... 3 d. Otro..... 8 e. No recuerda..... 9	
448	¿Durante este control, le ofrecieron a usted un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	
449	¿Estuvo el niño hospitalizado en los primeros 15 días después de que nació?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....9	451 451
450	¿Por qué tuvieron que hospitalizarle?	SE PUSO AMARILLO 1 PRESENTABA FIEBRE/INFECCIÓN 2 CONVULSIONES/ATAQUE 3 SE PUSO RÍGIDO/TIESO..... 4 BAJO DE PESO/PREMATURO 5 PROBLEMAS RESPIRATORIOS 6 PROBLEMA DE CORAZÓN 7 TRAUMA DEL PARTO..... 8 MALFORMACIÓN CONGÉNITA.....9 OTRO 88 (Especifique)	
451	ENCUESTADORA: VEA 435C: ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2	501
452	¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente?	SI.....1 NO.....2	501
453	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en los últimos quince días, incluyendo este día?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	468 468
454	¿Cuántos días ha tenido/tuvo la diarrea?	DÍAS COMENZÓ HOY......00 NO SABE/NO RECUERDA......98	
455	¿Cuántos asientos líquidos hace/hacía en un período de 24 horas?	No. DE ASIENTOS..... NO SABE/NO RECUERDA......98	
456	Durante la diarrea, ¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias? (LÉALE UNO A UNO Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	a. Adormecido o inconsciente1 b. Intranquilo o irritable2 c. Tomó líquidos con dificultad3 d. Moco en las heces4 e. Sangre en las heces.....5 f. Piel reseca y/o arrugada6 g. Ojos hundidos y sin lagrimas7 h. Mollera hundida (menores de 1 año)8 i. Labios secos.....9 j. Vómitos /vasca10 k. Fiebre alta (>38.5 0 c) 11 l. No orinaba12 m.Sed intensa.....13 n. Ninguno..... 14	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
457	¿Le dio algo para esa diarrea?	SI.....1 NO2	460
458	¿Qué le dio? (NO LEER Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PASTILLAS 1 JARABES 2 INYECCIONES..... 3 PURGANTES/DESPARASITANTES 4 SOBADA..... 5 TE/PLANTAS MEDICINALES 6 ANTIBIÓTICOS 7 ANTIDIARREICOS..... 8 TRATAMIENTO ENDOVENOSO (Sueros)..... 9 LITROSOL 10 SUERO ORAL 11 SUERO VITAMINADO 12 NINGUNO..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique)	
459	¿Qué le dio primero?	PASTILLAS 1 JARABES 2 INYECCIONES..... 3 PURGANTES/DESPARASITANTES 4 SOBADA..... 5 TE/PLANTAS MEDICINALES 6 ANTIBIÓTICOS 7 ANTIDIARREICOS..... 8 TRATAMIENTO ENDOVENOSO (Sueros)..... 9 LITROSOL..... 10 SUERO ORAL 11 SUERO VITAMINADO 12 OTRO _____ 88 (Especifique)	
460	Durante esa diarrea, ¿Ud. le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	MÁS LÍQUIDOS..... 1 MENOS LÍQUIDOS 2 MISMA CANTIDAD 3 NO RECUERDA 9	
461	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTÓ..... 1 DISMINUYÓ 2 MANTUVO IGUAL..... 3 SUSPENDIÓ SÓLIDOS 4 TODAVÍA NO COME 5 NO RECUERDA 9	
462	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta diarrea de (NOMBRE) ?	SI..... 1 NO 2	465

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
463	¿Dónde o a quién consultó?	HOSPITALES DE LA SS..... 1 HOSPITALES DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 PARTERA..... 6 MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL..... 7 CLÍNICA MI DE LA SS..... 8 GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD..... 9 FAMILIARES(MAMÁ, HERMANO, SUEGRA).. 10 SOBADORA..... 11 FARMACIA..... 12 VECINA..... 13 OTRO 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
464	¿Tuvo que hospitalizarlo?	SI.....1 NO.....2	
465	ENCUESTADORA: VEA EN PREGUNTA 458 SI EL NIÑO RECIBIÓ LITROSOL	RECIBIÓ.....1 NO RECIBIÓ.....2	467
466	¿Por qué no le dio LITROSOL? (ANOTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA)	NO TENÍA LITROSOL/SE ME TERMINÓ..... 1 NO SABÍA QUE ERA BUENO..... 2 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/NO SIRVE..... 3 NO ME LO RECETARON..... 4 NO LE GUSTA AL NIÑO5 LE DI OTRA CLASE DE MEDICINA..... 6 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD..... 7 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO..... 8 LE DIÓ OTRO TIPO DE SUERO..... 9 NO CONOCE LITROSOL..... 10 OTRO 88 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	TODOS PASAN A 468
467	¿Dónde consiguió LITROSOL?	VOLUNTARIO COMUNITARIO..... 1 CESAR/CESAMO/HOSPITAL DE LA SS 2 HOSPITAL DEL IHSS 3 FARMACIA 4 PULPERÍA 5 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 6 OTRO 8 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 9	
468	¿Ha tenido tos o dificultad para respirar (NOMBRE) en los últimos 15 días, incluyendo este día?	SI.....1 NO.....2	475
469	¿En los últimos 15 días su niño (NOMBRE) ha tenido...? (LÉALE UNA A UNA Y MARQUE LAS QUE MENCIONA)	a. Respiración más rápida que lo normal (cansado)..... 1 b. Se le hundía el pecho al respirar (tiraje)..... 2 c. Color azul o morado de labios y dedos (cianosis).... 3 d. Respiración difícil..... 4 e. Fiebre alta (calentura)..... 5 f. Tapazón de nariz o catarro..... 6 g. Tos..... 7 h. Dolor de garganta/dificultad para tragar..... 8 i. Dolor de oído..... 9 j. Supuración de oído (pus)..... 10 k. Ninguno..... 11	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
470	¿Le dio algo para tratarle la enfermedad?	SI.....1 NO.....2 ←	472
471	¿Qué tratamiento recibió el niño? (NO LEER Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	LE DIO ANTIBIÓTICOS..... 1 LE DIO ASPIRINA/ANTIFEBRILES..... 2 ANTIGRIPALES/EXPECTORANTES MUCOLÍTICOS..... 3 LE BAJÓ LA FIEBRE CON PAÑOS HUMEDOS..... 4 REMEDIOS CASEROS..... 5 BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN)..... 6 LE PUSO AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ..... 7 LE DIO MAS AGUA QUE DE COSTUMBRE..... 8 NINGUNO..... 9 OTRO _____ 88 (Especifique)	
472	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE) ?	SI.....1 NO.....2 ←	475
473	¿Dónde consultó?	HOSPITALES DE LA SS..... 1 HOSPITALES DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 3 CLÍNICA MI DE LA SS..... 4 CESAMO..... 5 CESAR..... 6 PARTERA..... 7 MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL..... 8 GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD..... 9 FARMACIA..... 10 CLÍNICA, DE ONG..... 11 FAMILIARES..... 12 BRIGADA MÉDICA..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
474	¿Tuvo que hospitalizarlo?	SI.....1 NO.....2	
475	¿Tiene Ud. la tarjeta de Atención Integral a la Niñez o el Carnet de Vacunación de (NOMBRE) ? Me lo podría mostrar?	SI Y LO MOSTRÓ.....1 SI Y NO LO MOSTRÓ.....2 ← NO TIENE3 ←	478 478
476	ENCUESTADORA: OBSERVE LA INFORMACIÓN DE LA TARJETA SI HAY O NO ANOTACIONES DE:	SI NO CARNET NO TIENE PESO AL NACER..... 1 2 3 TALLA..... 1 2 3 PERÍMETRO CEFÁLICO..... 1 2 3 PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO..... 1 2 3 ↳¿Cuántos? ◻ ◻ ◻	
		ENCUESTADORA: SI HAY UNO O CERO PUNTOS MARCADOS PASE A 478. CASO CONTRARIO CONTINUAR CON PREGUNTA 477.	
477	¿Está trazada la curva?	SI.....1 NO.....2	

478	ENCUESTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTÉ REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (vacuna / dosis) a (nombre)? SI NO MOSTRÓ CARNET, MARQUE CÓDIGO 2 PARA CADA DOSIS EN 478A Y PREGUNTE 478B A LA MADRE PARA TODAS LAS DOSIS.		
A. SEGÚN CARNET TIENE DOSIS SI NO DÍA MES AÑO		B. SEGÚN MADRE ¿LE HAN PUESTO LA VACUNA? SI NO NS/NR	
– BCG	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– POLIO (SABIN)– RN	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– POLIO (SABIN)– 1	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– POLIO (SABIN)– 2	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– POLIO (SABIN)– 3	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– DPT - 1	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– DPT - 2	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– DPT - 3	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– DPT (REFUERZO)	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– SRP (SARAMPIÓN)	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– HIB – 1	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– HIB – 2	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– HIB – 3	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
– PENTAVALENTE	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 9
479	ENCUESTADORA: ¿MOSTRÓ CARNET?		SI.....1 NO.....2 ➡ 501
480	ENCUESTADORA: REVISE EN EL CARNET SI TIENE ANOTADA LA APLICACIÓN DE VITAMINA “A”		SI.....1 NO.....2 ➡ 483
481	¿Cuántas veces tiene anotado la vitamina “A”		DOSIS DE VITAMINA “A”..... <input type="text"/> <input type="text"/> veces
482	ENCUESTADORA: REGISTRE DEL CARNET EL MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA DOSIS DE VITAMINA A MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
483	ENCUESTADORA: REVISE EN EL CARNET SI TIENE ANOTADA LA ENTREGA DE HIERRO		SI.....1 NO.....2 ➡ 501
484	¿Cuántas veces tiene anotado la entrega de hierro?		ENTREGAS DE HIERRO..... <input type="text"/> <input type="text"/> veces
485	ENCUESTADORA: REGISTRE DEL CARNET EL MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA DOSIS DE HIERRO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

V. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada

MÉTODO	501 ¿Ha oído hablar de		502 ¿Alguna vez ha usado.....		503 ¿Lo ha usado en los últimos 30 días?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A...píldoras o pastillas anticonceptivas?	1	2	1	2	1	2
B...el DIU (dispositivo)?	1	2	1	2	1	2
C...el condón o preservativo?	1	2	1	2	1	2
D...la inyección anticonceptiva?	1	2	1	2	1	2
E...los métodos vaginales..(jaleas/espumas/diafragma/cremas/óvulos/ tabletas)?	1	2	1	2	1	2
F...la esterilización femenina u operación?	1	2	1	2	1	2
G...la operación masculina o vasectomía?	1	2	1	2	1	2
H...NORPLANT (implante en el brazo)?	1	2	1	2	1	2
I... el ritmo o del calendario (cuando una pareja evita las relaciones sexuales en los días que puede ocurrir un embarazo)?	1	2	1	2	1	2
J...el método del retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar. "Escupir afuera")?	1	2	1	2	1	2
K...el método Billings (moco cervical)?	1	2	1	2	1	2
L...las pastillas anticonceptivas de emergencia (las pastillas anticonceptivas, que se toman en dosis elevadas dentro de las 72 horas después de haber tenido una relación sexual no protegida)?	1	2	1	2		
504	ENCUESTADORA, VEA PREGUNTAS 502 Y 503 Y CLASIFIQUE A LA ENCUESTADA: NUNCA USÓ: LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS.....1 ← USUARIA ANTERIOR: HA USADO MÉTODOS PERO NO ACTUALMENTE..... 2 USUARIA ACTUAL: ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE..... 3 ←					509
						518

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
505	¿Cuál fue el último método anticonceptivo que usó usted o su pareja?	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
506	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó en su vida?	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
507	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
508	Cuándo Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
509	ENCUESTADORA: VEA EN 300 SI ESTÁ EMBARAZADA	EMBARAZADA..... 1 NO EMBARAZADA..... 2 NO SABE..... 9	514
510	¿Podría quedar embarazada si quisiera?	SI..... 1 NO 2 NO SABE..... 9	512 512
511	¿Por qué cree que no podría quedar embarazada? Dígame la razón principal.	MENOPAUSIA 1 HISTERECTOMÍA (SIN MATRIZ) 2 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁ QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADOS 3 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA 4 ELLA/ÉL ES ESTÉRIL 5 SIN VIDA SEXUAL ACTIVA..... 6 ESTÁ AMAMANTANDO/POSPARTO..... 7 OTRA 8 (Especifique) NO SABE..... 9	540 540 540 540 540 514 514

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
516	¿A dónde iría Ud. para obtener o hacerse del método?	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 PARTERA..... 6 FARMACIA..... 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS..... 8 PULPERIA/SUPERMERCADO..... 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 10 CONSEJERA COMUNITARIA/ PUESTO DE ASHONPLAFA..... 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 LA IGLESIA..... 14 ← 540 FAMILIARES/AMIGOS/VECINOS..... 15 ← 540 PERIÓDICO/REVISTAS..... 16 ← 540 LIBROS/FOLLETOS..... 17 ← 540 RADIO/TELEVISIÓN..... 18 ← 540 OTRO..... 88 ← 540 (Especifique) NO SABE..... 98 ← 540	
517	¿Cuánto tiempo tarda Ud. para llegar desde aquí a ese lugar, por el medio de transporte que usualmente usa?	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
ENCUESTADORA: PASE A 540			
518	ENCUESTADORA: VEA 503 Y SI ESTÁ USANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÁS EFECTIVO. ORDEN DE EFECTIVIDAD 1. Est. Femenina 6. DIU 2. Est. Masculina 7. Condón 3. Inyección 8. Vaginales 4. Norplant 9. Ritmo 5. Pastillas 10. Retiro 11. Billings	PASTILLAS..... 1 ← 523 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 ← 523 CONDÓN..... 3 ← 523 INYECCIÓN..... 4 ← 523 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ← 523 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 ← 523 NORPLANT..... 8 ← 523 RITMO..... 9 ← 525 RETIRO..... 10 ← 525 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 ← 525	
519	¿En qué mes y año la operaron?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 9898	
520	¿La operación fue hecha mientras estaba hospitalizada para un parto o pérdida o fue en otro momento?	HOSPITALIZADA PARA PARTO O PÉRDIDA.....1 EN OTRO MOMENTO.....2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
521	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización ?	ESTABLECIMIENTO DE LA SS1 ESTABLECIMIENTO DEL IHSS2 ESTABLECIMIENTO DE ASHONPLAFA3 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO.....4 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG5 EN EL EXTRANJERO.....8 OTRO LUGAR _____88 (Especifique) NO RECUERDA.....98	
522	¿Cuánto pagó por la operación?	PAGÓ..... L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGÓ NADA.....0000 NO RECUERDA.....9999	
ENCUESTADORA: PASE A 527			
523	¿Dónde consigue (consiguió) Ud. o su compañero el método anticonceptivo que usa?	HOSPITAL DE LA SS 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO.... 3 CESAMO 4 CESAR 5 PARTERA 6 FARMACIA 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO..... 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique) NO SABE 98	525
524	¿Cuánto tiempo tarda (tardó) Ud. para llegar desde aquí a ese lugar, por el medio de transporte que usualmente usa?	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998	
525	Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	PREFERIRÍA OTRO..... 1 EL MISMO..... 2 NO SABE..... 9	527 527
526	¿Cuál método preferiría usar Ud.?	PASTILLAS 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN 4 MÉTODOS VAGINALES 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT 8 RITMO 9 RETIRO 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 OTRO _____ 88 (Especifique) NO SABE..... 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
527	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó en su vida?	PASTILLAS 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN 3 INYECCIÓN 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 OTRO 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
528	¿Qué edad tenía cuando usted comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
529	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
530	ENCUESTADORA: VEA 518 Y MARQUE EL MÉTODO QUE ESTÁ USANDO	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 ← 535 CONDÓN..... 3 ← 540 INYECCIÓN..... 4 ← 537 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ← 540 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ← 540 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 ← 540 NORPLANT..... 8 ← 540 RITMO..... 9 ← 540 RETIRO..... 10 ← 540 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 ← 540 EMERGENCIA..... 12 ← 540	
531	¿Me puede mostrar su paquete de pastillas anticonceptivas?	SI LO MOSTRÓ..... 1 NO LO MOSTRÓ..... 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
532	¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente? (TÓMELO DEL PAQUETE SI FUE MOSTRADO)	NO CONOCE LA MARCA..... 1 NORDETTE..... 2 MICROGYNON..... 3 NUEVA PERLA..... 4 LOFEMENAL..... 5 TRIQUILAR..... 6 NEOGYNON..... 7 EUGYNON..... 8 OVRAL..... 9 NORDIOL..... 10 MINULETH..... 11 HARMONET..... 12 DENOVAL..... 13 CILEST..... 14 TRINORDIOL..... 15 DIANE 35..... 16 GYNOVIN..... 17 OTRO..... 98 (Especifique)	
533	¿Cuánto paga por cada paquete?	PAGA..... L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGA NADA.....000 NO RECUERDA.....998	
534	¿Qué se debe hacer para seguir protegida si un día se le olvida tomar la pastilla?	TOMAR DOS PASTILLAS AL DIA SIGUIENTE Y CONTINUAR LUEGO NORMALMENTE..... 1 OTRO..... 8 (Especifique) NO SABE..... 9	
ENCUESTADORA: PASE A 540			
535	¿En qué momento le pusieron el DIU? (LEER)	a. Inmediatamente después del parto Vaginal (antes de salir del hospital)1 b. Inmediatamente después de un aborto o legrado (antes de salir del hospital) 2 c. Durante una cesárea 3 d. Después del parto/aborto 4 ¿cuántos días después?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. En otro momento 5	
536	¿Cuánto pagó para que le insertaran el DIU?	PAGÓ.....L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGÓ NADA.....0000 ← NO SABE/NO RECUERDA.....9898 ←	540 540
ENCUESTADORA: PASE A 540			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
537	¿Cuál es la marca de inyección que usted usa actualmente?	CICLOFEMINA.....1 DEPOPROVERA.....2 DEPROXONE.....3 MESIGYNA.....4 NORMAGEST5 NORISTERAT6 NOVULAR7 TOPASEL.....8 YECTAMES.....9 OTRA.....88 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA.....98	
538	¿Cuánto paga por la inyección?	PAGA..... L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGA NADA.....000 NO SABE/NO RECUERDA.....999	
539	Antes de usar (NOMBRE DEL INYECTABLE) ¿Qué método anticonceptivo estaba usando?	NINGUNO..... 0 PASTILLAS 1 DIU 2 CONDÓN..... 3 MÉTODOS VAGINALES 4 NORPLANT 5 RITMO 6 RETIRO..... 7 MÉTODO BILLINGS..... 8 EMERGENCIA..... 9	
540	ENCUESTADORA: VEA 501L	NO CONOCE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA.....1 CONOCE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA.....2	600
541	Me informó que Ud. conoce las pastillas de emergencia. ¿De dónde obtuvo información sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR 5 PARTERA 6 FARMACIA..... 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO..... 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 AMIGOS (AS)..... 14 FAMILIARES..... 15 RADIO/TV..... 16 FOLLETOS..... 17 REVISTAS..... 18 OTRO 88 (Especifique) NO SABE..... 98	

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
542	¿Hace cuánto tiempo Ud. escuchó o vió por primera vez algo sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia?	DÍAS..... 1 MESES..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 3 NO SABE/NO RECUERDA.... 998	
543	<u>ENCUESTADORA : VEA 502L</u>	NUNCA HA USADO LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA.....1 HA USADO PASTILLAS DE EMERGENCIA.....2	545
544	¿Cree usted que utilizaría este método alguna vez, si surgiera la necesidad?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO APLICA/ESTERILIZADA..... 4 NO SABE..... 8 NO RESPONDE..... 9	TODAS PASAN A 600
545	¿Cuántas veces ha usado las pastillas anticonceptivas de emergencia durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO. DE VECES 98. NO RECUERDA 99. NO RESPONDE	
546	La última vez que Ud. usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Cuál fue la razón?	SE ROMPIÓ EL CONDÓN..... 1 DEJÓ DE TOMAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS POR MAS DE DOS DÍAS... 2 NO QUERÍA EMBARAZARSE POR LOS ESTUDIOS..... 3 NO QUERÍA EMBARAZARSE POR EL TRABAJO..... 4 NO DESEA/DESEABA TENER HIJOS CON ESA PAREJA SEXUAL..... 5 FUE VIOLADA..... 6 LOS PADRES NO ACEPTARÍAN QUE ELLA QUEDE EMBARAZADA..... 7 OTRA..... 8 (Especifique) NO RESPONDE..... 9	

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
547	La última vez que usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Dónde las obtuvo?	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO 4 CESAR 5 PARTERA..... 6 FARMACIA..... 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA..... 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique) NO SABE..... 98	
548	La última vez que usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Con quién tuvo la relación sexual?	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 EX – ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 PROMETIDO..... 3 NOVIO..... 4 AMIGO..... 5 RECIÉN CONOCIDO..... 6 CLIENTE..... 7 OTRO..... 8 NO RESPONDE..... 9	
549	¿Qué edad tenía entonces esa persona?	<input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 98. NO SABE/NO RECUERDA 99. NO RESPONDE	
550	¿Y cuántos años tenía Ud. cuando usó las pastillas anticonceptivas de emergencia la última vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 98. NO SABE/NO RECUERDA 99. NO RESPONDE	
551	La última vez que Ud. usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Le funcionó para prevenir el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 TODAVÍA NO SABE..... 3	

VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS/INTERÉS EN ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
600	ENCUESTADORA: VEA 317d PARA AVERIGUAR SI TIENE HIJOS VIVOS ¿TIENE HIJOS VIVOS?	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	601 A 601 B
601	A. TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? B. NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?	NÚMERO <input type="text"/> LOS QUE DIOS MANDE77 NO SABE.....98	
602	ENCUESTADORA: VEA 503	ESTERILIZADA 1 <input type="checkbox"/> NO ESTERILIZADA 2 <input type="checkbox"/>	700
603	¿Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener más hijos? (SI LA MUJER ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA, PREGUNTE: después de este embarazo).	TENER UN (OTRO) HIJO.....1 NO TENER OTRO HIJO.....2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9	606
604	ENCUESTADORA: VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES 1 AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 777 OTRO _____... 888 (Especifique) NO SABE..... 998	
605	¿Estaría usted interesada en operarse en el futuro para no tener más hijos?	SI 1 <input type="checkbox"/> NO2 <input type="checkbox"/> NO SABE9 <input type="checkbox"/>	608 609 609
606	¿Está Ud. actualmente interesada en operarse para no tener (más) hijos?	SI 1 NO 2 <input type="checkbox"/>	609

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
607	¿Por qué no ha ido a operarse?	MENOPAUSIA 1 MIEDO A LA OPERACIÓN 2 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 3 INTENCIÓN DE HACERLA EN EL POSTPARTO 4 NO TIENE QUIEN LE CUIDE LOS NIÑOS 5 COMPAÑERO SE OPONE 6 COSTO MUY ELEVADO 7 BARRERAS INSTITUCIONALES 8 NO TIENE TIEMPO 9 RAZONES RELIGIOSAS 10 CERCA DE LA MENOPAUSIA 11 PREFIERE MÉTODOS TEMPORALES 12 SIN VIDA SEXUAL 13 ES TODAVÍA MUY JOVEN 14 NUNCA PENSÓ EN ELLO 15 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO 16 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS 17 RAZONES DE SALUD 18 NIÑO TODAVÍA ESTA MUY TIERNO 19 DESCUIDO 20 ELLA/ÉL ESTÉRIL 21 OTRO 88 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	
608	¿Dónde le gustaría operarse?	HOSPITAL DE LA SS 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 3 CLÍNICA ASHONPLAFA 4 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG 5 OTRO 8 (Especifique) NO SABE 9	
ENCUESTADORA: PASE A 700			

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
609	¿Por qué no estaría Ud. interesada en operarse?	MENOPAUSIA1 MIEDO A LA OPERACIÓN2 MIEDO A EFECTOS COLATERALES3 INTENCIÓN DE HACERLA EN EL POSTPARTO.....4 NO TIENE QUIEN LE CUIDE LOS NIÑOS5 COMPAÑERO SE OPONE6 COSTO MUY ELEVADO.....7 BARRERAS INSTITUCIONALES8 NO TIENE TIEMPO.....9 RAZONES RELIGIOSAS10 CERCA DE LA MENOPAUSIA11 PREFIERE MÉTODOS TEMPORALES12 SIN VIDA SEXUAL.....13 ES TODAVÍA MUY JOVEN.....14 NUNCA PENSÓ EN ELLO.....15 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO.....16 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS17 RAZONES DE SALUD18 NIÑO TODAVÍA ESTÁ MUY TIERNO.....19 DESCUIDO20 ELLA/ÉL ESTÉRIL21 OTRO _____88 (Especifique) NO SABE98 NO RESPONDE99	

VII. ADULTAS JÓVENES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
700	ENCUESTADORA: MARQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA EDAD DE LA MUJER QUE ESTÁ ENTREVISTANDO : VEA 201	MUJER DE 15 A 24 AÑOS.....1 MUJER DE 25 A 49 AÑOS.....2 ←	800
701	¿Ha asistido a charlas o cursos sobre educación sexual?	SI..... 1 NO..... 2 ← NO RESPONDE..... 9 ←	704 704
702	¿Qué temas recibió en esos cursos o charlas? <i>(LEA LAS ALTERNATIVAS Y MARQUE LAS QUE LA ENTREVISTADA MENCIONA)</i>	a. Cambios físicos del cuerpo..... 1 b. Aparato reproductor femenino..... 2 c. Aparato reproductor masculino..... 3 d. Menstruación o regla..... 4 e. Embarazo y parto..... 5 f. Relaciones sexuales..... 6 g. E.T.S..... 7 h. Métodos anticonceptivos..... 8 i. El SIDA..... 9 j. Homosexualidad..... 10 k. Prostitución..... 11 l. Lactancia materna..... 12 m. Ninguno..... 13	
703	¿En qué nivel y grado estaba cuando recibió la primera charla o lección?	NIVEL GRADO NINGUNO..... 0 0 PRIMARIO..... 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDARIO..... 2 1 2 3 4 5 6 SUPERIOR..... 3 1 2 3 4 5 6+ ALFABETIZACIÓN..... 4 1 2 3 4 NO RECUERDA..... 9 9	
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas personales y muy íntimas que son de mucha importancia para nuestro estudio. Me gustaría recordarle que la información que nos proporcione es confidencial.			
704	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO 222222 ← NO RECUERDA..... 989898 NO RESPONDE..... 999999	730
705	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 99 ←	717
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
706	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo la primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	

707	¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 NOVIO/ENAMORADO..... 2 AMIGO 3 FAMILIAR..... 4 EXTRAÑO/RECIÉN CONOCIDO... 5 VIOLACIÓN..... 6 OTRO 8 (Especifique) NO RECUERDA/NO RESPONDE... 9	712
708	¿Usó Ud. o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?	SI..... 1 NO..... 2	710
709	¿Por qué no hicieron algo o no usaron un método para evitar tener hijos en esa primera relación?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO..... 1 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO..... 2 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD..... 3 QUERÍA TENER UN HIJO..... 4 RELACIONES NO SATISFATORIAS CON ANTICONCEPTIVOS..... 5 QUERÍA USAR PERO NO CONSIGUIÓ..... 6 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 7 PENSABA QUE NO PODÍA EMBARAZARSE..... 8 NO TENIA DINERO..... 9 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO..... 10 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA..... 11 FUE VIOLADA..... 12 NO QUERÍA USAR/NO LE GUSTABA..... 13 ERA LA PRIMERA VEZ..... 14 NO PENSARON EN ESO/DESCUIDO..... 15 NO SABE..... 98	
ENCUESTADORA: PASE A 712			
710	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la primera relación sexual?	PASTILLAS 1 DIU (DISPOSITIVO) 2 CONDÓN 3 INYECCIÓN 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT 8 RITMO. 9 RETIRO 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO RECUERDA..... 98	
711	¿Quién decidió usar el método en la primera relación?	USTED..... 1 SU PAREJA 2 LOS DOS..... 3 NO RECUERDA..... 9	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
712	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	714

713	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECUERDA..... 998 <input type="checkbox"/> NO RESPONDE..... 999 <input type="checkbox"/>	CONTINUÉ 717 717 717
714	En esta última vez ¿Utilizó usted o su pareja algún método para evitar tener hijos, o para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9 <input type="checkbox"/>	716 716
715	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la última relación sexual?	PASTILLAS 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
716	¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	NUMERO DE HOMBRES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 NO RESPONDE..... 99	
717	ENCUESTADORA: VEA PREGUNTAS 300 Y 301	HA ESTADO EMBARAZADA.....1 NO HA ESTADO EMBARAZADA..... 2 <input type="checkbox"/>	730
718	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA98	
719	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada?	SI.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	721
720	¿Por qué no?	ERA LA PRIMERA VEZ..... 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES..... 2 USÓ ANTICONCEPTIVOS..... 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL..... 4 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD..... 5 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA..... 6 POR IGNORANCIA..... 7 OTRA 8 (Especifique) HABÍA TENIDO RELACIONES Y NO SALÍA EMBARAZADA.. 9	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
721	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada <u>en ese momento</u> , quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERÍA EN ESE MOMENTO..... 1 ESPERAR MÁS TIEMPO..... 2 NO LO QUERÍA..... 3 NS/NR 9	
722	¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	AÑOS DE EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR 98	
723	¿Qué era de usted esa persona <u>en ese momento</u> ?	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 NOVIO 2 AMIGO..... 3 FAMILIAR 4 DESCONOCIDO 5 PADRASTRO 6 OTRO..... 8 (Especifique) NO RESPONDE 9	
724	Con su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, nacido muerto, o fue una pérdida o aborto?	NACIDO VIVO 1 NACIDO MUERTO 2 PÉRDIDA (ABORTO)..... 3 AÚN EMBARAZADA 4	
725	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ESTUDIÓ..... 3	730 730
726	¿Interrumpió sus estudios?	SI..... 1 NO..... 2	730
727	ENCUESTADORA: VEA EN 724 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	YA TERMINÓ..... 1 AÚN EMBARAZADA..... 2	730
728	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	730
729	¿Por qué no siguió asistiendo?	NO TENIA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO.... 1 YA NO LE QUEDABA TIEMPO..... 2 EL NIÑO ERA MUY ENFERMO..... 3 OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPAÑERO.. 4 ACOSO SEXUAL..... 5 NO LA ADMITIERON/FUE EXPULSADA.... 6 PROBLEMA DE SALUD DE ELLA..... 7 TENÍA QUE TRABAJAR..... 8 CAMBIO DE RESIDENCIA..... 9 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 OTRA..... 88 (Especifique)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
730	En su opinión, ¿Cuál es el método anticonceptivo más apropiado para los adolescentes?	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 ABSTINENCIA..... 12 MASTURBACIÓN..... 13 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 14 NO TIENE OPINIÓN..... 77 NO SABE..... 98	
731	En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	
732	¿Qué edad tenía cuando le vino la regla por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO..... 77 NO RECUERDA..... 98	

ENCUESTADORA: PASE A 900

VIII. EXPERIENCIA SEXUAL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas personales y muy íntimas que son de mucha importancia para nuestro estudio. Me gustaría recordarle que la información que nos proporcione es confidencial.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
800	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO.....222222 ➡ NO RECUERDA.....989898 NO RESPONDE.....999999 ➡	807 807
801	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 NO RESPONDE.....99	
802	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días?	SI.....1 ➡ NO.....2 NO RESPONDE.....9	804
803	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> ➡ AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ➡ NO RECUERDA..... 98 ➡ NO RESPONDE..... 99 ➡	CONTINUE 807 807 807
804	En esta última vez, ¿Utilizó usted o su pareja algún método para evitar tener hijos, o para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual?	SI.....1 NO.....2 ➡ NO SABE.....9 ➡	806 806
805	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la última relación sexual?	PASTILLAS..... DIU (DISPOSITIVO)..... CONDÓN..... INYECCIÓN..... MÉTODOS VAGINALES..... ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... NORPLANT..... RITMO..... RETIRO..... MÉTODO DE BILLINGS..... PASTILLAS DE EMERGENCIA..... NO SABE/NO RECUERDA.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 98
806	¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	NÚMERO DE HOMBRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98 NO RESPONDE.....99	
807	¿Qué edad tenía cuando le vino la regla por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO.....77 ➡ NO RECUERDA.....98	900
808	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?	DÍAS..... 1 MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 NO RECUERDA..... 998	

IX. ACCIONES PREVENTIVAS Y RIESGOS DE SALUD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
900	¿Le han aplicado alguna vacuna contra el tétanos en el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9 <input type="checkbox"/>	904 904
901	¿Cuántas veces la han vacunado contra el tétanos?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	
902	¿Me podría decir si le dieron carnet cuando la vacunaron contra el tétanos; podría mostrármelo?	SI Y LO MOSTRÓ..... 1 SI Y NO LO MOSTRÓ..... 2 <input type="checkbox"/> NO LE DIERON..... 3 <input type="checkbox"/>	904 904
903	ENCUESTADORA: Escriba el número total de dosis que está anotado en el carnet y el mes y año de la última dosis.	TOTAL DE DOSIS DE TT..... <input type="text"/> <input type="text"/> ÚLTIMA DOSIS: MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
904	¿Se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba detectora del cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9 <input type="checkbox"/>	909 909
905	¿Hace cuántos años (completos) se la hizo por última vez?	AÑOS DE ÚLTIMA CITOLOGÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UN AÑO.....00 NO RECUERDA..... 98	
906	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTO DE LA SS 1 ESTABLECIMIENTO IHSS.....2 BRIGADA MÉDICA: LIGA CONTRA EL CÁNCER, CUBANOS, AMERICANOS.....3 CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER.....4 ASHONPLAFA.....5 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO6 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG.....7 OTRO.....8 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 9	
907	¿Le dieron el resultado?	Sí.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 9 <input type="checkbox"/>	909 909
908	¿Y cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se tomó la citología y la fecha en que supo el resultado?	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 NS/NR..... 998	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
909	¿Ha oído hablar del autoexamen del seno (el que se hace usted misma)?	Sí.....1 NO.....2	911
910	¿Cuán frecuentemente se hace usted el autoexamen del seno?	NUNCA..... 1 CADA VEZ QUE SE DUCHA..... 2 UNA VEZ POR SEMANA..... 3 UNA VEZ AL MES..... 4 CADA DOS MESES..... 5 CADA TRES MESES..... 6 UNA VEZ POR AÑO..... 7 DE VEZ EN CUANDO..... 8 OTRO..... 88 (Especifique) NS/NR..... 98	
911	¿Ha oído hablar de la mamografía, o sea rayos X del seno?	Sí.....1 NO.....2	913
912	¿Se ha hecho alguna vez este examen?	Sí.....1 NO.....2	
913	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI.....1 NO.....2	1000
914	¿Durante los últimos 30 días ha fumado cigarrillos?	Sí.....1 NO.....2	1000
915	Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. por día?	NÚMERO DE CIGARRILLOS..... [] FUMA OCASIONALMENTE.....77	

X. ACTITUDES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																																
Ahora quisiera solicitar su opinion sobre algunos temas que nos interesan																																			
1000	¿Quién cree Ud. debería decidir el número de niños que una pareja quiere tener?	EL ESPOSO/COMPAÑERO/HOMBRE 1 LA ESPOSA/COMPAÑERA/MUJER 2 LOS DOS JUNTOS 3 CUALQUIERA DE LOS DOS..... 4 EL MÉDICO 5 EL SACERDOTE/PASTOR 6 LO QUE PASE/LO QUE MANDE DIOS 7 OTRO 8 (Especifique)																																	
1001	¿Y quién debería decidir si una pareja utiliza métodos de planificación familiar?	EL ESPOSO/COMPAÑERO/HOMBRE 1 LA ESPOSA/COMPAÑERA/MUJER 2 LOS DOS JUNTOS 3 CUALQUIERA DE LOS DOS..... 4 EL MÉDICO 5 OTRO 8 (Especifique)																																	
1002	Por favor, indique si está de acuerdo o no: a. Los niños deben recibir educación sexual en las escuelas..... b. Los jóvenes adolescentes deben recibir educación sexual en los colegios... c. La Secretaría de Salud debe desarrollar materiales y programas de educación sexual para la población en general..... d. Deben existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes..... e. Los hombres necesitan aceptar mas la responsabilidad por la planificación familiar..... f. Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por el hombre..... g. Si la mujer trabaja fuera de la casa, el esposo debe ayudar en las labores de la casa.....		<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NS</td> </tr> <tr> <td>a.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	a.	1	2	9	b.	1	2	9	c.	1	2	9	d.	1	2	9	e.	1	2	9	f.	1	2	9	g.	1	2	9
	SI	NO	NS																																
a.	1	2	9																																
b.	1	2	9																																
c.	1	2	9																																
d.	1	2	9																																
e.	1	2	9																																
f.	1	2	9																																
g.	1	2	9																																
1003	¿A los cuántos días después de iniciada la regla cree usted que hay más chance para que una mujer quede embarazada?	____ ____ DÍAS 77. CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL 98. NO SABE																																	

XI. RELACIONES EN EL HOGAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																								
1100	ENCUESTADORA: VEA 220	Actualmente casada/unida..... 1 (Respuestas 1 y 2) Divorciada/separada/viuda..... 2  (Respuestas 3, 4, 5) Soltera..... 3  (Respuesta 6)	 1104 1104																								
1101	¿Quién decide en su casa sobre lo siguiente: Usted, su Esposo/compañero, ambos de acuerdo, alguien más? ¿Uso de anticonceptivos? ¿Cuántos hijos debe tener la pareja?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">ELLA</td> <td align="center">ESP/ COMP</td> <td align="center">AMBOS</td> <td align="center">MÉDICO /DIOS</td> <td align="center">NINGU- NO DE LOS DOS</td> <td align="center">OTRO</td> <td align="center">N/A</td> </tr> <tr> <td>a. ANTICONCEP.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">8</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>b. HIJOS.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">8</td> <td align="center">9</td> </tr> </table>		ELLA	ESP/ COMP	AMBOS	MÉDICO /DIOS	NINGU- NO DE LOS DOS	OTRO	N/A	a. ANTICONCEP.....	1	2	3	4	5	8	9	b. HIJOS.....	1	2	3	4	5	8	9	
	ELLA	ESP/ COMP	AMBOS	MÉDICO /DIOS	NINGU- NO DE LOS DOS	OTRO	N/A																				
a. ANTICONCEP.....	1	2	3	4	5	8	9																				
b. HIJOS.....	1	2	3	4	5	8	9																				
1102	En su familia, ¿Quién decide como gastar el ingreso del hogar?	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 ELLA SOLAMENTE..... 2 AMBOS..... 3 FAMILIARES (SUEGROS,HIJOS,PADRES) 4 OTRO _____ 8 (Especifique)																									
1103	¿Con qué frecuencia llega tomado su esposo/compañero al hogar?	NUNCA..... 1 DE VEZ EN CUANDO..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 FINES DE SEMANA..... 4 UNA VEZ A LA QUINCENA..... 5 TODOS LOS DÍAS..... 6 NO RESPONDE..... 9																									
1104	Desde que usted cumplió 15 años, ¿Ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona?	SI.....1 NO.....2 	1106																								
1105	¿Quién le ha golpeado o maltratado físicamente? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA) ¿Y alguien más?	a. MADRE..... 1 b. PADRE..... 2 c. PADRASTRO..... 3 d. HERMANO/A..... 4 e. OTRO FAMILIAR..... 5 f. NOVIO..... 6 g. ESPOSO/COMPAÑERO..... 7 h. CONOCIDO..... 8 i. DESCONOCIDO..... 9 j. OTRO _____ 88 (Especifique)																									
1106	¿Durante los últimos 12 meses, ha tenido esposo, compañero, pareja, novio o enamorado?	SI.....1 NO.....2 	1113																								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																					
1107	Ahora si me permite, voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con su pareja. ¿En los últimos 12 meses su pareja: (LÉALE UNO A UNO)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Le amenazó?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Le lanzó algo?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Le golpeó?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Le amenazó con un arma?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....	1	2	b. ¿Le amenazó?.....	1	2	c. ¿Le lanzó algo?.....	1	2	d. ¿Le golpeó?.....	1	2	e. ¿Le amenazó con un arma?.....	1	2	f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....	1	2	
	SI	NO																						
a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....	1	2																						
b. ¿Le amenazó?.....	1	2																						
c. ¿Le lanzó algo?.....	1	2																						
d. ¿Le golpeó?.....	1	2																						
e. ¿Le amenazó con un arma?.....	1	2																						
f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....	1	2																						
1108	ENCUESTADORA: VEA 1107	ALGUNA RESPUESTA SI..... 1 TODAS LAS RESPONDIÓ NO..... 2	1113																					
1109	Además, dígame usted, ¿Durante los últimos 12 meses, le sucedió lo siguiente después de una pelea con su pareja (o ex)? (LÉALE UNO A UNO)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>a. ¿Tenía moretones y dolores?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	a. ¿Tenía moretones y dolores?.....	1	2	b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....	1	2	c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....	1	2										
	SI	NO																						
a. ¿Tenía moretones y dolores?.....	1	2																						
b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....	1	2																						
c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....	1	2																						
1110	¿Buscó ayuda?	SI.....1 NO.....2	1112																					
1111	¿A quién o a dónde acudió por ayuda? (LEA CADA UNO Y ANOTE LOS QUE MENCIONE)	a. Amigas..... 1 b. Familia de ella..... 2 c. Familia de él..... 3 d. Fiscalía de la mujer..... 4 e. Policía..... 5 f. Hospital..... 6 g. Instituto de la mujer..... 7 h. Centro de salud..... 8 i. Juzgado..... 9 j. Ong's..... 10 k. Iglesia..... 11 l. Otro..... 88 (Especifique)	TODAS PASAN A 1113																					
1112	¿Por qué no buscó ayuda? (MARQUE LA RAZÓN MÁS IMPORTANTE)	MIEDO DE ÉL..... 1 VERGUENZA..... 2 CREÍA QUE NO ERA NECESARIO..... 3 CREÍA QUE DE NADA SERVIRÍA..... 4 NO SABÍA A DONDE ACUDIR..... 5 OTRO..... 8 (Especifique) NO SABE..... 9																						

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1113	Desde 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	1116
1114	¿Quién fue la persona que lo hizo? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PADRE..... 1 PADRASTRO..... 2 OTRO FAMILIAR..... 3 MAESTRO..... 4 CONOCIDO..... 5 DESCONOCIDO..... 6 NOVIO..... 7 ESPOSO/COMPAÑERO..... 8 OTRO _____ 9 (Especifique)	
1115	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? (INDAGUE)	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	
1116	¿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	1200
1117	¿Quién era esa persona? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PADRE..... 1 PADRASTRO..... 2 OTRO FAMILIAR..... 3 MAESTRO..... 4 CONOCIDO..... 5 DESCONOCIDO..... 6 NOVIO..... 7 ESPOSO/COMPAÑERO..... 8 OTRO _____ 9 (Especifique)	
1118	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió por primera vez? (INDAGUE)	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	

XII. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
Ahora, quiero hacerle algunas preguntas sobre las enfermedades de transmisión sexual			
1200	¿Ha oído hablar del SIDA?	SI.....1 NO.....2	1215
1201	¿Piensa que una persona puede tener el virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
1202	¿Según usted existe curación para el SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
1203	¿Cómo se puede evitar el SIDA? (ESPERE LAS RESPUESTAS, NO LEA LAS ALTERNATIVAS) (ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA)	USAR CONDONES..... 1 TENER UN SOLO COMPAÑERO/FIDELIDAD..... 2 NO TENER RELACIONES CON PROSTITUTAS..... 3 NO TENER RELACIONES CON HOMBRES MUJERIEGOS..... 4 NO TENER RELACIONES POR EL ANO..... 5 NO TENER RELACIONES CON HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES CON OTROS HOMBRES..... 6 NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS..... 7 NO USAR JERINGAS USADAS/ NO ESTERILIZADAS O SUCIAS..... 8 NO USAR TRANSFUSIONES DE SANGRE NO SEGURAS..... 9 NO TENER SEXO ORAL..... 10 NO TENER RELACIONES SEXUALES..... 11 REDUCIR EL NUMERO DE PAREJAS..... 12 OTRA..... 88 (Especifique) NO SABE..... 98	
1204	¿Conoce personalmente a alguien que tiene o murió de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	
1205	¿Ha oído hablar del examen que se realiza para saber si una persona tiene el virus del SIDA?	SI.....1 NO.....2	1211
1206	¿Se ha realizado ese examen?	SI.....1 NO.....2	1208
1207	¿Cuál fue el resultado?	NEGATIVO.....1 POSITIVO.....2 NO SABE.....7 NO RESPONDE.....9	TODOS PASAN A 1210B
1208	¿Usted quisiera actualmente realizarse este examen?	SI.....1 NO.....2	
1209	¿Sabe dónde puede realizarse el examen?	SI.....1 NO.....2	1211

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1210A	¿Dónde se puede realizar este examen? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 CLÍNICA DE LA SS..... 3 CRUZ ROJA..... 4 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADO/ONG.... 5 LABORATORIOS DE LA SS..... 6 LABORATORIO PRIVADO..... 7 OTRO _____ 8 (Especifique)	TODAS PASAN A 1211
1210B	¿Dónde se realizó el examen la última vez?	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 CLÍNICA DE LA SS 3 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADO/ONG/LUGAR DE TRABAJO ... 4 LABORATORIOS DE LA SS 5 LABORATORIO PRIVADO..... 6 CRUZ ROJA..... 7 OTRO _____ 8 (Especifique) EN EL EXTRANJERO..... 9	
1211	Según usted, ¿Cuál es su riesgo de contagiarse del SIDA: ninguno, pequeño, moderado o alto?	NINGUNO..... 1 PEQUEÑO 2 MODERADO 3 ALTO 4 TIENE VIH/SIDA..... 5 NO SABE..... 9	1214
1212	Si un familiar suyo se contagia con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría dispuesto a cuidarlo o cuidarla en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO TIENE OPINIÓN..... 4	
1213	¿Se les debería permitir a las personas con SIDA que trabajan con otras personas, continuar en sus trabajos o no?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO TIENE OPINIÓN..... 4	
1214	¿Se les debería enseñar a niños (as) de 12 a 14 años como utilizar un condón para prevenir el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE OPINIÓN..... 3	
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre otras enfermedades de transmisión sexual o venéreas			
1215	¿Conoce o ha oído hablar de...?	SI NO a. Sífilis (chancro)..... 1 2 b. Chancro blando..... 1 2 c. Gonorrea (purgación, flor blanca).. 1 2 d. Clamidia..... 1 2 e. Herpes genital..... 1 2 f. Hepatitis B..... 1 2	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1216	ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI LA ENTREVISTADA CONOCE EL CONDÓN (501 C)	SI.....1 NO.....2 ←	1300
1217	¿Cree usted que el uso del condón puede ser una manera muy eficaz, eficaz, poco eficaz o nada eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA?	MUY EFICAZ.....1 EFICAZ.....2 POCO EFICAZ.....3 NADA EFICAZ.....4 NO SABE9	
1218	¿Sabe usted de algunos lugares o personas en donde se puede obtener condones?	SI.....1 NO.....2 ←	1220
1219	¿En cuáles lugares o personas? (NO LEA LAS OPCIONES Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	HOSPITAL/CESAMO/CESAR DE LA SS... 1 HOSPITAL/CLÍNICA DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 3 PARTERA/GUARDIAN DE SALUD..... 4 FARMACIA..... 5 PULPERÍA/SUPERMERCADO..... 6 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 7 PUESTO COMUNITARIO ASHONPLAFA.. 8 MOTEL/HOTEL..... 9 AMIGOS/VECINOS/FAMILIARES..... 10 VENTA DE MEDICINAS..... 11 HOSPITAL/CLÍNICA DE UNA ONG..... 12 GASOLINERA..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique)	
1220	ENCUESTADORA: VERIFIQUE EN 704 (MUJERES 15-24) U 800 (MUJERES 25-49) SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	SI.....1 NO.....2 ←	1300
1221	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón?	SI.....1 NO.....2 ← NO RESPONDE.....9 ←	1223 1223
1222	¿Cuál fue la razón para usar el condón? (LEA Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	a. Prevenir embarazo..... 1 b. Prevenir SIDA..... 2 c. Prevenir otras ETS..... 3 d. Prevenir otro problema..... 4 e. Su pareja lo pide..... 5 f. Otro _____ 6 (Especifique)	
1223	¿Si su compañero sexual se lo pidiera, usted estaría dispuesta a usar el condón?	SI.....1 NO.....2 NO RESPONDE.....9	

XIII. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
Ahora me gustaría preguntarle sobre su actividad laboral.			
1300	¿Alguna vez ha trabajado o ha realizado alguna actividad aunque sea por muy poco tiempo o muy poca remuneración ?	SI.....1 NO.....2 ←	1305
1301	¿Qué edad tenía cuando comenzó a trabajar por primera vez?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
1302	¿Trabaja usted actualmente recibiendo pago en dinero u otras formas de pago?	SI.....1 NO.....2 ←	1305
1303	¿Cuántos trabajos tiene?	UNO..... 1 DOS..... 2 TRES O MÁS..... 3	
1304	¿La mayoría del tiempo trabaja dentro o fuera del hogar?	FUERA DEL HOGAR.....1 ← DENTRO DEL HOGAR.....2 ←	1307 1307
1305	¿Buscó trabajo en la última semana?	SI.....1 ← NO.....2	1307
1306	¿Por qué no trabaja, ni busca trabajo?	INCAPACIDAD FÍSICA 1 NO NECESITA TRABAJAR 2 AMA DE CASA 3 ESTUDIANTE..... 4 NO TIENE CON QUIEN DEJAR LOS NIÑOS..... 5 NO LE GUSTA TRABAJAR 6 CANSADA DE BUSCAR TRABAJO 7 PROBLEMAS DE SALUD 8 INTERFIERE ESTUDIOS 9 RECIBE BONO DE SOLIDARIDAD 10 TODAVÍA MUY JOVEN 11 JUBILADA..... 12 ESPOSO NO LE PERMITE 13 ESTÁ EMBARAZADA..... 14 NO HAY TRABAJO AQUÍ..... 15 FAMILIARES NO PERMITEN..... 16 CUIDA A FAMILIARES..... 17 TRABAJA DURANTE LA COSECHA..... 18 OTRO _____ 88 (Especifique)	
1307	¿Tiene empleada doméstica el hogar?	SI.....1 NO.....2 ELLA ES EMPLEADA.....3	
1308	ENTREVISTADORA VERIFIQUE EN HISTORIA DE NACIMIENTO (317e) SI HAY NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS	SI.....1 NO.....2 ←	1400
1309	¿Quién(es) cuida a los niños cuando usted no está en casa? (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA ALTERNATIVA DE RESPUESTA)	ELLA MISMA 1 LA EMPLEADA DOMÉSTICA 2 EL PADRE 3 LOS ABUELOS 4 OTROS FAMILIARES 5 VECINAS/AMIGAS.....6 NADIE, ESTÁN SOLOS.....7 OTRO _____ 8 (Especifique)	

XIV. ASISTENCIA ESCOLAR DE HIJOS DE 5 A 14 AÑOS

1400. ENCUESTADORA: VEA EN 317e CUANTOS HIJOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD HAY Y ANOTE EL NÚMERO HIJOS

00. NINGUNO (PASE A 1500)

IDENTIFIQUE EN 317e DE PÁGINAS 8 Y 9 LOS HIJOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD Y ANOTE EN LA LÍNEA DE PREGUNTA 1401 LOS NOMBRES, EMPEZANDO POR EL MENOR DE ELLOS.

PREGUNTA	MENOR	SEGUNDO MAYOR	TERCERO MAYOR	CUARTO MAYOR	QUINTO MAYOR																														
1401. Nombre	_____	_____	_____	_____	_____																														
1402. Edad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																														
1403. ¿Ha asistido (NOMBRE) a la escuela primaria alguna vez?	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL.	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL.	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL.	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL.	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9																														
1404. ¿Qué edad tenía cuando comenzó el primer grado de primaria?	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																														
1405. ¿Está o planea matricularlo en la escuela o colegio este año (2001)?	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409																														
1406. ¿En cuál nivel y grado?	<table border="0"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> <tr><td>SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6		SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6		<table border="0"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> <tr><td>SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6		SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6		<table border="0"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> <tr><td>SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6		SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6		<table border="0"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> <tr><td>SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6		SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6		<table border="0"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> <tr><td>SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6</td><td></td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6		SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	
NIVEL	GRADO																																		
PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6																																			
SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6																																			
NIVEL	GRADO																																		
PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6																																			
SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6																																			
NIVEL	GRADO																																		
PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6																																			
SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6																																			
NIVEL	GRADO																																		
PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6																																			
SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6																																			
NIVEL	GRADO																																		
PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6																																			
SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6																																			
1407. ¿(NOMBRE) está repitiendo el grado este año?	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9																														
1408. ¿La escuela o colegio donde estudia, es pública o privada?	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412																														

PREGUNTA	MENOR	SEGUNDO MAYOR	TERCERO MAYOR	CUARTO MAYOR	QUINTO MAYOR
1409. ¿Qué edad tenía la última vez que se matriculó?	AÑOS DE EDAD <input type="text"/>				
1410. ¿Por qué dejó la escuela?	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL1 PROBLEMAS FAMILIARES2 PROBLEMAS ECONÓMICOS3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA4 YA NO HABÍA GRADO5 TENÍA QUE TRABAJAR6 MUY LEJOS7 POR BAJO RENDIMIENTO8 CAMBIO DE DOMICILIO9 NO LE GUSTA/NO QUIERE10 PROBLEMAS DE SALUD11 OTRO88 (Especifique) NS/NR98	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL1 PROBLEMAS FAMILIARES2 PROBLEMAS ECONÓMICOS3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA4 YA NO HABÍA GRADO5 TENÍA QUE TRABAJAR6 MUY LEJOS7 POR BAJO RENDIMIENTO8 CAMBIO DE DOMICILIO9 NO LE GUSTA/NO QUIERE10 PROBLEMAS DE SALUD11 OTRO88 (Especifique) NS/NR98	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL1 PROBLEMAS FAMILIARES2 PROBLEMAS ECONÓMICOS3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA4 YA NO HABÍA GRADO5 TENÍA QUE TRABAJAR6 MUY LEJOS7 POR BAJO RENDIMIENTO8 CAMBIO DE DOMICILIO9 NO LE GUSTA/NO QUIERE10 PROBLEMAS DE SALUD11 OTRO88 (Especifique) NS/NR98	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL1 PROBLEMAS FAMILIARES2 PROBLEMAS ECONÓMICOS3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA4 YA NO HABÍA GRADO5 TENÍA QUE TRABAJAR6 MUY LEJOS7 POR BAJO RENDIMIENTO8 CAMBIO DE DOMICILIO9 NO LE GUSTA/NO QUIERE10 PROBLEMAS DE SALUD11 OTRO88 (Especifique) NS/NR98	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL1 PROBLEMAS FAMILIARES2 PROBLEMAS ECONÓMICOS3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA4 YA NO HABÍA GRADO5 TENÍA QUE TRABAJAR6 MUY LEJOS7 POR BAJO RENDIMIENTO8 CAMBIO DE DOMICILIO9 NO LE GUSTA/NO QUIERE10 PROBLEMAS DE SALUD11 OTRO88 (Especifique) NS/NR98
1411. ¿Cuál es el grado más alto de estudio que ha aprobado?	NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6
1412. ¿Cuántas veces ha repetido (NOMBRE) un grado?	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA0 PASE A 1414	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA0 PASE A 1414	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA0 PASE A 1414	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA0 PASE A 1414	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA0 PASE A 1414
1413. ¿Está o planea matricularlo en la escuela o colegio este año (2001)?	SI1 NO2				
1414. ¿Alguna vez asistió (NOMBRE) al kinder prescolar?	SI1 NO2 NS/NR9 SIGUIENTE HIJO				

XV. INDICADORES DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y LA MADRE

**1500. ENCUESTADORA: VEA 400.TIENE HIJOS A PARTIR DE 1996? SI.....1
NO.....2 ← 1517**

ENCUESTADORA: VEA EN 421 Y 422 Y COPIE LOS NOMBRES DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996 COMO ESTÁN EN EL CUADRO

	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
NOMBRE (Vea en 421)					
1501. ¿ESTÁ VIVO? (VEA EN 422)	VIVO.....1 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 MUERTO2- 1516
1502. ¿VIVE CON USTED? (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 NO.....2 SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 NO.....2 SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 NO.....2 SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 NO.....2 1516
1503. FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 317b)	DÍA [][] MES [][] AÑO [][][][]	DÍA [][] MES [][] AÑO [][][][]	DÍA [][] MES [][] AÑO [][][][]	DÍA [][] MES [][] AÑO [][][][]	DÍA [][] MES [][] AÑO [][][][]
1504. ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	<3 MESES.....1 SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2 1510 > 59 MESES.....3 SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1 SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2 1510 > 59 MESES.....3 SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1 SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2 1510 > 59 MESES.....3 SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1 SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2 1510 > 59 MESES.....3 SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1 SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2 1510 > 59 MESES.....3 SIGUIENTE COLUMNA
1505. ANTROPOMETRÍA	NIÑO MEDIDO1 NIÑO ENFERMO2 NIÑO AUSENTE3 NIÑO RECHAZÓ4 MADRE RECHAZÓ5 OTRO8 (Especifique)	NIÑO MEDIDO1 NIÑO ENFERMO2 NIÑO AUSENTE3 NIÑO RECHAZÓ4 MADRE RECHAZÓ5 OTRO8 (Especifique)	NIÑO MEDIDO1 NIÑO ENFERMO2 NIÑO AUSENTE3 NIÑO RECHAZÓ4 MADRE RECHAZÓ5 OTRO8 (Especifique)	NIÑO MEDIDO1 NIÑO ENFERMO2 NIÑO AUSENTE3 NIÑO RECHAZÓ4 MADRE RECHAZÓ5 OTRO8 (Especifique)	NIÑO MEDIDO1 NIÑO ENFERMO2 NIÑO AUSENTE3 NIÑO RECHAZÓ4 MADRE RECHAZÓ5 OTRO8 (Especifique)
1506. ESTATURA (EN CMS.)	[][][][] . [][]	[][][][] . [][]	[][][][] . [][]	[][][][] . [][]	[][][][] . [][]
1507. MEDICIÓN DEL NIÑO SE REALIZO:	ACOSTADO.....1 PARADO.....2	ACOSTADO.....1 PARADO.....2	ACOSTADO.....1 PARADO.....2	ACOSTADO.....1 PARADO.....2	ACOSTADO.....1 PARADO.....2

1508. PESO (EN KGS.)	<input type="text"/>				
1509. FECHA DE MEDICIÓN DEL PESO Y LA TALLA	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/>				
1510. VEA EN 1503 Y ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA
1511. RESULTADO DE LA TOMA DE MUESTRA PARA LA HEMOGLOBINA DEL NIÑO	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique)				
1512. VALOR DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	<input type="text"/>				

ENCUESTADORA: CUANDO TERMINE DE COMPLETAR EL CUADRO, PASE A PREGUNTA 1516

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1513	RESULTADO DE LA TOMA DE MUESTRA PARA LA HEMOGLOBINA DE LA MUJER ENTREVISTADA	TOMO MUESTRA.....1 ENTREVISTADA ENFERMA.....2 ENTREVISTADA RECHAZO.....3 ENTREVISTADA AUSENTE.....4 OTRO.....8 (Especifique)	
1514	VALOR DE LA HEMOGLOBINA DE LA MUJER ENTREVISTADA	HEMOGLOBINA DE MUJER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
1515	PESO Y TALLA DE LA MUJER ENTREVISTADA	PESO (en Kgs) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ESTATURA (en Cms) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
1516	ENCUESTADORA: SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1504, EXPLIQUE A LA MUJER QUE OTRA PERSONA VENDRÁ A PESAR Y MEDIR AL NIÑO Y A ELLA MISMA.		
NOMBRE DE PERSONA QUE TOMÓ LAS MEDIDAS _____ CÓDIGO <input type="text"/> <input type="text"/>			

1517	ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 317. PARA CADA NIÑO QUE MURIÓ A PARTIR DE ENERO 1996 Y ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DE EDAD(317f Y 317g) TIENE QUE HACER UNA AUTOPSIA VERBAL.
------	--

**AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO, REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA DEL CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA FINAL DE LA ENTREVISTA
GRACIAS!**

ASEGÚRESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL