

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ENCUESTAS DE SALUD  
 CUESTIONARIO MODELO PARA MUJERES

[NOMBRE DEL PAÍS]  
 [NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]

IDENTIFICACIÓN (1)								
NOMBRE DEL LUGAR _____								
NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____								
NÚMERO DEL SECTOR .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NÚMERO DEL HOGAR .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DE LA MUJER _____								
VISITAS DEL ENCUESTADOR								
	1	2	3	ÚLTIMA VISITA				
FECHA	_____	_____	_____	DÍA <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOMBRE DEL ENCUESTADOR	_____	_____	_____	MES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
RESULTADO*	_____	_____	_____	AÑO ENT. NÚM. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
PRÓXIM A VISITA: FECHA A HORA	_____	_____		RESULTADO* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
<p>*CÓDIGOS DEL RESULTADO: 1 COMPLETADO 2 NO ESTÁ EN CASA 3 POSPUESTO 4 RECHAZADO 5 COMPLETADO PARCIALMENTE 6 INCAPACITADO 7 OTRO _____ ESPECIFIQUE</p>								
<p>IDIOMA DEL CUESTIONARIO** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</table> IDIOMA DE LA ENCUESTA** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> IDIOMA NATIVO DE LA ENCUESTADA** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> TRADUCTOR UTILIZADO (SÍ= 1, NO = 2) <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table></p>								
<p>IDIOMA DEL CUESTIONARIO** <b>ESPAÑOL</b> **CÓDIGOS DE IDIOMAS: 01 ENGLISH 02 LANGUAGE 2 03 LANGUAGE 3 04 LANGUAGE 4 05 LANGUAGE 5 01 ESPAÑOL</p>								
EQUIPO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> NÚMERO	SUPERVISOR DE EQUIPO _____ NOMBRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> NÚMERO		SUPERVISOR CAPI (2) _____ NOMBRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> NÚMERO					

(1) Esta sección debe adaptarse al diseño de encuesta específico del país.  
 (2) Elimine la sección para anotar el nombre y número de identificación del supervisor CAPI si la encuesta no tiene supervisores CAPI que sean diferentes a los supervisores del equipo.  
 Nota: Las preguntas resaltadas en la columna número de pregunta podrían eliminarse en algunos casos (ver notas de pie de página).  
 Los corchetes [ ] indican los incisos que deben adaptarse para cada país.

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

(1)

Hola. Me llamo \_\_\_\_\_. Trabajo para [NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]. Estamos haciendo una encuesta sobre salud y otros temas en todo el territorio de [NOMBRE DEL PAÍS]. La información que recopilamos ayudará al gobierno en la planificación de los servicios de salud. Su hogar fue seleccionado para la encuesta. Normalmente las preguntas toman unos 30 a 60 minutos. Todas sus respuestas serán confidenciales y no las compartiremos con ninguna otra persona, excepto otros miembros de nuestro equipo de encuestas. No es obligatorio que participe en la encuesta, pero esperamos que usted acepte responder las preguntas ya que sus opiniones son importantes. Si le hago alguna pregunta que no quiere responder, solo dígame y pasará a la siguiente pregunta o usted puede detener la encuesta en cualquier momento.

Si necesita tener más información sobre la encuesta, puede comunicarse con la persona que aparece en la tarjeta que ya se entregó en su casa.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Puedo comenzar ahora con la encuesta?

FIRMA DEL ENCUESTADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

LA ENCUESTADA ESTÁ DE ACUERDO  
CON QUE SE LE ENTREVISTE . . . 1

LA ENCUESTADA NO ESTÁ DE ACUERDO  
CON QUE SE LE ENTREVISTE . . . 2 → FIN



SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
101	ANOTE LA HORA.	HORAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿En qué [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] nació usted?	[PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 01 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 02 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 03 FUERA DE [PAÍS] ..... 96	→ 104
103	¿En qué país nació usted?	PAÍS _____ <input type="text"/>	
104	¿Cuánto tiempo ha estado viviendo sin interrupciones en (NOMBRE DE LA CIUDAD, PUEBLO O ALDEA DE RESIDENCIA ACTUAL)?  SI ES MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00" AÑOS.	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE ..... 95 VISITANTE ..... 96	→ 110
105	VERIFIQUE 104:  00 A 04 AÑOS <input type="checkbox"/> 05 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>		→ 107
106	¿En qué mes y año comenzó a vivir aquí?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98  AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998	
107	Justo antes de venir a vivir aquí, ¿en qué [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] vivía usted?	[PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 01 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 02 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO ..... 03 FUERA DE [PAÍS] ..... 96	

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
108	Justo antes de venir a vivir aquí, ¿vivía en una ciudad, un pueblo o un área rural?	CIUDAD ..... 1 PUEBLO ..... 2 ÁREA RURAL ..... 3	
109 (2)	¿Por qué vino a vivir a este lugar?	EMPLEO ..... 01 EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN ..... 02 FORMACIÓN DE MATRIMONIO ..... 03 REUNIFICACIÓN FAMILIAR/OTRO MOTIVO RELACIONADO CON LA FAMILIA 04 DESPLAZAMIENTO FORZADO ..... 05 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
110	¿En qué mes y año nació usted?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998	
111	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 110 O 111 SI NO COINCIDEN.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	En general, ¿diría usted que su salud es muy buena, buena, moderada, mala o muy mala?	MUY BUENA ..... 1 BUENA ..... 2 MODERADA ..... 3 MALA ..... 4 MUY MALA ..... 5	
113	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 117
114 (3)	¿Cuál es el nivel más alto al que asistió en la escuela: primaria, secundaria o nivel superior?	PRIMARIA ..... 1 SECUNDARIA ..... 2 NIVEL SUPERIOR ..... 3	
115 (3)	¿Cuál fue el [GRADO/AÑO] de educación más alto que aprobó a ese nivel? SI COMPLETÓ MENOS DE UN AÑO EN ESE NIVEL, ANOTE "00".	[GRADO/AÑO] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VERIFIQUE 114:  PRIMARIA O <input type="checkbox"/> SECUNDARIA ↓  NIVEL <input type="checkbox"/> SUPERIOR →		→ 119

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
117 (4)	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta la siguiente frase.  MUESTRE LA TARJETA A LA ENCUESTADA.  SI LA ENCUESTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer parte de la frase?	NO PUEDE LEER NADA ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA ORACIÓN ..... 2 PUEDE LEER LA ORACIÓN COMPLETA ..... 3 NO HAY TARJETA CON IDIOMA REQUERIDO ..... 4 ESPECIFIQUE EL IDIOMA CIEGA/DISCAPACITADA VISUAL ..... 5	
118	VERIFIQUE 117:  CÓDIGO "2", "3" <input type="checkbox"/> O "4" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	CÓDIGO "1" O "5" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO	→ 120
119	¿Usted lee un periódico o revista al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca lee?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
120	¿Usted escucha la radio al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca escucha radio?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
121	¿Usted mira televisión al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca mira televisión?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
122	¿Usted tiene teléfono celular?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 124
123	¿Su teléfono celular es un teléfono inteligente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
124	En los últimos 12 meses, ¿usted ha usado un teléfono celular para hacer transacciones financieras, como enviar o recibir dinero, pagar las cuentas, comprar bienes o servicios o recibir su salario?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
125	¿Usted tiene alguna cuenta en un banco o en otra institución financiera que usted use?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 127
126	¿Usted depositó o sacó dinero de esta cuenta en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
127	¿Usted ha usado alguna vez Internet en cualquier lugar y en cualquier dispositivo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 130
128	En los últimos 12 meses, ¿ha usado Internet? SI ES NECESARIO, INDAGUE SU USO DESDE CUALQUIER LUGAR, CON CUALQUIER DISPOSITIVO.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 130
129	En el último mes, ¿con qué frecuencia usó Internet: casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS ..... 1 AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 3 NUNCA ..... 4	
130	Usted ¿qué religión practica?	[RELIGIÓN] ..... 01 [RELIGIÓN] ..... 02 [RELIGIÓN] ..... 03 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
131	¿Cuál es su grupo étnico?	[GRUPO ÉTNICO] ..... 01 [GRUPO ÉTNICO] ..... 02 [GRUPO ÉTNICO] ..... 03 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

(1) Si se añaden módulos al cuestionario, aumente el tiempo que le indicó a la persona que responde la encuesta.

(2) Adapte la lista de códigos para que incluyan otros motivos de migración que son frecuentes para el país, por ejemplo: repatriación, regreso después del conflicto al lugar de residencia anterior, crisis ambiental, desastres naturales, nómada o ganadero nómada.

(3) Corrija según el sistema de educación local.

(4) Todas las tarjetas deben tener cuatro oraciones simples apropiadas para el país (por ejemplo, "Los padres aman a sus hijos", "La agricultura es un trabajo duro", "El niño está leyendo un libro", "Los niños trabajan duro en la escuela"). Se deben preparar tarjetas para todos los idiomas en que sea probable que los encuestados sepan leer y escribir.

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
201	Ahora le haré algunas preguntas acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido. Me refiero a hijas e hijos que usted ha dado a luz; no me refiero a hijas e hijos criados o adoptados por usted. ¿Ha dado usted a luz alguna hija o hijo alguna vez?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 206
202	De las hijas o hijos que usted tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 204
203	a) ¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? b) Y, ¿cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) HIJOS EN CASA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) HIJAS EN CASA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está viva o vivo pero que no está viviendo con usted?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 206
205	a) ¿Cuántos hijos (varones) están vivos, pero no viven con usted? b) ¿Cuántas hijas (mujeres) están vivas, pero no viven con usted? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) HIJOS EN ALGÚN OTRO LUGAR... <input type="text"/> <input type="text"/> b) HIJAS EN ALGÚN OTRO LUGAR... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI "NO", INDAGUE: ¿Tuvo usted alguna niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que solamente vivió pocas horas o días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 208
207	a) ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? b) Y, ¿cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) NIÑOS MUERTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) NIÑAS MUERTAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208:  Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en total ____ nacimientos durante toda su vida.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES		

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
210	Algunas veces las mujeres tienen embarazos que no terminan con un nacimiento de niño vivo. Por ejemplo, un embarazo puede terminar en aborto natural, aborto o el niño puede nacer muerto. ¿Tuvo alguna vez un embarazo que no terminó con el nacimiento de un niño vivo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 212
211	¿Cuántos abortos naturales, abortos o niños nacidos muertos ha tenido usted?	PÉRDIDAS DE EMBARAZO .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	SUME LAS RESPUESTAS DE 208 Y 211 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	TOTAL DE RESULTADOS DE EMBARAZO .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
213	VERIFIQUE 212: UNO O MÁS EMBARAZOS ANTERIORES <input type="checkbox"/>	NINGÚN EMBARAZO ANTERIOR <input type="checkbox"/>	→ 232

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

214 Ahora, me gustaría anotar todos sus embarazos, incluyendo los niños nacidos vivos, los niños nacidos muertos, los abortos naturales o los abortos, comenzando con su primer embarazo. ANOTE TODOS LOS EMBARAZOS EN 215 A 228. ANOTE LOS GEMELOS Y TRILLIZOS EN DIFERENTES LÍNEAS. SI TUVO MÁS DE 3 EMBARAZOS, USE OTRO CUESTIONARIO.							
215	216	217	218	219	220	221	222
Vayamos a su (primer/ siguiente) embarazo. ¿Fue un embarazo único, gemelos, o trillizos?  EN CASO DE EMBARAZO MÚLTIPLE: COPIAR EL VALOR DE 215 EN LAS SIGUIENTES FILAS.  NÚMERO DE LÍNEA DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	SI 215=1, PREGUNTE: ¿El niño nació vivo, muerto o tuvo un aborto natural o aborto?  SI 215>1, PREGUNTE: ¿El (primer/ siguiente) niño en este embarazo nació vivo o muerto?	¿El niño lloró, se movió o respiró?  ¿El niño lloró, se movió o respiró?	¿Qué nombre le puso al bebé?  ANOTE EL NOMBRE.	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?  ANOTE EL NOMBRE.	VERIFIQUE 216 Y 217: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO.  NOTA: SI 217=1, ENTONCES EL RESULTADO DEL EMBARAZO= NACIÓ VIVO.  SI NACIÓ VIVO, PREGUNTE: ¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  SI NACIÓ MUERTO, TUVO UN ABORTO NATURAL O UN ABORTO, PREGUNTE: ¿En qué día, mes y año terminó este embarazo?	¿Cuánto tiempo duró este embarazo en semanas o meses?  ANOTE EN SEMANAS O MESES CUMPLIDOS.	PARA LA FILA 01, PREGUNTE: ¿Hubo otros embarazos antes de este embarazo?  DESPUÉS DE LA FILA 01: SI 215 =1 O ESTE ES EL PRIMER NACIMIENTO O DE UN EMBARAZO MÚLTIPLE, PREGUNTE: ¿Hubo otros embarazos entre el embarazo anterior y este embarazo?  SI 215 > 1 Y ESTE NO ES EL PRIMER NACIMIENTO O DEL EMBARAZO, PASE A 216 EN LA SIGUIENTE FILA.
01 ÚNICO 1 GEM. 2 TRILL. 3 NO. DE RESULTADOS <input type="checkbox"/>	NACIÓ VIVO 1 (PASE A 218) ← NACIÓ MUERTO 2 ABORTO NATURAL (PASE A 220) 3 ABORTO 4	SÍ 1 NO 2 (PASE A 220)	NOMBRE	NIÑO 1 NIÑA 2	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"/>	SEMANA: 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02 ÚNICO 1 GEM. 2 TRILL. 3 NO. DE RESULTADOS <input type="checkbox"/>	NACIÓ VIVO 1 (PASE A 218) ← NACIÓ MUERTO 2 ABORTO NATURAL (PASE A 220) 3 ABORTO 4	SÍ 1 NO 2 (PASE A 220)	NOMBRE	NIÑO 1 NIÑA 2	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"/>	SEMANA: 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	SÍ 1 (AÑADA EMBARAZO) ← NO 2 (SIGUIENTE EMBARAZO)



03 ÚNICO 1	NACIÓ VIVO 1 (PASE A 218)	SÍ 1		NIÑO 1	DÍA <input type="text"/>	SEMANA: 1 <input type="text"/>	SÍ 1 (AÑADA EMBARAZO)
GEM. 2	NACIÓ MUERTO 2	NO 2 (PASE A 220)	NOMBRE	NIÑA 2	MES <input type="text"/>	MESES 2 <input type="text"/>	NO 2 (SIGUIENTE EMBARAZO)
TRILL. 3	ABORTO NATURAL (PASE A 220)				<input type="text"/>		
NO. DE RESULTADOS <input type="text"/>	ABORTO 4				AÑO <input type="text"/>		
222A	¿Hubo otros embarazos entre el embarazo anterior y este embarazo?	SÍ NO	1 → AGREGUE A CUADRO 2				
222B	<p>LEA EN ALTA VOZ LA LISTA DE RESULTADOS DE EMBARAZO EN ORDEN A LA ENCUESTADA Y PREGUNTE SI SON TODOS QUE ELLA HA TENIDO EN SU VIDA, Y SI ESTÁN LISTADOS EN EL ORDEN CORRECTO EMPEZANDO CON EL PRIMERO.</p> <p>LA ESCUESTADA ESTÁ DE ACUERDO? SI NO, INDAGUE PARA LA INFORMACIÓN CORRECTA Y REVISE EL HISTORIAL DE EMBARAZO EN CONSECUENCIA. SI ESTÁ DE ACUERDO, SIGA A 223 FILA 1.</p>						

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

	223	224	225 226 227			228
			SI NACIÓ VIVO Y AÚN VIVE:			
	<p>VERIFIQUE 216, 217 Y 221: SI 216=1 O 217=1, ENTONCES EL RESULTADO DEL EMBARAZO = NACIÓ VIVO.</p> <p>SI 216=2 O 3, ENTONCES VERIFIQUE 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MESES O 28 SEMANAS, ENTONCES EL RESULTADO DEL EMBARAZO = NACIÓ MUERTO.</p> <p>SI 221 &lt; 7 MESES O 28 SEMANAS, RESULTADO FINAL DEL EMBARAZO = ABORTO NATURAL.</p> <p>SI 216=4, ENTONCES EL RESULTADO DEL EMBARAZO = ABORTO.</p>	<p>¿(NOMBRE) todavía está vivo(a)?</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</p>	<p>¿(NOMBRE) está viviendo con usted?</p>	<p>ANOTE EL NÚMERO DE LÍNEA DEL NIÑO EN EL HOGAR. ANOTE "00" SI EL NIÑO NO ESTÁ INCLUIDO DENTRO DEL HOGAR.</p>	<p>¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?</p> <p>SI "12 MESES" O "1 AÑO", INDAGUE: ¿Llegó (NOMBRE) a su primer cumpleaños?</p> <p>DESPUÉS INDAGUE: ¿Exactamente cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió?</p> <p>ANOTE DÍAS SI ES MENOS DE 1 MES, MESES SI ES MENOS DE DOS AÑOS O AÑOS.</p>
01	<p>NACIÓ VIVO 1</p> <p>NACIÓ MUERTO 2</p> <p>ABORTO NATURAL 3</p> <p>ABORTO 4</p> <p style="text-align: right;">↓</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(PASE A 228)</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p style="text-align: center;">□ □</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>NÚMERO DE LÍNEA DEL HOGAR</p> <p style="text-align: center;">□ □</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)</p>	<p>DÍAS 1 □ □</p> <p>MESES 2 □ □</p> <p>AÑOS 3 □ □</p> <p style="text-align: center;">(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)</p>
02	<p>NACIÓ VIVO 1</p> <p>NACIÓ MUERTO 2</p> <p>ABORTO NATURAL 3</p> <p>ABORTO 4</p> <p style="text-align: right;">↓</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(PASE A 228)</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p style="text-align: center;">□ □</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>NÚMERO DE LÍNEA DEL HOGAR</p> <p style="text-align: center;">□ □</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)</p>	<p>DÍAS 1 □ □</p> <p>MESES 2 □ □</p> <p>AÑOS 3 □ □</p> <p style="text-align: center;">(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)</p>

03	NACIÓ VIVO	1	SÍ	1	EDAD EN AÑOS	SÍ	1	NÚMERO DE LÍNEA DEL HOGAR	DÍAS	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	NACIÓ MUERTO	2	NO	2		<input type="text"/>	NO		2	<input type="text"/>	MESES	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ABORTO NATURAL	3	(PASE A 228)	↓		(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)	↓		(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)	AÑOS	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	ABORTO	4								(PASE A 223 EN LA SIGUIENTE FILA)				

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
230	<p>COMPARE 212 CON EL NÚMERO DE RESULTADOS DE EMBARAZO DEL HISTORIAL DE EMBARAZOS</p> <p>EL NÚMERO EN EL HISTORIAL DE EMBARAZOS ES MAYOR O IGUAL QUE 212 <input type="checkbox"/></p>	<p>EL NÚMERO EN EL HISTORIAL DE EMBARAZOS ES MENOR QUE 212 <input type="checkbox"/></p> <p>(INDAGUE Y RESUELVA) ←</p>	
231	<p><b>C</b></p> <p>POR CADA NACIMIENTO CON VIDA EN 2015-2020, ANOTE 'B' EN EL MES DE NACIMIENTO EN EL CALENDARIO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO A LA IZQUIERDA DEL CÓDIGO 'B'. POR CADA NACIMIENTO CON VIDA, ANOTE 'P' EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES SEGÚN LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. (NOTA: LA CANTIDAD DE 'P' DEBE SER UNA MENOS QUE LA CANTIDAD DE MESES QUE DURÓ ESE EMBARAZO.)</p> <p>POR CADA EMBARAZO QUE NO TERMINÓ EN UN NACIMIENTO CON VIDA EN 2015-2020, ANOTE 'T' EN EL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y 'P' PARA EL RESTO DE MESES COMPLETOS DE EMBARAZO.</p> <p>SI LA DURACIÓN DEL EMBARAZO SE DIO EN SEMANAS, MULTIPLIQUE EL NÚMERO DE SEMANAS POR 0.23 PARA CONVERTIRLO A NÚMERO DE MESES. REDONDEE AL ENTERO MÁS CERCANO PARA OBTENER EL NÚMERO DE MESES CUMPLIDOS.</p>		
232	<p>¿Está usted embarazada actualmente?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO ESTÁ SEGURA ..... 8</p>	<p>→ 236</p>
233	<p>¿Cuántas semanas o meses de embarazo tiene?</p> <p>ANOTE NÚMERO DE SEMANAS O MESES CUMPLIDOS.</p> <p><b>C</b></p> <p>ANOTE "P" EN EL CALENDARIO, COMENZANDO CON EL MES DE LA ENCUESTA Y PARA EL NÚMERO TOTAL DE MESES CUMPLIDOS.</p> <p>SI LA DURACIÓN DEL EMBARAZO SE DIO EN SEMANAS, MULTIPLIQUE EL NÚMERO DE SEMANAS POR 0.23 PARA CONVERTIRLO A NÚMERO DE MESES. REDONDEE AL ENTERO MÁS CERCANO PARA OBTENER EL NÚMERO DE MESES CUMPLIDOS.</p>	<p>SEMANAS ..... 1 <input type="text"/></p> <p>MESES ..... 2 <input type="text"/></p>	
234	<p>Cuando quedó embarazada, ¿usted quería quedar embarazada en ese momento?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>→ 236</p>
235	<p>VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE NACIDOS VIVOS</p> <p>UNO O MÁS <input type="checkbox"/>      NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>a) ¿Deseaba tener un hijo más tarde o no quería tener más hijos?</p> <p>b) ¿Deseaba tener un hijo más tarde o no quería tener hijos?</p>	<p>MÁS TARDE ..... 1</p> <p>NO MÁS/NINGUNO ..... 2</p>	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A								
236	¿Cuándo comenzó su última menstruación?  _____ (FECHA, SI LA DAN)	HACE ESTOS DÍAS ..... 1 HACE ESTAS SEMANAS ..... 2 HACE ESTOS MESES ..... 3 HACE ESTOS AÑOS ..... 4  EN LA MENOPAUSIA/ TUVO HISTERECTOMÍA ..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO EMBARAZO ..... 995 NUNCA MENSTRUÓ ..... 996	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → 240 → 241								
237	VERIFIQUE 236: ¿TUVO LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN EN ESTE ÚLTIMO AÑO?  SÍ, <input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO ↓ NO, <input type="checkbox"/> HACE UN AÑO O MÁS →		→ 240								
238 (1)	En su última menstruación, ¿qué usó para recoger o absorber el sangrado menstrual?  ¿Algo más?	TOALLAS SANITARIAS REUTILIZABLES ..... A TOALLAS SANITARIAS DESECHABLES ..... B TAMPONES ..... C COPA MENSTRUAL ..... D TELA ..... E PAPEL DE BAÑO ..... F ALGODÓN ..... G SOLO ROPA INTERIOR ..... H  OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADA ..... Y									
239	Durante su última menstruación, ¿pudo lavarse y cambiarse en privado cuando estaba en casa?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 ESTABA LEJOS DE CASA DURANTE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN ..... 3									
240	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?	EDAD ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NO SABE ..... 98									
241	Entre menstruaciones, ¿hay algunos días en los que es más probable que una mujer quede embarazada?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 243								
242	¿Este momento es justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine la menstruación o justo a la mitad entre las menstruaciones?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE SU MENSTRUACIÓN ..... 1 DURANTE SU MENSTRUACIÓN ..... 2 JUSTO DESPUÉS DE QUE TERMINE SU MENSTRUACIÓN ..... 3 A LA MITAD DE DOS MENSTRUACIONES ..... 4  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8									
243	Después del nacimiento de un hijo, ¿puede una mujer quedar embarazada antes de que le regrese su menstruación?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8									

(1) Adapte las categorías de respuesta localmente, como sea necesario.

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.		
01	Esterilización femenina. INDAGUE: Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
02	Esterilización masculina. INDAGUE: Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
03	Dispositivo intrauterino. (DIU) INDAGUE: Un doctor o enfermero puede colocarles a las mujeres una espiral o anillo adentro para evitar que queden embarazadas durante uno o más años.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
04	Inyecciones. INDAGUE: Un proveedor de salud puede inyectar a las mujeres para impedir que queden embarazadas durante uno o más meses.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
05	Implantes. INDAGUE: Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar quedar embarazada durante uno o varios años.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
06	Píldora o Pastillas. INDAGUE: Las mujeres pueden tomar una píldora diaria para evitar quedar embarazadas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
07	Condón. INDAGUE: Los hombres se pueden poner una fundita de goma o látex en el pene antes de tener relaciones sexuales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
08	Condón femenino. INDAGUE: Las mujeres se pueden poner un preservativo en su vagina antes de tener relaciones sexuales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
09 (1)	Anticonceptivo de emergencia. INDAGUE: Como medida de emergencia, no más de 3 días después de tener relaciones sexuales sin protección, las mujeres pueden tomar píldoras especiales para no quedar embarazadas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
10 (2)	Método del Collar. INDAGUE: Para evitar quedar embarazadas, las mujeres pueden contar los días de su ciclo menstrual con las cuentas de un collar y evitar las relaciones sexuales en los días en que las cuentas son blancas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
11 (3)	Método de Lactancia y Amenorrea (MELA). INDAGUE: La mujer puede atrasar su regla después del parto dando de mamar exclusivamente día y noche cuando el bebé tiene menos de 6 meses de edad.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
12	Método del ritmo. INDAGUE: Para no quedar embarazadas, las mujeres no deben tener relaciones sexuales los días del mes que ellas creen que podrían quedar embarazadas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
13	Retiro. INDAGUE: Los hombres pueden tener cuidado y retirarse antes de terminar el acto sexual.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

14	¿Ha escuchado sobre alguna otra forma o método que usen las mujeres o los hombres para evitar el embarazo?	SÍ, MÉTODO MODERNO  _____ A (ESPECIFIQUE) SÍ, MÉTODO TRADICIONAL  _____ B (ESPECIFIQUE) NO ..... Y
----	--	--

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN






NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
302	<p>VERIFIQUE 232:</p> <p>NO ESTÁ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> O NO ESTÁ SEGURA ↓</p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	→ 317
303	¿Está usted o su esposo haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 307
304 (4)	<p>¿Está esterilizada usted o su compañero?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Quién está esterilizado, usted o su compañero?</p>	<p>SÍ, SOLO LA ENCUESTADA ESTÁ ESTERILIZADA ..... 1</p> <p>SÍ, SOLO SU COMPAÑERO ESTÁ ESTERILIZADO ..... 2</p> <p>SÍ, AMBOS ESTÁN ESTERILIZADOS ..... 3</p> <p>NO, NINGUNO ESTÁ ESTERILIZADO ..... 4</p>	→ 306
305 (4)	<p>VERIFIQUE 304:</p> <p>LA ENCUESTADA <input type="checkbox"/> ES LA ÚNICA ESTERILIZADA ↓</p> <p>EL COMPAÑERO <input type="checkbox"/> ES EL ÚNICO ESTERILIZADO ↓</p> <p>AMBOS <input type="checkbox"/> ESTÁN ESTERILIZADOS ↓</p> <p>PASE A 307. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO "A" Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DE PASAR.</p> <p>PASE A 307. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO "B" Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DE PASAR.</p> <p>PASE A 307. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO "A" Y EL CÓDIGO "B" Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DE PASAR.</p>		
306	Solo para confirmar, ¿está usted o su compañero haciendo algo de lo siguiente para evitar un embarazo: evitar deliberadamente tener sexo ciertos días, usar un condón, usar el método del coito interrumpido o usar un anticonceptivo de emergencia?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 317
307 (5)	<p>¿Qué método está usando?</p> <p>ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.</p> <p>SI SE MENCIONA MÁS DE UNO DE LOS MÉTODOS, SIGA LAS INSTRUCCIONES PARA PASAR PARA EL MÉTODO QUE ESTÁ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... A</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... B</p> <p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... C</p> <p>INYECCIONES ..... D</p> <p>IMPLANTES ..... E</p> <p>PÍLDORA ..... F</p> <p>CONDÓN ..... G</p> <p>CONDÓN FEMENINO ..... H</p> <p>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... I</p> <p>MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAR ..... J</p> <p>MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA ..... K</p> <p>MÉTODO DEL RITMO ..... L</p> <p>COITO INTERRUPTIDO/RETIRARSE ..... M</p> <p>OTRO MÉTODO MODERNO ..... X</p> <p>OTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y</p>	<p>→ 312</p> <p>→ 314</p> <p>→ 314</p> <p>→ 310</p> <p>→ 311</p> <p>→ 314</p>
308 (6)	<p>Ahora le voy a mostrar dos imágenes. Señale la imagen que represente mejor lo que se usó la última vez que recibió su inyección.</p> <p>MUESTRE IMÁGENES DE SAYANA PRESS Y DE LA JERINGA NORMAL.</p>	<p>DMPA-SC/SAYANA PRESS ..... 1</p> <p>AGUJA Y JERINGA ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 314
309 (6)	La última vez que recibió su inyección, ¿se inyectó usted misma DMPA-SC/Sayana Press o se lo inyectó un proveedor de salud?	<p>AUTOINYECCIÓN ..... 1</p> <p>INYECCIÓN ADMINISTRADA POR PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 314
310	<p>¿Cuál es el nombre de marca de las píldoras que usa usted?</p> <p>SI NO SABE LA MARCA, PIDA VER EL EMPAQUE.</p>	<p>MARCA A ..... 01</p> <p>MARCA B ..... 02</p> <p>MARCA C ..... 03</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	→ 314



SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A						
311	<p>¿Cuál es el nombre de marca de los condones que usa usted?</p> <p>SI NO SABE LA MARCA, PIDA VER EL EMPAQUE.</p>	<p>MARCA A ..... 01</p> <p>MARCA B ..... 02</p> <p>MARCA C ..... 03</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	<p>→ 314</p>						
312 (7)	<p>¿En qué lugar se realizó la esterilización?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL ..... 12</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ..... 13</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 14</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>CONSULTORIO PRIVADO DE UN MÉDICO ..... 23</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 24</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>							
313	<p>¿En qué mes y año se realizó la esterilización?</p>	<p>MES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AÑO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							<p>→ 315</p>
314	<p>¿Desde qué mes y año ha estado usando (MÉTODO ACTUAL) sin interrupción?</p> <p>INDAGUE: ¿Cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO ACTUAL) sin interrupción?</p>	<p>MES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AÑO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							
315	<p>VERIFIQUE 313 Y 314 Y 220: ¿ALGÚN NACIMIENTO VIVO, PARTO DE NIÑO MUERTO, ABORTO NATURAL O ABORTO DESPUÉS DEL MES Y AÑO DE INICIO DE USO DE ANTICONCEPTIVO EN 313 O 314?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SÍ         </p> <p style="text-align: center;">           REGRESE A 313 O 314, INDAGUE Y ANOTE EL MES Y EL AÑO EN QUE COMENZÓ EL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO O INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO).         </p>								

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN (OPCIÓN IMPRESA) (8)

<p>316 (9)</p>	<p>VERIFIQUE 313 Y 314:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>AÑO ES 2015-2020 </p> <p><b>C</b> ESCRIBA EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO EN EL MES DE LA ENCUESTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO.</p> <p>LUEGO CONTINÚE </p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>AÑO ES 2014 O ANTERIOR </p> <p><b>C</b> INGRESE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO EN EL MES DE LA ENCUESTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 2015.</p> <p>LUEGO  (PASE A 329) </p> </div> </div>
<p>317 (9)</p>	<p>Quisiera hacerle algunas preguntas sobre las veces que usted o su compañero podrían haber usado un método para evitar el embarazo en los últimos años.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INVESTIGAR SOBRE PERIODOS ANTERIORES DE USO Y NO USO, COMENZANDO CON EL USO MÁS RECIENTE Y HACIA ATRÁS HASTA ENERO DE 2015. USE NOMBRES DE NIÑOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p><b>C</b> EN LA <b>COLUMNA 1</b>, ESCRIBA EN TODOS LOS MESES EN BLANCO EL CÓDIGO DE MÉTODO USADO O "0" SI NO USA NINGUNO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Cuándo fue la última vez que utilizó algún método? ¿Qué método fue?</li> <li>b) ¿Cuándo comenzó a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE)?</li> <li>c) Entonces, ¿cuánto tiempo usó el método?</li> </ol> <p>EN LA <b>COLUMNA 2</b>, ESCRIBA LOS CÓDIGOS DE INTERRUPCIÓN A LA PAR DEL ÚLTIMO MES DE USO. EL NÚMERO DE CÓDIGOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DE USO DEL MÉTODO EN LA COLUMNA 1.</p> <p><b>C</b></p> <p>PREGUNTE POR QUÉ DEJÓ DE USAR EL MÉTODO. SI HUBO EMBARAZO DESPUÉS, PREGUNTE SI SE EMBARAZÓ SIN QUERER MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI DEJÓ DE USARLO A PROPÓSITO PARA EMBARAZARSE.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) ¿Por qué dejó de usar (MÉTODO)? ¿Quedó embarazada mientras usaba (MÉTODO) o dejó de usarlo para quedar embarazada o dejó de usarlo por otro motivo?</li> <li>e) SI LO SUSPENDIÓ DELIBERADAMENTE PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuántos meses se tardó en quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)? Y ESCRIBA "0" EN CADA UNO DE ESOS MESES EN LA COLUMNA 1.</li> </ol>

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN (OPCIÓN CAPI) (8)

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
316 (9)	<p>VERIFIQUE 313 Y 314:</p> <p>AÑO ES 2015-2020 <input type="checkbox"/></p> <p>ESCRIBA EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO EN EL MES DE LA ENCUESTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO.</p> <p>LUEGO CONTINÚE ↓</p>	<p>AÑO ES 2014 O ANTERIOR <input type="checkbox"/></p> <p>INGRESE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO EN EL MES DE LA ENCUESTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DE 2015 .</p> <p>LUEGO ↗ (PASE A 329) ←</p>	
317 (9)	<p>Quisiera hacerle algunas preguntas sobre las veces que usted o su compañero podrían haber usado un método para evitar el embarazo en los últimos años.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INVESTIGAR SOBRE PERIODOS ANTERIORES DE USO Y NO USO, COMENZANDO CON EL USO MÁS RECIENTE Y HACIA ATRÁS HASTA ENERO DE 2015. USE NOMBRES DE NIÑOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p>		
317A	<p>MES Y AÑO EN QUE COMENZÓ EL INTERVALO DE USO O NO USO.</p>	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317B	<p>Entre el (EVENTO) de (MES/AÑO) y el (EVENTO) de (MES/AÑO), ¿usó usted o su compañero algún método anticonceptivo?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 317I
317C	<p>¿Qué método fue?</p>	<p>CÓDIGO DEL MÉTODO ..... <input type="text"/></p>	
317D	<p>¿Cuántos meses después de (EVENTO) de (MES/AÑO) comenzó a usar (MÉTODO)?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO "95" SI LA ENCUESTADA DA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USAR EL MÉTODO.</p>	<p>INMEDIATAMENTE ..... 00</p> <p>MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIO LA FECHA ..... 95</p>	→ 317F
317E	<p>ANOTE EL MES Y EL AÑO EN QUE LA ENCUESTADA COMENZÓ A USAR EL MÉTODO.</p>	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317F	<p>¿Cuántos meses usó (MÉTODO)?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO "95" SI LA ENCUESTADA DA LA FECHA EN QUE TERMINÓ DE USARLO.</p>	<p>MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIO LA FECHA ..... 95</p>	→ 317H
317G	<p>ANOTE EL MES Y EL AÑO EN QUE LA ENCUESTADA DEJÓ DE USAR EL MÉTODO.</p>	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317H	<p>¿Por qué dejó de usar (MÉTODO)?</p>	<p>MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN ..... <input type="text"/></p>	
317I	<p>REGRESE A 317A PARA LA SIGUIENTE INTERRUPCIÓN Y SI NO HAY MÁS INTERRUPCIONES, VAYA A 318.</p>		

**SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN**

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
318 (1)	¿Ha usado anticonceptivos de emergencia en los últimos 12 meses? Es decir, ¿ha tomado píldoras especiales hasta 3 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección con el fin de evitar un embarazo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
319	<p>VERIFIQUE EL CALENDARIO DE USO DE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN CUALQUIER MES</p> <p align="center">NINGÚN MÉTODO USADO <input type="checkbox"/> CUALQUIER MÉTODO USADO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p>		→ 321
320	¿Ha usado algo o tratado de alguna forma de demorar o evitar el embarazo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	] → 331
321	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO:</p> <p>SI HAY MÁS DE UN CÓDIGO DE MÉTODO ENCERRADO EN UN CÍRCULO EN 307, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÁ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>NINGÚN CÓDIGO ENCERRADO EN UN CÍRCULO 00</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 02</p> <p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... 03</p> <p>INYECCIONES ..... 04</p> <p>IMPLANTES ..... 05</p> <p>PÍLDORA ..... 06</p> <p>CONDÓN ..... 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO ..... 08</p> <p>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09</p> <p>MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAR ..... 10</p> <p>MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA ..... 11</p> <p>MÉTODO DEL RITMO ..... 12</p> <p>COITO INTERRUPTIDO/RETIRARSE ..... 13</p> <p>OTRO MÉTODO MODERNO ..... 95</p> <p>OTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 324</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
322 (7)	<p>Usted comenzó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA DE 314). ¿Dónde lo obtuvo en ese momento?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIA .... 13</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 14</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMP ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>FARMACIA ..... 23</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 24</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 25</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMP ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>TIENDA ..... 41</p> <p>IGLESIA ..... 42</p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
323	¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 325
324	¿Cuando usted se esterilizó, le informaron sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener con el método?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
325	¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o problemas?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
326	En ese momento, ¿le hablaron sobre otros métodos de planificación familiar que podría usar?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
327 (2)	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO:</p> <p>SI HAY MÁS DE UN CÓDIGO DE MÉTODO ENCERRADO EN UN CÍRCULO EN 307, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÁ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENIN/..... 01</p> <p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... 03</p> <p>INYECCIONES ..... 04</p> <p>IMPLANTES ..... 05</p> <p>PÍLDORA ..... 06</p> <p>CONDÓN ..... 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO ..... 08</p> <p>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09</p> <p>MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAI ..... 10</p> <p>OTRO MÉTODO MODERNO ..... 95</p>	→ 332
328	<p>En ese momento, ¿le dijeron que podía cambiar a otro método si quería o necesitaba?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 330
329	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO:</p> <p>SI HAY MÁS DE UN CÓDIGO DE MÉTODO ENCERRADO EN UN CÍRCULO EN 307, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÁ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENIN/..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 02</p> <p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... 03</p> <p>INYECCIONES ..... 04</p> <p>IMPLANTES ..... 05</p> <p>PÍLDORA ..... 06</p> <p>CONDÓN ..... 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO ..... 08</p> <p>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09</p> <p>MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAI ..... 10</p> <p>MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCI/.. 11</p> <p>MÉTODO DEL RITMO ..... 12</p> <p>COITO INTERRUMPIDO/RETIRARS ..... 13</p> <p>OTRO MÉTODO MODERNO ..... 95</p> <p>OTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... 96</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
330 (7)	<p>¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) la última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 13</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 14</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD</p> <p>TRABAJADOR DE CAMPO ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>FARMACIA ..... 23</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 24</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 25</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD</p> <p>TRABAJADOR DE CAMPO ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>TIENDA ..... 41</p> <p>IGLESIA ..... 42</p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 332</p>
331	¿Sabe de algún lugar donde pueda obtener un método de planificación familiar?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
332 (10)	Durante los últimos 12 meses, ¿lo visitó algún trabajador de salud?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 334
333 (10)	¿Le habló el trabajador de salud sobre planificación familiar?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
334	<p>VERIFIQUE 202: NIÑOS QUE VIVEN CON LA ENCUESTADA</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p> <p>a) ¿En los últimos 12 meses ha visitado algún establecimiento de salud para el cuidado de su salud o la salud de sus hijos?</p> <p>b) ¿En los últimos 12 meses ha visitado algún establecimiento de salud para el cuidado de su salud?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 401
335	¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de métodos de planificación familiar?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	

### SECCIÓN 3. NOTAS DE PIE DE PÁGINA

- (1) Los estudios indican que la anticoncepción de emergencia puede ser efectiva hasta 5 días. Verifique las recomendaciones del programa del país y modifique la redacción si es necesario.
- (2) El método de los días estándar (SDM) debe eliminarse en los países que no tienen programa SDM. En estos países, también se debe eliminar SDM como categoría de codificación en las P. 307, 321, 327, 329, 726 y la Columna 1 del calendario.
- (3) El método de amenorrea por lactancia (LAM) debe eliminarse en los países que no tienen programa LAM. En estos países, también se debe eliminar LAM como categoría de codificación en las P. 307, 321, 327, 329, 726 y la Columna 1 del calendario.
- (4) Se puede eliminar en países con muy baja cobertura de esterilización.
- (5) Se pueden agregar a la lista otros métodos comúnmente usados, como el parche anticonceptivo, el anillo vaginal o la esponja anticonceptiva. Cualquier código que se añada a la P. 307 también debe añadirse a las P. 321, 327, 329, 726 y la Columna 1 del calendario. Estos métodos no deben añadirse a la P. 301.
- (6) Si es necesario, adapte al nombre local de Sayana Press. Se deben eliminar las preguntas sobre Sayana Press si el país no tiene un programa Sayana Press.
- (7) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.
- (8) Si la encuesta se hará usando cuestionarios impresos, elimine 316 a 317I en la OPCIÓN CAPI. Si la encuesta se hará usando CAPI, elimine 316 a 317 en la OPCIÓN IMPRESA.
- (9) Se supone que el año del trabajo de campo es 2020. Para trabajo de campo que comienza en 2021, todas las referencias a años calendario deben aumentarse en uno; por ejemplo: 2014 debe cambiarse a 2015, 2015 debe cambiarse a 2016, 2016 debe cambiarse a 2017, y de forma similar para todos los años en todo el cuestionario.
- (10) En los países que no tienen programas nacionales de trabajadores de campo que incluyan la planificación familiar, se deben eliminar las P. 332 y 333.



SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
401	VERIFIQUE 220 Y 225:  UNO O MÁS RESULTADOS DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/>	NINGÚN RESULTADO DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/>	→ 601
402	VERIFIQUE 220. INDIQUE EL NÚMERO DE HISTORIAL DE EMBARAZO EN 215 PARA CADA RESULTADO DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTE DE LA ENCUESTA, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO. CLASIFIQUE CADA RESULTADO DE EMBARAZO POR TIPO USANDO 223 Y EL ORDEN DE LOS RESULTADOS EN EL HISTORIAL DE EMBARAZO.  <b>TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO</b> NACIDO VIVO MÁS RECIENTE 1 NACIDO VIVO ANTERIOR 2 PARTO DE NIÑO MUERTO MÁS RECIENTE 3 PARTO DE NIÑO MUERTO ANTERIOR 4 ABORTO O ABORTO NATURAL 5  NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO ..... <input type="text"/>		
403	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los embarazos de los últimos 3 años. (Hablaré de cada uno por separado, comenzando por el último que tuvo).		
404	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO DE 402.	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO DE 402.	NACIDO VIVO MÁS RECIENTE ..... 1 NACIDO VIVO ANTERIOR ..... 2 PARTO DE NIÑO MUERTO MÁS RECIENTE ..... 3 PARTO DE NIÑO MUERTO ANTERIOR ..... 4 ABORTO NATURAL/ABORTO ..... 5	→ 407
406	ANOTE LA FECHA EN QUE SE INTERRUMPIÓ EL EMBARAZO DE 220.	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"/>	→ 408
407	ANOTE EL NOMBRE DE 218.  NOMBRE _____		
408	VERIFIQUE 405:  TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 O 2 TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 3, 4 O 5  a) ¿Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE), ¿usted quería quedar embarazada en ese momento? b) Cuando se embarazó del embarazo que terminó el (FECHA DE 406), ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 411

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
409	¿Quería tener un bebé más adelante o ya no quería tener?	MÁS ADELANTE ..... 1 NUNCA ..... 2	→ 411
410	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES ..... 1 <input type="text"/> AÑOS ..... 2 <input type="text"/> NO SABE ..... 998	
411	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO	NACIDO VIVO MÁS RECIENTE ..... 1 NACIDO VIVO ANTERIOR ..... 2 PARTO DE NIÑO MUERTO MÁS RECIENTE ..... 3 PARTO DE NIÑO MUERTO ANTERIOR ..... 4 ABORTO/ABORTO NATURAL ..... 5	→ 434 → 434 → 475
412	¿Consultó a alguien para cuidado prenatal para este embarazo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 414
413	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO	MÁS RECIENTE NACIDO VIVO (PASE A 420) <input type="checkbox"/> MÁS RECIENTE PARTO DE NIÑO MUERTO <input type="checkbox"/>	→ 426
414 (1)	¿A quién consultó? ¿Alguien más?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR A CADA TIPO DE PERSONA Y ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.	<b>PERSONAL DE SALUD</b> DOCTOR ..... A ENFERMERA/COMADRONA ..... B AUXILIAR DE COMADRONA ..... C <b>OTRA PERSONA</b> ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL ..... D TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... E  OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO																																	
415 (1)	<p>¿Dónde recibió atención prenatal para este embarazo?</p> <p>¿Algún otro sitio?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "X" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL (DE LOS) LUGAR(ES).</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>SU CASA ..... A</p> <p>OTRA CASA ..... B</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... C</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. D</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. E</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... G</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... H</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO _____ I (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... J</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... K</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG _____ L (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>																																	
416	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando recibió atención prenatal por primera vez?	<p>SEMANAS ..... 1</p> <p>MESES ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 998</p>																																	
417	¿Cuántas veces recibió atención prenatal durante este embarazo?	<p>NÚMERO DE VECES .....</p> <p>NO SABE ..... 98</p>																																	
418	Como parte de su atención prenatal durante este embarazo, le hicieron algo de lo siguiente:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) ¿Le tomaron la presión arterial?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) ¿Le hicieron examen de orina?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ¿Le hicieron examen de sangre?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) ¿Escuchó los latidos del corazón del bebé?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) ¿Hablaron con usted sobre lo que debería comer?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) ¿Hablaron con usted sobre lactancia materna?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) ¿Le preguntaron si tenía sangrado vaginal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) ¿Le tomaron la presión arterial?	1	2	8	b) ¿Le hicieron examen de orina?	1	2	8	c) ¿Le hicieron examen de sangre?	1	2	8	d) ¿Escuchó los latidos del corazón del bebé?	1	2	8	e) ¿Hablaron con usted sobre lo que debería comer?	1	2	8	f) ¿Hablaron con usted sobre lactancia materna?	1	2	8	g) ¿Le preguntaron si tenía sangrado vaginal?	1	2	8	
	SÍ	NO	NS																																
a) ¿Le tomaron la presión arterial?	1	2	8																																
b) ¿Le hicieron examen de orina?	1	2	8																																
c) ¿Le hicieron examen de sangre?	1	2	8																																
d) ¿Escuchó los latidos del corazón del bebé?	1	2	8																																
e) ¿Hablaron con usted sobre lo que debería comer?	1	2	8																																
f) ¿Hablaron con usted sobre lactancia materna?	1	2	8																																
g) ¿Le preguntaron si tenía sangrado vaginal?	1	2	8																																
419	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO</p> <p>MÁS RECIENTE NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS RECIENTE PARTO DE NIÑO MUERTO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 426</p>																																
420 (2)	Durante este embarazo, ¿le pusieron una vacuna en el brazo para prevenir que a su niño(a) le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	<p>→ 423</p>																																

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
421	Durante este embarazo ¿cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica?	VECES .....	<input type="text"/>	
		NO SABE .....	8	
422	VERIFIQUE 421:  UNA VEZ <input type="checkbox"/> O NO SABE ↓	DOS O MÁS VECES <input type="checkbox"/>	→ 426	
423	¿En algún momento antes de este embarazo le pusieron alguna vacuna antitetánica?	SÍ .....	1	
		NO .....	2	
		NO SABE .....	8	→ 426
424	¿Antes de este embarazo, cuántas veces recibió usted una vacuna antitetánica?	VECES .....	<input type="text"/>	
	SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".	NO SABE .....	8	
425	VERIFIQUE 424:  SOLO <input type="checkbox"/> UNA ↓	MÁS DE <input type="checkbox"/> UNA VEZ ↓	a) ¿Hace cuántos años recibió usted esa vacuna antitetánica? b) ¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes de este embarazo?  HACE ESTOS AÑOS .....	<input type="text"/>
426 (3)	Durante este embarazo, ¿ a usted le dieron o usted compró hierro en jarabe o en pastillas?  MUESTRE TABLETAS/JARABE/SUPLEMENTO DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES.	SÍ .....	1	
		NO .....	2	
		NO SABE .....	8	→ 429

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
427 (1) (3)	¿Dónde consiguió las pastillas o el jarabe de hierro? ¿Algún otro sitio?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.  SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "X" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL(DE LOS) LUGAR(ES).	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... A CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. B PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. C CLÍNICA MÓVIL ..... D TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... E OTRO SECTOR PÚBLICO ..... F _____ (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL PRIVADO ..... G CLÍNICA PRIVADA ..... H FARMACIA ..... I DOCTOR PRIVADO ..... J CLÍNICA MÓVIL ..... K TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... L OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO ..... M _____ (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b> HOSPITAL DE ONG ..... N CLÍNICA DE ONG ..... O OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG ..... P _____ (ESPECIFIQUE)  <b>OTRA FUENTE</b> TIENDA ..... Q MERCADO ..... R [CAMPAÑA DE DISTRIBUCIÓN MASIVA] .. S  OTRO ..... X _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="text"/> <input type="text"/>
428 (3) (4)	Durante todo el embarazo, ¿por cuántos días tomó hierro en jarabe o pastillas?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO APROXIMADO DE DÍAS.	DÍAS ..... <input type="text"/> NO SABE ..... 998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
429 (5)	Durante este embarazo, ¿tomó algún medicamento contra lombrices intestinales?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
430 (6)	Durante este embarazo, ¿recibió comida o dinero por medio del programa [INSERTE EL NOMBRE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EFECTIVO O DE COMIDA PARA MUJERES EMBARAZADAS]?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
431 (7) (8)	Durante este embarazo, ¿tomó SP/Fansidar para evitar que le diera malaria?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	<input type="text"/> → 434
432 (7)(8)	¿Cuántas veces tomó SP/Fansidar durante este embarazo?	VECES ..... <input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
433 (7) (8)	¿Obtuvo SP/Fansidar durante alguna de las visitas de cuidados prenatales, durante otra visita al centro de salud o de otra fuente?  SI HAY MÁS DE UNA FUENTE, ANOTE LA FUENTE QUE APARECE ARRIBA EN LA LISTA.		VISITA PRENATAL ..... 1 VISITA A OTRO CENTRO ..... 2 OTRA FUENTE ..... 6
434 (1)	VERIFIQUE 405:  TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2      TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  a) ¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  ¿Alguien más?  b) ¿Quién ayudó en el parto del niño que nació muerto el (FECHA DE 406)?  INDAGUE EL TIPO DE PERSONAS Y ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS.  SI LA ENCUESTADA DICE QUE NADIE LA AYUDÓ, INDAGUE PARA DETERMINAR SI ALGÚN ADULTO ESTUVO PRESENTE EN EL PARTO.		<b>PERSONAL DE SALUD</b> DOCTOR ..... A ENFERMERA/COMADRONA ..... B AUXILIAR DE COMADRONA ..... C <b>OTRA PERSONA</b> ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... D FAMILIAR/AMIGO ..... E  OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)  NADIE AYUDÓ ..... Y
435 (1)	VERIFIQUE 405:  TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2      TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  a) ¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?  b) ¿Dónde tuvo usted el parto de este bebé muerto?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.  SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.		<b>CASA</b> SU CASA ..... 11 OTRA CASA ..... 12  <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 21 CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 22 PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 23 OTRO SECTOR PÚBLICO ..... 26 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL PRIVADO ..... 31 CLÍNICA PRIVADA ..... 32 OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO ..... 36 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b> HOSPITAL DE ONG ..... 41 CLÍNICA DE ONG ..... 42 OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG ..... 46 (ESPECIFIQUE)  OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)
436	VERIFIQUE 405:  TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2      TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  a) ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue por cesárea, es decir, tuvieron que cortar su vientre para sacar al bebé?  b) ¿Fue por cesárea el parto de este bebé que nació muerto, es decir, tuvieron que cortar su vientre para sacar al bebé?		SÍ ..... 1 NO ..... 2

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
437	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO	NACIDO VIVO MÁS RECIENTE ..... 1 NACIDO VIVO ANTERIOR ..... 2 PARTO DE NIÑO MUERTO MÁS RECIENTE .. 3 PARTO DE NIÑO MUERTO ANTERIOR ..... 4	→ 441 → 445 → 487
438	Después del parto, ¿le pusieron a (NOMBRE) en el pecho?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 441
439	¿Estaba la piel desnuda de (NOMBRE) en contacto con su piel desnuda?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 441
440	¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) lo puso sobre su pecho desnudo?  SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS; SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS; DE LO CONTRARIO, ANOTE DÍAS.	INMEDIATAMENTE ..... 000  HORAS ..... 1 DÍAS ..... 2	
441	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el (ella) era muy grande, más grande que lo normal, lo normal, más pequeño que lo normal o muy pequeño(a)?	MUY GRANDE ..... 1 MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO ..... 2 PROMEDIO ..... 3 MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO ..... 4 MUY PEQUEÑO ..... 5 NO SABE ..... 8	
442	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 444
443	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?  ANOTE EL PESO EN KILOGRAMOS DE LA TARJETA DE SALUD, SI ESTÁ DISPONIBLE.	KG DE LA TARJETA 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG QUE RECUERDA 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 99998	
444	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO	MÁS RECIENTE <input type="checkbox"/> NACIDO VIVO ↓ NACIDO VIVO ANTERIOR <input type="checkbox"/>	→ 480
445	VERIFIQUE 435: LUGAR DEL PARTO	CENTRO DE PARTO: CUALQUIER CÓDIGO <input type="checkbox"/> 21 A 46 ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓ CÓDIGO 11, 12 O 96 <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO	→ 464
446	¿La trataron con respeto los médicos, enfermeros y demás personal del centro todo el tiempo, parte del tiempo, nunca?	TODO EL TIEMPO ..... 1 PARTE DEL TIEMPO ..... 2 NUNCA ..... 3	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
447	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/></p> <p>1 ↓ 3 ↓</p> <p>a) ¿Por cuánto tiempo permaneció usted en (CENTRO EN 435) después del parto de (NOMBRE)?</p> <p>b) En el caso del bebé que nació muerto el (FECHA DE 406), ¿cuánto tiempo se quedó en (CENTRO EN 435) después de que nació el bebé?</p> <p>SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DÍAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 998</p>	
448	<p>Ahora le preguntaré acerca de los controles o chequeos de su salud después del parto, por ejemplo, si alguien le preguntó sobre su salud o le examinó.</p> <p>¿Alguna persona la examinó mientras usted estaba todavía en el establecimiento de salud?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 451
449	<p>¿Cuánto tiempo después del parto le hicieron un control de salud por primera vez?</p> <p>SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DÍAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 998</p>	
450 (1)	<p>¿Quién examinó su salud en ese momento?</p> <p>INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.</p>	<p><b>PERSONAL DE SALUD</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ENFERMERA/COMADRONA ..... 12</p> <p>AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13</p> <p><b>OTRA PERSONA</b></p> <p>ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL ..... 21</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22</p> <p>OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
451	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO</p> <p>MÁS RECIENTE <input type="checkbox"/> NACIDO VIVO ↓</p> <p>MÁS RECIENTE <input type="checkbox"/> PARTO DE NIÑO MUERTO</p>		→ 455
452	<p>Ahora le preguntaré acerca de los controles o chequeos de salud de (NOMBRE), por ejemplo, si alguien examinó a (NOMBRE), le revisó el cordón umbilical o le habló a usted sobre cómo cuidar de (NOMBRE).</p> <p>Antes de que (NOMBRE) saliera del centro, ¿revisó alguien la salud de (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 455



SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO								
453	¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) le hicieron su primer control de salud?  SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.	HORAS ..... 1 DÍAS ..... 2 SEMANAS ..... 3 NO SABE ..... 998	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
454 (1)	¿Quién examinó la salud de (NOMBRE) en ese momento?  INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.	<b>PERSONAL DE SALUD</b> DOCTOR ..... 11 ENFERMERA/COMADRONA ..... 12 AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13 <b>OTRA PERSONA</b> ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... 21 TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22  OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)								
455	Ahora, le preguntaré sobre lo que ocurrió después de que salió del centro. ¿Alguien revisó su salud después de que saliera del centro?	SÍ ..... 1 NO ..... 2		→ 459						
456	¿Cuánto tiempo después del parto le hicieron ese control de salud?  SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.	HORAS ..... 1 DÍAS ..... 2 SEMANAS ..... 3 NO SABE ..... 998	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
457 (1)	¿Quién examinó su salud en ese momento?  INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.	<b>PERSONAL DE SALUD</b> DOCTOR ..... 11 ENFERMERA/COMADRONA ..... 12 AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13 <b>OTRA PERSONA</b> ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... 21 TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22  OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)								

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO							
458 (1)	<p>¿Dónde le hicieron el control?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>SU CASA ..... 11</p> <p>OTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 21</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 22</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 23</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 41</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 42</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG _____ 46 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>							
459	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO</p> <p>MÁS RECIENTE NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS RECIENTE PARTO DE NIÑO MUERTO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 474</p>						
460	<p>Después de que (NOMBRE) salió de (CENTRO EN 435), ¿algún trabajador de salud o comadrona chequeó la salud a (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	<p>→ 473</p>						
461	<p>¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) le hicieron ese control de salud?</p> <p>SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DÍAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 998</p>	<table border="1" data-bbox="1144 1218 1263 1375"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						
462 (1)	<p>¿Quién le hizo el control de salud de (NOMBRE) en ese momento?</p> <p>INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.</p>	<p><b>PERSONAL DE SALUD</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ENFERMERA/COMADRONA ..... 12</p> <p>AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13</p> <p><b>OTRA PERSONA</b></p> <p>ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... 21</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>							

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO							
463 (1)	<p>¿Dónde le hicieron el control a (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>SU CASA ..... 11</p> <p>OTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 21</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 22</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 23</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 41</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 42</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG _____ 46 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	→ 473						
464	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> TIPO DE EMBARAZO <input type="checkbox"/></p> <p>1 ↓ 3 ↓</p> <p>a) Me gustaría hablar sobre sus controles de salud después del parto, por ejemplo, si alguien le preguntó sobre su salud o si la examinó. ¿Alguien examinó su salud después de que dio a luz a (NOMBRE)?</p> <p>b) Me gustaría hablar sobre sus controles de salud después del parto, por ejemplo, si alguien le preguntó sobre su salud o si la examinó. ¿Examinó alguien su salud después de que dio a luz al bebé muerto que tuvo el (FECHA DE 406)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 468						
465	<p>¿Cuánto tiempo después del parto le hicieron un control de salud por primera vez?</p> <p>SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DÍAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 998</p>	<table border="1" data-bbox="1144 1459 1263 1617"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO							
466 (1)	<p>¿Quién examinó su salud en ese momento?</p> <p>INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.</p>	<p><b>PERSONAL DE SALUD</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ENFERMERA/COMADRONA ..... 12</p> <p>AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13</p> <p><b>OTRA PERSONA</b></p> <p>ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... 21</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22</p> <p>OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>							
467 (1)	<p>¿Dónde le hicieron este primer control?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>SU CASA ..... 11</p> <p>OTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 21</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 22</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 23</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO ..... 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO ..... 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 41</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 42</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG ..... 46 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>							
468	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE</p> <p>MÁS RECIENTE NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS RECIENTE PARTO DE NIÑO MUERTO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 474</p>						
469	<p>Me gustaría hablar sobre los controles de salud de (NOMBRE), por ejemplo, si alguien examinó a (NOMBRE), le revisó el cordón umbilical o le habló a usted sobre cómo cuidar de (NOMBRE).</p> <p>Después de que nació (NOMBRE), ¿algún trabajador de salud o comadrona chequeó la salud a (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	<p>→ 473</p>						
470	<p>¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) le hicieron ese control de salud?</p> <p>SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE HORAS; SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DÍAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DÍAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 998</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO																									
471 (1)	<p>¿Quién examinó la salud de (NOMBRE) en ese momento?</p> <p>INDAGUE QUIÉN ES LA PERSONA MÁS CALIFICADA.</p>	<p><b>PERSONAL DE SALUD</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ENFERMERA/COMADRONA ..... 12</p> <p>AUXILIAR DE COMADRONA ..... 13</p> <p><b>OTRA PERSONA</b></p> <p>ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL .... 21</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 22</p> <p>OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>																									
472 (1)	<p>¿Dónde le hicieron el primer control a (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>SU CASA ..... 11</p> <p>OTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 21</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 22</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 23</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO ..... 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO ..... 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 41</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 42</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG ..... 46 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>																									
473	<p>Durante los primeros 2 días después del nacimiento de (NOMBRE), hizo algún proveedor de salud algo de lo siguiente:</p> <p>a) ¿Le examinaron el cordón umbilical?</p> <p>b) ¿Le tomaron la temperatura de (NOMBRE)?</p> <p>c) ¿Le indicaron cómo reconocer si su bebé necesita atención médica inmediata?</p> <p>d) ¿Hablaron con usted sobre lactancia materna?</p> <p>e) ¿Observaron a (NOMBRE) mientras usted le daba de mamar?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDÓN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMPERATURA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ATENCIÓN MÉDICA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) HABLÓ SOBRE DAR DE MAMAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÓ MIENTRAS DABA DE MAMAR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) CORDÓN .....	1	2	8	b) TEMPERATURA .....	1	2	8	c) ATENCIÓN MÉDICA .....	1	2	8	d) HABLÓ SOBRE DAR DE MAMAR	1	2	8	e) OBSERVÓ MIENTRAS DABA DE MAMAR .....	1	2	8	
	SÍ	NO	NS																								
a) CORDÓN .....	1	2	8																								
b) TEMPERATURA .....	1	2	8																								
c) ATENCIÓN MÉDICA .....	1	2	8																								
d) HABLÓ SOBRE DAR DE MAMAR	1	2	8																								
e) OBSERVÓ MIENTRAS DABA DE MAMAR .....	1	2	8																								
474	<p>Durante los primeros 2 días después del nacimiento, algún proveedor de salud le hizo a usted algo de lo siguiente:</p> <p>a) ¿Le tomaron su presión arterial?</p> <p>b) ¿Hablaron con usted sobre su sangrado vaginal?</p> <p>c) ¿Hablaron con usted sobre planificación familiar?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESIÓN ARTERIAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) SANGRADO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANIFICACIÓN FAMILIAR ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) PRESIÓN ARTERIAL .....	1	2	8	b) SANGRADO .....	1	2	8	c) PLANIFICACIÓN FAMILIAR ..	1	2	8									
	SÍ	NO	NS																								
a) PRESIÓN ARTERIAL .....	1	2	8																								
b) SANGRADO .....	1	2	8																								
c) PLANIFICACIÓN FAMILIAR ..	1	2	8																								
475	<p>VERIFIQUE 215: ¿ES ESTE EL ÚLTIMO EMBARAZO DE LA MUJER?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 479</p>																								

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO	
476	VERIFIQUE 405: TIPO DE EMBARAZO 1 <input type="checkbox"/> TIPO DE EMBARAZO 3 O 5 <input type="checkbox"/> a) ¿Le vino su menstruación, regla o sangrado después del nacimiento de (NOMBRE)? b) ¿Le vino su menstruación, regla o sangrado después del embarazo que terminó el (FECHA DE 406)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
477	VERIFIQUE 232: ¿LA ENCUESTADA ESTÁ EMBARAZADA? NO ESTÁ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O NO ESTÁ SEGURA <input type="checkbox"/>		→ 479
478	VERIFIQUE 405: TIPO DE EMBARAZO 1 <input type="checkbox"/> TIPO DE EMBARAZO 3 O 5 <input type="checkbox"/> a) ¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)? b) ¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del embarazo que terminó el (FECHA DE 406)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
479	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE EMBARAZO	NACIDO VIVO MÁS RECIENTE ..... 1 PARTO DE NIÑO MUERTO MÁS RECIENTE .. 3 ABORTO NATURAL/ABORTO ..... 5	→ 487
480	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 482
481	VERIFIQUE 224 PARA EL NIÑO:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	→ 486 → 487
482	¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) empezó usted a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS; SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS; DE LO CONTRARIO, ANOTE DÍAS.	INMEDIATAMENTE ..... 000 HORAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
483	Durante los primeros dos días después de haber dado a luz, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de comer o beber que no haya sido leche materna, cualquier cosa como agua, fórmula infantil o [INSERTE LAS BEBIDAS MÁS COMUNES QUE PODRÍAN DAR A LOS RECIÉN NACIDOS]?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
484	VERIFIQUE 224 PARA EL NIÑO:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	→ 487
485	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
486	¿Durante el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en una pacha (biberón) con chupón o tetina?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSNATAL

NÚM.	NOMBRE O FECHA _____ NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO <input type="text"/> <input type="text"/>	
487	<p>VERIFIQUE 402: ¿ALGUNOS OTROS RESULTADOS DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA?</p> <p>MÁS RESULTADOS DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/></p> <p>(VAYA A 404 PARA EL PRÓXIMO RESULTADO DE EMBARAZO) ←</p> <p>NO MÁS RESULTADOS DE EMBARAZO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> →</p>	501

- (1) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.
- (2) Las prácticas de vacunación pueden variar; esta pregunta debe especificar dónde se pone la inyección, por ejemplo: brazo u hombro.
- (3) Esta pregunta debe captar todos los tipos de suplementos que contienen hierro, incluyendo, por ejemplo, suplementos de múltiples micronutrientes en países donde están disponibles estos tipos de suplementos que contienen hierro. Adapte la redacción de la pregunta para que refleje todos los tipos de suplementos que contienen hierro que están disponibles en el país.
- (4) En los países donde es importante saber el número de tabletas de hierro que se toman al día, se puede agregar una pregunta adecuada.
- (5) La pregunta debe eliminarse en las encuestas de los países donde no hay programa de desparasitación.
- (6) La pregunta mide la asistencia en efectivo o en alimentos que se da a través de un programa formal implementado por el gobierno, una ONG, una institución religiosa u otro grupo. Adapte la redacción de la pregunta para que incluya los nombres de estos programas locales. Elimine esta pregunta si el país no tiene un programa a gran escala que ofrezca asistencia en efectivo o en alimentos para mujeres embarazadas.
- (7) La pregunta debe eliminarse en las encuestas de los países donde no existe un programa para tratamiento preventivo intermitente contra la malaria durante el embarazo.
- (8) Fansidar es un nombre de marca para el medicamento SP contra la malaria. También hay muchos otros nombres de marca para SP. Si Fansidar no es una marca frecuentemente conocida en el país, cambie "Fansidar" por un nombre de marca que sea más conocido para SP, como "SP/[NUEVO NOMBRE DE MARCA]". O simplemente puede eliminar "/Fansidar" y dejar solo "SP".

SECCIÓN 5. VACUNAS PARA NIÑOS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
501	<p>VERIFIQUE 220, 224 Y 225 EN EL HISTORIAL DE EMBARAZO: ¿ALGÚN NIÑO SOBREVIVIENTE QUE HAYA NACIDO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA?</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> UNO O MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA  ↓ </p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> NINGÚN NIÑO SOBREVIVIENTE NACIDO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA </p>	601
502	<p>Ahora le haré algunas preguntas acerca de las vacunas que recibieron sus hijos nacidos en los últimos 3 años. (Hablaré de cada niño uno por uno, comenzando por el más pequeño).</p>		
503	<p>ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE HISTORIAL DE EMBARAZO DE 215 Y 218 DE LOS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, COMENZANDO CON EL ÚLTIMO.</p> <p>NOMBRE DEL NIÑO _____ NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
504 (1)	<p>¿Usted tiene una tarjeta o carné donde están registradas las vacunas de (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ, SOLO TIENE UNA TARJETA ..... 1</p> <p>SÍ, SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO ..... 2</p> <p>SÍ, TIENE LA TARJETA Y OTRO DOCUMENTO ..... 3</p> <p>NO, NO TIENE TARJETA NI OTRO DOCUMENTO ..... 4</p>	<p>→ 507</p> <p>→ 507</p>
505 (1)	<p>¿Usted tuvo alguna vez una tarjeta o carné de vacunación para (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
506	<p>VERIFIQUE 504:</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> CÓDIGO "2" ENCERRADO EN UN CÍRCULO  ↓ </p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> CÓDIGO "4" ENCERRADO EN UN CÍRCULO </p>	513
507 (1)	<p>¿Puedo ver por favor la tarjeta o carné?</p>	<p>SÍ, SOLO SE VIO LA TARJETA ..... 1</p> <p>SÍ, SOLO SE VIO OTRO DOCUMENTO ..... 2</p> <p>SÍ, SE VIO LA TARJETA Y OTRO DOCUMENTO ..... 3</p> <p>NO, NO SE VIO LA TARJETA NI OTRO DOCUMENTO ..... 4</p>	→ 513
508	<p>ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUE ESTÁ EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN O EN OTRO DOCUMENTO.</p>	<p>DÍA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO ESTÁ LA FECHA DE NACIMIENTO EN LA TARJETA ..... 95</p>	



SECCIÓN 5. VACUNAS PARA NIÑOS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A						
	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
509	COPIE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN DE LA TARJETA DE (NOMBRE). ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA INDICA QUE SE ADMINISTRÓ UNA DOSIS, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA. ANOTE "00" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA ESTÁ EN BLANCO PARA LA DOSIS.								
(1)									
(2)		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th style="width: 10%;">DÍA</th> <th style="width: 10%;">MES</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				
DÍA	MES	AÑO							
	BCG								
	HEPATITIS B AL NACER								
(3)	VACUNA ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS (VOP) 0 (DOSIS AL NACER)								
	VACUNA ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS (VOP) 1								
	VACUNA ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS (VOP) 2								
	VACUNA ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS (VOP) 3								
(4)	VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS (IPV)								
(5)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1								
(5)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2								
(5)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3								
(5)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 4								
	ANTINEUMOCÓCICA 1								
	ANTINEUMOCÓCICA 2								
(6)	ANTINEUMOCÓCICA 3								
	ROTAVIRUS 1								
	ROTAVIRUS 2								
(6)	ROTAVIRUS 3								
(7)	[VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN] 1								
(7)	[VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN] 2								
(8)	VITAMINA A (MÁS RECIENTE)								
510	PIDA PERMISO A LA ENCUESTADA PARA FOTOGRAFIAR LA TARJETA DE VACUNACIÓN U OTRO DOCUMENTO DONDE ESTÉN ANOTADAS LAS VACUNAS. SI LE DAN PERMISO, TOME FOTOGRAFÍA DE LA TARJETA.	SE TOMÓ FOTOGRAFÍA ..... 1 NO SE TOMÓ FOTOGRAFÍA, NO DIERON PERMISO ..... 2 NO SE TOMÓ FOTOGRAFÍA, OTRO MOTIVO _____ 6 (ESPECIFIQUE)							
511	VERIFIQUE 509: ¿DE "BCG" A "[VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN] 2" TODAS TIENEN LA FECHA ANOTADA O "44" ANOTADO EN LA COLUMNA "DÍA"?								
(9)	NO <input type="checkbox"/> ↓	SÍ <input type="checkbox"/> → 529							

SECCIÓN 5. VACUNAS PARA NIÑOS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
512 (10)	Además de lo que está anotado en (este documento/estos documentos), ¿recibió (NOMBRE) alguna otra vacuna, incluyendo las vacunas que haya recibido en campañas, días de vacunación o días de salud del niño?  ANOTE "SÍ" SOLO SI LA ENCUESTADA MENCIONA QUE FUE ADMINISTRADA AL MENOS UNA DE LAS VACUNAS QUE NO ESTÁ ANOTADAS EN 509.	SÍ ..... 1 (USE LA LISTA DE CAPI PARA SELECCIONAR LAS OTRAS VACUNAS ADMINISTRADAS. OBSERVE QUE CAPI CAMBIARÁ LA RESPUESTA DE 509 EN LA COLUMNA DE "DÍA" DE "00" A "66" PARA LAS VACUNAS SELECCIONADAS).  (LUEGO PASE A 529)  NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
512A	VERIFIQUE 509: ¿HAY ALGUNA VACUNA ANOTADA EN ESTA TARJETA?  SÍ <input type="checkbox"/> PASE A 529 ← NO <input type="checkbox"/> → 530		
513 (10)	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) alguna vacuna para evitar que (NOMBRE) se enfermara, eso incluye las vacunas que haya recibido en campañas, días de vacunación o días de salud del niño?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 530
514	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que normalmente deja una cicatriz?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
515	Cuando nació o poco tiempo después del nacimiento, ¿recibió (NOMBRE) la vacuna contra la Hepatitis B, es decir, una inyección en el muslo para evitar infecciones en el hígado?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 517
516	¿Se le aplicaron a (NOMBRE) en las primeras 24 horas después de su nacimiento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
517	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna de polio oral, es decir, unas dos gotas en la boca para evitar la polio?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 521
518 (3)	¿Recibió (NOMBRE) la primera vacuna de polio oral en las primeras 2 semanas después de su nacimiento o más tarde?	PRIMERAS DOS SEMANAS ..... 1 MÁS ADELANTE ..... 2	
519	¿Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna de polio oral?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	
520 (4)	La última vez que le dieron a (NOMBRE) las gotas para polio, ¿también le pusieron a (NOMBRE) una inyección de IPV en el brazo como protección contra la polio?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
521 (5) (11)	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna pentavalente, es decir, una inyección que se pone en el muslo al mismo tiempo que las gotas de polio?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 523
522 (5)	¿Cuántas veces recibió (NOMBRE) la vacuna pentavalente?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	

SECCIÓN 5. VACUNAS PARA NIÑOS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
523 (11)	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna antineumocócica, es decir, una inyección en el muslo para prevenir la neumonía?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 525
524	¿Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna antineumocócica?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	
525	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna del rotavirus, es decir, un líquido por la boca para prevenir la diarrea?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 527
526	¿Cuántas veces recibió (NOMBRE) la vacuna del rotavirus?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	
527 (7)	¿Alguna vez recibió (NOMBRE) la vacuna SPR, contra el sarampión, las paperas y la rubeola? Esta es una inyección, que se coloca en el brazo a partir de un año de edad o después.	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 529
528 (7) (12)	¿Cuántas veces recibió (NOMBRE) la vacuna SPR?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	
529 (13)	¿Dónde recibió (NOMBRE) la mayoría de sus vacunas?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.  SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11 CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12 PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 13 CLÍNICA MÓVIL ..... 14 TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 15 OTRO SECTOR PÚBLICO _____ 16 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL PRIVADO ..... 21 CLÍNICA PRIVADA ..... 22 FARMACIA ..... 23 DOCTOR PRIVADO ..... 24 CLÍNICA MÓVIL ..... 25 TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 26 OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO _____ 27 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b> HOSPITAL DE ONG ..... 31 CLÍNICA DE ONG ..... 32 OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG _____ 36 (ESPECIFIQUE)  <b>OTRA FUENTE</b> [CAMPAÑA DE VACUNACIÓN] ..... 41  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 5. VACUNAS PARA NIÑOS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
530	VERIFIQUE 220 Y 224 EN EL HISTORIAL DE EMBARAZO: ¿ALGÚN OTRO NIÑO SOBREVIVIENTE QUE HAYA NACIDO DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA?  MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/>  (VAYA A 503 PARA EL PRÓXIMO NIÑO SOBREVIVIENTE) ←	NO MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 35 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> →	601

## SECCIÓN 5. NOTAS DE PIE DE PÁGINA

- (1) Reemplace la palabra "tarjeta" con el término que se use localmente para referirse al registro oficial de vacunación del niño, como "libreta de la madre y el hijo".
- (2) El cuestionario debe parecerse a la tarjeta de vacunación del país. Obtenga las tarjetas de vacunación actuales o recientes del programa nacional de vacunación. Agregue fiebre amarilla, rubéola y otras vacunas recomendadas en el país para niños menores de 3 años. Elimine cualquiera de estas vacunas que no se incluyan en el plan de vacunación del país. Consulte con el Programa ampliado de inmunización (EPI, por sus siglas en inglés) del país para verificar si el cuestionario refleja la tarjeta de vacunación correcta.
- (3) Elimine en los países donde la vacuna contra la poliomielitis 0 (polio al nacer) no forma parte del plan de vacunación.
- (4) Elimine en los países donde IPV no forma parte del plan de vacunación.
- (5) Adapte la pregunta al país para seguir el plan nacional de vacunación. Si DPT, Hep. B y Hib se administran por separado, proporcione entradas diferentes para el número de dosis recomendadas para cada una.
- (6) Si el plan de vacunación solo usa dos dosis de vacuna, elimine la tercera entrada.
- (7) Adapte la pregunta al país para usar el nombre de la vacuna contra el sarampión (MCV) que se usa en el país: sarampión, MMR o MR.
- (8) Si el plan de vacunación solo usa una dosis de vacuna, elimine la segunda entrada.
- (9) El filtro debe reflejar la lista de vacunación de la tarjeta (sin incluir la vitamina A, que no es una vacuna).
- (10) Cambie la redacción de esta pregunta para que los nombres coincidan con los usados en actividades complementarias de vacunación en el país.
- (11) Adapte la pregunta al país después de determinar cuál es el sitio de inyección que se usa con mayor frecuencia. Por ejemplo, la pentavalente se podría poner en el muslo exterior izquierdo y la antineumocócica en el muslo exterior derecho.
- (12) Elimine esta pregunta para los países donde el plan de vacunación incluye solo una dosis de vacuna contra el sarampión.
- (13) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales. Introduzca los nombres de las campañas de vacunación recientes o elimine la opción de respuesta 41 si el país no realiza campañas de vacunación.

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A																
601	<p>VERIFIQUE 220, 224 Y 225 EN EL HISTORIAL DE EMBARAZO: ¿ALGÚN NIÑO SOBREVIVIENTE QUE HAYA NACIDO DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA?</p> <p style="text-align: center;">UNO O MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">NINGÚN NIÑO SOBREVIVIENTE NACIDO DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/></p>	643																
602	Ahora le haré algunas preguntas acerca de la salud de los hijos que nacieron en los últimos 5 años. (Hablaemos de cada niño uno por uno, comenzando por el más pequeño).																		
603	<p>ANOTE EL NOMBRE DE 218 Y EL NÚMERO DE HISTORIAL DE EMBARAZO DE 215 DE LOS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, COMENZANDO CON EL ÚLTIMO.</p> <p>NOMBRE DEL NIÑO _____ NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																		
604 (1)	<p>En los últimos 12 meses, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de lo siguiente?:</p> <p>a) ¿Pastillas, granitos o jarabe de hierro?</p> <p>b) ¿[NOMBRE LOCAL DE LOS POLVOS DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES]?</p> <p>MUESTRE LOS TIPOS MÁS COMUNES DE TABLETAS/JARABES/ POLVOS DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) TABLETAS/JARABE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) [POLVOS DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES] .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) TABLETAS/JARABE .....	1	2	8	b) [POLVOS DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES] .....	1	2	8					
	SÍ	NO	NS																
a) TABLETAS/JARABE .....	1	2	8																
b) [POLVOS DE MÚLTIPLES MICRONUTRIENTES] .....	1	2	8																
605	<p>En los últimos 6 meses, ¿le dieron a (NOMBRE) una dosis de vitamina A, como [esta/alguna de estas]?</p> <p>MUESTRE LOS TIPOS COMUNES DE AMPOLLAS/CÁPSULAS/JARABES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SÍ .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	SÍ .....	1	NO .....	2	NO SABE .....	8											
SÍ .....	1																		
NO .....	2																		
NO SABE .....	8																		
606 (2)	<p>En los últimos 6 meses, ¿le dieron a (NOMBRE) alguna medicina para lombrices intestinales?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SÍ .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	SÍ .....	1	NO .....	2	NO SABE .....	8											
SÍ .....	1																		
NO .....	2																		
NO SABE .....	8																		
607 (3)	<p>En los últimos 3 meses, ¿algún proveedor de salud o trabajador de salud de la comunidad:</p> <p>a) pesó a (NOMBRE)?</p> <p>b) midió la longitud o altura de (NOMBRE)?</p> <p>c) midió la circunferencia del brazo de (NOMBRE)?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PESO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) LONGITUD/ALTURA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) BRAZO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) PESO .....	1	2	8	b) LONGITUD/ALTURA .....	1	2	8	c) BRAZO .....	1	2	8	
	SÍ	NO	NS																
a) PESO .....	1	2	8																
b) LONGITUD/ALTURA .....	1	2	8																
c) BRAZO .....	1	2	8																
608 (4)	<p>¿Tuvo (NOMBRE) diarrea (asientos) en algún momento durante las últimas dos semanas?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SÍ .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NO .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	SÍ .....	1	NO .....	2	NO SABE .....	8	618										
SÍ .....	1																		
NO .....	2																		
NO SABE .....	8																		

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	<p>VERIFIQUE 485: ¿AMAMANTA ACTUALMENTE?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NO/NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea (asientos), incluyendo leche materna. ¿Le dió de beber menos de lo acostumbrado, la misma cantidad de líquidos, o más de lo acostumbrado?</p> <p>SI "MENOS", INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?</p> <p>b) Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea (asientos). ¿Le dió de beber menos de lo acostumbrado, la misma cantidad de líquidos, o más de lo acostumbrado?</p> <p>SI "MENOS", INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1</p> <p>ALGO MENOS ..... 2</p> <p>CASI LO MISMO ..... 3</p> <p>MÁS ..... 4</p> <p>NADA DE BEBER ..... 5</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
610	<p>Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿le dió de comer menos de lo acostumbrado, la misma cantidad de comida, más de lo acostumbrado o no le dió comida?</p> <p>SI "MENOS", INDAGUE: ¿Le dió mucho menos o un poco menos comida de lo que le daba?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1</p> <p>ALGO MENOS ..... 2</p> <p>CASI LO MISMO ..... 3</p> <p>MÁS ..... 4</p> <p>SE LE DEJÓ DE DAR COMIDA ..... 5</p> <p>NUNCA SE LE DIO COMIDA ..... 6</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
611	<p>¿Usted buscó consejo o tratamiento para la diarrea (asientos) de (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 615

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
612 (5)	<p>¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea (asientos)?</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "X" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL(DE LOS) LUGAR(ES).</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL ... B</p> <p>PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL ... C</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... D</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... E</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>SECTOR _____ F (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... G</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... H</p> <p>FARMACIA ..... I</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... J</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... K</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... L</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO</p> <p>PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... N</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... O</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO</p> <p>DE ONG _____ P (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>TIENDA ..... Q</p> <p>PROFESIONAL MÉDICO TRADICIONAL .. R</p> <p>MERCADO ..... S</p> <p>VENDEDORES AMBULANTES</p> <p>DE MEDICAMENTOS ..... T</p> <p>OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
613	<p>VERIFIQUE 612:</p> <p>DOS O MÁS CÓDIGOS ENCERRADO EN UN <input type="checkbox"/> CÍRCULO ↓</p>	<p>SOLO UN CÓDIGO ENCERRADO EN UN <input type="checkbox"/> CÍRCULO →</p>	615
614	<p>¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez?</p> <p>USE EL CÓDIGO DE LETRA DE 612.</p>	<p>PRIMER LUGAR ..... <input type="checkbox"/></p>	



SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
615	<p>¿Desde que (NOMBRE) empezó a tener la diarrea, le dió de beber algo de lo siguiente:</p> <p>a) ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral?</p> <p>(6) b) ¿Un líquido pre-empacado de sales de rehidratación oral?</p> <p>(7) c) ¿Pastillas o jarabe de zinc?</p> <p>d) ¿Una solución casera recomendada por el Ministerio de Salud?</p>	<p>SÍ NO NS</p> <p>a) FLUIDO DE UN PAQUETE DE SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL .. 1 2 8</p> <p>b) LÍQUIDO DE SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL .. 1 2 8</p> <p>c) ZINC ..... 1 2 8</p> <p>d) FLUIDOS HECHOS EN CASA .. 1 2 8</p>	
616	<p>VERIFIQUE 615:</p> <p>ALGÚN "SÍ" <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) ¿Le dieron algo más para tratar la diarrea?</p> <p>TODOS "NO" <input type="checkbox"/> O "NO SABE" <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) ¿Le dieron algo para tratar la diarrea?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 618
617	<p>VERIFIQUE 615:</p> <p>ALGÚN "SÍ" <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) ¿Qué más le dieron para tratar la diarrea?</p> <p>TODOS "NO" <input type="checkbox"/> O "NO SABE" <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) ¿Qué le dieron para tratar la diarrea?</p> <p>ANOTE TODOS LOS TRATAMIENTOS DADOS.</p>	<p><b>PÍLDORA O JARABE</b></p> <p>ANTIBIÓTICO ..... A</p> <p>ANTIESPASMÓDICO ..... B</p> <p>OTRO (NO ANTIBIÓTICO NI ANTIESPASMÓDICO) ..... C</p> <p>PÍLDORAS O JARABES DESCONOCIDO:.. D</p> <p><b>INYECCIÓN DE</b></p> <p>ANTIBIÓTICO ..... E</p> <p>NO ANTIBIÓTICO ..... F</p> <p>INYECCIÓN DESCONOCIDA ..... G</p> <p>(IV) INTRAVENOSO ..... H</p> <p>REMEDIO CASERO/MEDICINA HERBARIA .. I</p> <p>OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
618	<p>¿Ha estado (NOMBRE) enfermo con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 621
619 (8)	<p>En algún momento mientras estuvo enfermo, ¿le sacaron sangre a (NOMBRE) del dedo o del talón de (NOMBRE) para hacerle pruebas?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
620 (8)	<p>¿Le dijo un proveedor de salud que (NOMBRE) tenía malaria?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
621	<p>¿Ha estado (NOMBRE) enfermo con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
622	<p>¿Ha tenido (NOMBRE) respiraciones rápidas, cortas o aceleradas o dificultad para respirar en algún momento durante las últimas 2 semanas?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 624

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
623	¿Tenía respiración rápida o dificultad para respirar porque tenía un problema en el pecho o la nariz tapada o mucosa?	SOLO PECHO ..... 1 SOLO NARIZ ..... 2 AMBOS ..... 3  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	→ 625
624	VERIFIQUE 618: ¿TUVO FIEBRE?      Sí <input type="checkbox"/> NO O NO SABE <input type="checkbox"/>		→ 634
625	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la enfermedad en alguna parte?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 630

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO					
626 (5)	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? ¿Algún otro lugar?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.  SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "X" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL(DE LOS) LUGAR(ES).	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... A CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL ... B PUESTO DE SALUD GUBERNAMENTAL ... C CLÍNICA MÓVIL ..... D TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... E OTRO SECTOR PÚBLICO SECTOR _____ F (ESPECIFIQUE)					
		<b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL PRIVADO ..... G CLÍNICA PRIVADA ..... H FARMACIA ..... I DOCTOR PRIVADO ..... J CLÍNICA MÓVIL ..... K TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... L OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE)					
		<b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b> HOSPITAL DE ONG ..... N CLÍNICA DE ONG ..... O OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG _____ P (ESPECIFIQUE)					
		<b>OTRA FUENTE</b> TIENDA ..... Q PROFESIONAL MÉDICO TRADICIONAL .. R MERCADO ..... S VENDEDORES AMBULANTES DE MEDICAMENTOS ..... T OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)					
627	VERIFIQUE 626: <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>DOS O MÁS CÓDIGOS ENCERRADO EN UN CÍRCULO</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓             </td> </tr> </table>	DOS O MÁS CÓDIGOS ENCERRADO EN UN CÍRCULO	<input type="checkbox"/> ↓	SOLO UN CÓDIGO ENCERRADO EN UN CÍRCULO <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> →             </td> <td>629</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> →	629	
DOS O MÁS CÓDIGOS ENCERRADO EN UN CÍRCULO	<input type="checkbox"/> ↓						
<input type="checkbox"/> →	629						
628	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE LETRA DE 626.	PRIMER LUGAR ..... <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>					
629	¿Cuántos días después de que comenzó la enfermedad consultó o pidió tratamiento por primera vez para (NOMBRE)?  SI ES EL MISMO DÍA, ANOTE "00".	DÍAS ..... <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>					
630	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	<table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td>→ 634</td> </tr> </table>		→ 634		
	→ 634						

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	NOMBRE DEL NACIDO VIVO _____	NÚMERO DEL HISTORIAL DE EMBARAZO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
631 (9)	<p>¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)?</p> <p>¿Algún otro medicamento?</p> <p>ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS.</p> <p>SI NO SE CONOCE LA MEDICINA, PIDA VER EL PAQUETE O LA RECETA.</p>	<p><b>MEDICINA ANTIMALÁRICA</b></p> <p>TRATAMIENTOS COMBINADOS DE</p> <p>ARTEMISININA (ACT) ..... A</p> <p>SP/FANSIDAR ..... B</p> <p>CLOROQUINA ..... C</p> <p>AMODIAQUINA ..... D</p> <p>QUININA</p> <p>PÍLDORAS ..... E</p> <p>INYECCIÓN/INTRAVENOSA ..... F</p> <p>ARTESUNATO</p> <p>RECTAL ..... G</p> <p>INYECCIÓN/INTRAVENOSA ..... H</p> <p>OTRO</p> <p>ANTIMALÁRICO _____ I</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ANTIBIÓTICO</b></p> <p>AMOXICILINA ..... J</p> <p>COTRIMOXAZOL ..... K</p> <p>OTRA PÍLDORA/JARABE ..... L</p> <p>OTRA INYECCIÓN/INTRAVENOSA ..... M</p> <p><b>OTRO MEDICAMENTO</b></p> <p>ASPIRINA ..... N</p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINOFÉN ..... O</p> <p>IBUPROFENO ..... P</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... Z</p>	
632 (8)	<p>VERIFIQUE 631: SE ADMINISTRÓ TRATAMIENTO COMBINADO DE ARTEMISININA ("A")</p> <p>CÓDIGO "A" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓</p> <p>CÓDIGO "A" NO <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO → 634</p>		
633 (8)	<p>¿Cuánto tiempo después de que comenzó la fiebre tomó (NOMBRE) terapia combinada de artemisinina por primera vez?</p>	<p>EL MISMO DÍA ..... 0</p> <p>EL DÍA SIGUIENTE ..... 1</p> <p>DOS DÍAS DESPUÉS DE LA FIEBRE ..... 2</p> <p>TRES DÍAS O MÁS DESPUÉS DE LA FIEBRE . . 3</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
634	<p>VERIFIQUE 220, 224, Y 225 EN EL HISTORIAL DE EMBARAZO: ¿ALGÚN OTRO NIÑO SOBREVIVIENTE QUE HAYA NACIDO DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA?</p> <p>MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> (VAYA A 603 PARA EL PRÓXIMO NIÑO SOBREVIVIENTE) ←</p> <p>NO MÁS NIÑOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 0 A 59 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> → 635</p>		

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
635	<p>VERIFIQUE 220, 225, Y 226, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DE 0 A 23 MESES ANTES DE LA ENCUESTA QUE VIVEN CON LA ENCUESTADA</p> <p>UNO O MÁS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(NOMBRE DEL NIÑO MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELLA)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→</p>	643

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN			IR A
636 (10)	<p>Ahora, me gustaría preguntarle sobre lo que bebió (NOMBRE DE 635) ayer, durante el día o la noche. Cuénteme sobre todo lo que ha bebido, ya sea que (NOMBRE) lo haya bebido en casa o en otro lugar.</p> <p>Ayer, en el día o en la noche, ¿bebió (NOMBRE):</p>				
	<p>a) agua pura?</p>	<p>a) ..... 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>b) leche de formula para bebé, como [INSERTE LOS NOMBRES DE FÓRMULAS POPULARES]?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuántas veces bebió (NOMBRE) leche de formula? SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".</p>	<p>b) ..... 1</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ FÓRMULA <input type="text"/></p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>c) leche de origen animal, como leche fresca, en lata, o en polvo?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuántas veces bebió leche (NOMBRE)? SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Era un tipo de leche endulzada o saborizada?</p>	<p>c) ..... 1</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ LECHE <input type="text"/></p> <p>DULCE/ DE SABORES 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>d) yogurt como una bebida?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuántas veces bebió yogurt (NOMBRE)? SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿El yogurt era de tipo endulzado o saborizado?</p>	<p>d) ..... 1</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE BEBIÓ YOGURT <input type="text"/></p> <p>DULCE/ DE SABORES 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>e) leche de soya?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Era un tipo de leche endulzada o saborizada?</p>	<p>e) ..... 1</p> <p>DULCE/ DE SABORES 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>f) bebidas con sabor a chocolate?</p>	<p>f) ..... 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>g) jugo de frutas o bebidas con sabor a frutas?</p>	<p>g) ..... 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>h) gaseosas, malteadas, bebidas deportivas o energéticas?</p>	<p>h) ..... 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>i) té, café o bebidas de hierbas?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Estaba la bebida endulzada?</p>	<p>i) ..... 1</p> <p>ENDULZADA .. 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>j) sopa o caldos claros?</p>	<p>j) ..... 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>k) algún otro líquido?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue la bebida?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Estaba la bebida endulzada?</p>	<p>k)</p> <p>OTRA(S) BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>ENDULZADA .. 1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN			IR A	
637 (11) (12)	<p>Ahora, me gustaría preguntarle sobre lo que comió (NOMBRE) ayer, durante el día o la noche. Estoy interesado en saber qué comió su hijo ya sea en casa o en algún otro lugar. Por favor, piense en los refrigerios y platos pequeños, así como los platos principales.</p> <p>Le preguntaré sobre distintas comidas y me gustaría saber si su hijo las comió, incluso si lo hizo mezclado con otras comidas.</p> <p>Por favor, no responda "sí" si usó pequeñas cantidades de comida o ingrediente solo para añadirle sabor a un platillo.</p> <p>a) yogurt, sin incluir yogurt como una bebida?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuántas veces comió yogurt (NOMBRE)? SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".</p>		<p>SÍ</p> <p>1</p>	<p>NO</p> <p>2</p>	<p>NS</p> <p>8</p>	
		<p>NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ YOGURT</p>	<p><input type="text"/></p>		<p>8</p>	
	<p>b) crema de avena, pan, arroz, fideos, pasta o [INSERTE OTRA COMIDA QUE SE CONSUMA COMÚNMENTE Y ESTÉ HECHA DE GRANOS, INCLUYENDO PLATOS CON ARROZ, FIDEOS, ETC.]?</p>	<p>b) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>c) calabaza, güicoy, zanahoria, zapallo, batata o camote que sean amarillos o anaranjados por dentro?</p>	<p>c) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>d) plátanos, papas, yuca, mandioca, güisquil, perulero o [INSERTE OTROS TUBÉRCULOS O RAÍCES TUBEROSAS CON ALMIDÓN QUE SEAN BLANCAS O PÁLIDAS POR DENTRO Y SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>d) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>e) cualquier verdura con hojas color verde oscuro, como [INSERTE LAS VERDURAS CON HOJAS VERDE OSCURO QUE SEAN RICAS EN VITAMINA A Y SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>e) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>f) otras verduras, como [INSERTE OTRAS VERDURAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>f) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>g) mangos o papayas maduros o [INSERTE OTRAS FRUTAS RICAS EN VITAMINA A QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>g) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>h) otras frutas, como [INSERTE OTRAS FRUTAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>h) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>i) hígado, riñones, corazón o [INSERTE OTRAS CARNES DE ÓRGANOS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>i) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	
	<p>j) embutidos, salchichas, jamón, tocino, salami, carne en lata [INSERTE OTRAS CARNES PROCESADAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>	<p>j) .....</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>8</p>	

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
	k) alguna otra carne, como res, cerdo, cordero, cabra, pollo, pato, o [INSERTE CAZA SILVESTRE QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	k) ..... 1      2      8	
	l) huevos?	l) ..... 1      2      8	
	m) pescado o mariscos frescos o secos?	m) ..... 1      2      8	
	n) frijoles, arvejas, lentejas, habas, frutos secos o [INSERTE LAS COMIDAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE Y ESTÉN HECHAS DE FRIJOLES, ARVEJAS, LENTEJAS]?	n) ..... 1      2      8	
	o) nueces, semillas, o [INSERTE LAS COMIDAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE Y ESTÉN HECHAS DE NUECES O SEMILLAS]?	o) ..... 1      2      8	
	p) quesos duros o blandos, como [INSERTE LOS TIPOS DE QUESO QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	p) ..... 1      2      8	
	q) algun insecto [INSERTE OTROS ALIMENTOS DE PROTEÍNAS PEQUEÑAS COMÚNMENTE CONSUMIDOS, COMO LARVAS DE INSECTOS (LARVAS, ORUGAS), HUEVOS DE INSECTOS, CARACOLES TERRESTRES Y MARINOS, HUEVAS DE PESCADO O ARAÑAS]?	q) ..... 1      2      8	
	r) alguna comida dulce, como chocolates, dulces, pasteles o productos congelados, como helado y helado en paletas, o [INSERTE OTRAS COMIDAS DULCES "CENTINELAS" QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	r) ..... 1      2      8	
	s) papas fritas, hojaldre, masa frita, fideos instantáneos o [INSERTE OTRAS COMIDAS FRITAS O SALADAS "CENTINELAS" QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	s) ..... 1      2      8	
	t) aceite de palma rojo?	t) ..... 1      2      8	
	u) alguna otra comida sólida, semisólida o blanda?  SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue esa comida? MARQUE EL GRUPO DE ALIMENTOS APROPIADO POR CADA ALIMENTO ADICIONAL, SI EL GRUPO AÚN NO ESTÁ CODIFICADO "SÍ".  SI NO PUEDE DETERMINAR A QUÉ GRUPO PERTENECE EL ALIMENTO ADICIONAL, ANOTE EL NOMBRE DEL ALIMENTO.	u) ..... 1      2      8  OTRO(S) ALIMENTO(S) _____ (ESPECIFIQUE)	
638	VERIFIQUE 637 (CATEGORÍAS "a" A "u"):  NO HAY UN SOLO "SÍ" <input type="checkbox"/>	AL MENOS UN "SÍ" <input type="checkbox"/>	→ 640



SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
639	<p>¿Comió (NOMBRE) alguna comida sólida, semisólida o blanda ayer durante el día o la noche?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDAGUE: ¿Qué tipo de comida sólida, semisólida o blanda comió (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>(REGRESE A 637 PARA ANOTAR LA COMIDA QUE COMIÓ AYER)</p> <p>(LUEGO VAYA A 640)</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>→ 641</p>
640	<p>¿Cuántas veces comió (NOMBRE) comida sólida, semisólida o blanda ayer durante el día o la noche?</p> <p>SI SON 7 VECES O MÁS, ANOTE "7".</p>	<p>NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
641	<p>En los últimos 6 meses, ¿le habló algún proveedor de salud o trabajador de salud de la comunidad sobre cómo o qué darle de comer a (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
642	<p>¿La última vez que (NOMBRE) hizo popó, usted qué hizo con las deposiciones (heces / materias fecales / popó)?</p>	<p>EL NIÑO USÓ UN BAÑO O LETRINA ..... 01</p> <p>SE COLOCARON/DEJARON IR EN EL INODORO O LETRINA ..... 02</p> <p>SE COLOCARON/DEJARON IR EN EL DRENAJE O FOSA ..... 03</p> <p>SE TIRARON A LA BASURA ..... 04</p> <p>SE ENTERRARON ..... 05</p> <p>SE DEJARON EXPUESTA ..... 06</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
643 (11) (12)	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre las comidas y bebidas que usted consumió ayer durante el día o la noche, ya sea en casa o en algún otro lugar. Por favor, piense en los refrigerios y platos pequeños, así como los platos principales.</p> <p>Le preguntaré sobre distintas comidas y bebidas, y me gustaría saber si usted las comió, incluso si lo hizo mezclado con otras comidas.</p> <p>Por favor, no responda "sí" si usó pequeñas cantidades de comida o ingrediente solo para añadirle sabor a un platillo.</p> <p>Ayer, en el día o en la noche, ¿usted bebió o comió:</p>	<p>SÍ NO NS</p> <p>a) ..... 1 2 8</p> <p>b) ..... 1 2 8</p> <p>c) ..... 1 2 8</p> <p>d) ..... 1 2 8</p>	
	<p>a) crema de avena, pan, arroz, fideos, pasta o [INSERTE OTRA COMIDA QUE SE CONSUMA COMÚNMENTE Y ESTÉ HECHA DE GRANOS, INCLUYENDO PLATOS CON ARROZ, FIDEOS, ETC.]?</p>		
	<p>b) calabaza, güicoy, zanahoria, zapallo, batata o camote que sean amarillos o anaranjados por dentro?</p>		
	<p>c) plátanos, papas, yuca, mandioca, güisquil, perulero o [INSERTE OTROS TUBÉRCULOS O RAÍCES TUBEROSAS CON ALMIDÓN QUE SEAN BLANCAS O PÁLIDAS POR DENTRO Y SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>		
	<p>d) cualquier verdura con hojas color verde oscuro, como [INSERTE LAS VERDURAS CON HOJAS VERDE OSCURO QUE SEAN RICAS EN VITAMINA A Y SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?</p>		

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN			IR A	
	e) otras verduras, como [INSERTE OTRAS VERDURAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	e) . . . . .	1	2	8	
	f) mangos o papayas maduros o [INSERTE OTRAS FRUTAS RICAS EN VITAMINA A QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	f) . . . . .	1	2	8	
	g) otras frutas, como [INSERTE OTRAS FRUTAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	g) . . . . .	1	2	8	
	h) hígado, riñones, corazón o [INSERTE OTRAS CARNES DE ÓRGANOS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	h) . . . . .	1	2	8	
	i) embutidos, salchichas, jamón, tocino, salami, carne en lata, o [INSERTE OTRAS CARNES PROCESADAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	i) . . . . .	1	2	8	
	j) alguna otra carne, como res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato, o [INSERTE CAZA SILVESTRE QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]? ?	j) . . . . .	1	2	8	
	k) huevos?	k) . . . . .	1	2	8	
	l) pescado o mariscos frescos o secos?	l) . . . . .	1	2	8	
	m) frijoles, arvejas, lentejas, habas, frutos secos o [INSERTE LAS COMIDAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE Y ESTÉN HECHAS DE FRIJOLES, ARVEJAS, LENTEJAS]?	m) . . . . .	1	2	8	
	n) nueces, semillas, o [INSERTE LAS COMIDAS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE Y ESTÉN HECHAS DE NUECES O SEMILLAS]?	n) . . . . .	1	2	8	
	o) leche, queso, yogurt o [INSERTE OTROS PRODUCTOS LÁCTEOS QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	o) . . . . .	1	2	8	
	p) algun insecto [INSERTE OTROS ALIMENTOS DE PROTEÍNAS PEQUEÑAS COMÚNMENTE CONSUMIDOS, COMO LARVAS DE INSECTOS (LARVAS, ORUGAS), HUEVOS DE INSECTOS, CARACOLES TERRESTRES Y MARINOS, HUEVAS DE PESCADO O ARAÑAS]?	p) . . . . .	1	2	8	
	q) alguna comida dulce, como chocolates, dulces, pasteles o productos congelados, como helado y helado en paletas, o [INSERTE OTRAS COMIDAS DULCES "CENTINELAS" QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	q) . . . . .	1	2	8	
	r) papas fritas, hojaldre, masa frita, fideos instantáneos o [INSERTE OTRAS COMIDAS FRITAS O SALADAS "CENTINELAS" QUE SE CONSUMAN COMÚNMENTE]?	r) . . . . .	1	2	8	
	s) jugo de frutas o bebidas con sabor a frutas?	s) . . . . .	1	2	8	

SECCIÓN 6. SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
	t) gaseosas, malteadas, bebidas deportivas o energéticas?	t) ..... 1            2            8	
	u) té endulzado, café endulzado o bebidas de hierbas endulzadas [INSERTE OTRAS BEBIDAS DULCES DE CONSUMO COMÚN, COMO BEBIDAS CON SABOR A CHOCOLATE Y BEBIDAS DE YOGURT DULCE O SABORIZADA]?	u) ..... 1            2            8	
	v) aceite de palma rojo?	v) ..... 1            2            8	
	w) algún otro líquido?  SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue la bebida?  SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Estaba la bebida endulzada?	w) ..... 1            2            8  OTRA(S) BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)  ENDULZADA . . . . 1            2            8	
	x) alguna otra comida?  SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue esa comida? MARQUE EL GRUPO DE ALIMENTOS APROPIADOS POR CADA ALIMENTO ADICIONAL, SI EL GRUPO AÚN NO ESTÁ CODIFICADO "SÍ".  SI NO PUEDE DETERMINAR A QUÉ GRUPO PERTENECE EL ALIMENTO ADICIONAL, ANOTE EL NOMBRE DEL ALIMENTO.	x) ..... 1            2            8  OTRA(S) BEBIDA(S) O ALIMENTO(S) _____ (ESPECIFIQUE)	

## SECCIÓN 6. NOTAS DE PIE DE PÁGINA

- (1) Solo incluya el inciso (a) si el país tiene un programa nacional de píldoras/jarabe y solo incluya el inciso (b) si el país tiene un programa nacional de micronutrientes en polvo (MNP). Si el país incluye en su programa nacional ambos tipos de suplementos, conserve ambos incisos. Elimine esta pregunta para países que no tienen un programa nacional de suplementos de hierro para niños.
- (2) Según las directrices de la OMS, se recomienda la administración anual de medicamentos antiparasitarios cuando la prevalencia basal de la infección por helmintos transmitida por el suelo es del 20-50% y se recomienda la administración semestral cuando la prevalencia es >50%. Cuando la prevalencia es inferior al 50%, los países pueden optar por cambiar el período de referencia en WQ606 de 6 a 12 meses. La pregunta debe eliminarse en las encuestas en países donde no existe un programa para la desparasitación.
- (3) El inciso "c" se refiere a la medida de la circunferencia del brazo superior (MUAC, por sus siglas en inglés). Redacte este inciso como sea necesario para que las madres entiendan a qué parte del cuerpo se refiere la pregunta. Si el país no cuenta con un programa de amplia escala para el Manejo de malnutrición grave en la comunidad (CMAM, por sus siglas en inglés), se puede eliminar el inciso "c".
- (4) Los términos que se usan para diarrea deben incluir las expresiones utilizadas para todas las formas de diarrea, incluyendo sangre en las heces (congruente con la disentería), deposiciones acuosas, etc.
- (5) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.
- (6) Incluya en la pregunta los nombres/marcas frecuentes de soluciones de rehidratación oral líquidas preenvasadas. Si no hay soluciones de rehidratación oral líquidas preenvasadas disponibles en su país, este inciso se debe eliminar.
- (7) Si el gobierno no recomienda un fluido hecho en casa, entonces este inciso debe omitirse en la pregunta. Si el gobierno recomienda un fluido hecho en casa, este inciso debe adaptarse para incluir los términos usados localmente para el fluido casero recomendado. Los ingredientes que promueve el gobierno para hacer el fluido casero recomendado deben incluirse en la categoría.
- (8) La pregunta debe eliminarse para los países que no se ven afectados por la malaria.
- (9) Se deben elaborar categorías de codificación para cada país y se debe revisar basándose en la prueba previa. Todos los antimaláricos usados frecuentemente en el país deben incluirse en las categorías de respuesta. Los nombres de medicamentos de marca frecuentes, como Bayer o Tylenol, deben agregarse a las categorías de respuesta de la aspirina, acetaminofén o ibuprofeno, como corresponda.
- (10) Todas las categorías de bebidas y grupos de alimentos deben adaptarse para incluir las bebidas y los alimentos de consumo común en el país de la encuesta. Consulte la Guía de adaptación del cuestionario del DHS (de próxima aparición) para obtener información sobre cómo adaptar los grupos de bebidas y alimentos.
- (11) Esta categoría de bebida o comida es opcional. Retírelo del cuestionario cuando la categoría no sea relevante para el país. Al eliminar las categorías opcionales, no vuelva a numerar las categorías de alimentos restantes.
- (12) Todas las categorías de grupos de alimentos deben adaptarse para que incluyan los alimentos consumidos frecuentemente en el país de la encuesta. Consulte la Guía de adaptaciones al cuestionario DHS (DHS Questionnaire Adaptation Guide) (*próximamente*) para obtener información sobre cómo adaptar los grupos de alimentos.

SECCIÓN 7. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
701	Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con su estado civil y actividad sexual. ¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA ..... 1 SÍ, VIVO CON UN HOMBRE ..... 2 NO, NO EN UNIÓN DE HECHO ..... 3	→ 706 → 709
702	¿Ha estado usted alguna vez casada o unida ( ha vivido con un hombre) como si estuvieran casados?	SÍ, CASADA ANTERIORMENTE ..... 1 SÍ, VIVÍA CON UN HOMBRE ..... 2 NO ..... 3	→ 721
703	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, divorciada o separada?	VIUDA ..... 1 DIVORCIADA ..... 2 SEPARADA ..... 3	
704	VERIFIQUE 702:  SÍ, <input type="checkbox"/> CASADA ANTERIORMENTE ↓  SÍ, <input type="checkbox"/> VIVÍA CON UN HOMBRE →		→ 714
705	¿Tenía certificado de matrimonio de su último matrimonio?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 714 → 707
706	¿Tiene el certificado de matrimonio de este matrimonio?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 709
707	¿Se registró este matrimonio ante alguna autoridad civil?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
708	VERIFIQUE 701:  SÍ, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA ↓  NO, <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN DE HECHO →		→ 714
709	¿Su (esposo/compañero) vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA ..... 1 SE QUEDA EN OTRA PARTI ..... 2	
710	ANOTE EL NOMBRE DEL ESPOSO/COMPAÑERO Y EL NÚMERO DE LÍNEA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI ÉL NO ESTÁ INCLUIDO EN EL HOGAR, ANOTE "00".	NOMBRE _____  NÚM. DE LÍNEA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
711 (1)	¿Tiene su (esposo/compañero) otras esposas o vive con otras mujeres como si estuvieran casados?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 714
712 (1)	Incluyéndose usted, en total, ¿cuántas esposas o convivientes tiene él?	NÚMERO TOTAL DE ESPOSAS Y CONVIVIENTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 98	
713 (1)	¿Es usted la primera, segunda, ... esposa?	NÚMERC ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 98	
714	¿Ha estado usted casada o en unión libre, solo una vez o más de una vez?	SOLO UNA VEZ ..... 1 MÁS DE UNA VEZ ..... 2	

SECCIÓN 7. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
715	<p>VERIFIQUE 714:</p> <p>CASADA/ VIVÍA CON UN HOMBRE SOLO UNA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>CASADA/ VIVÍA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>a) ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su (esposo/compañero)?</p> <p>b) Ahora quiero preguntarle sobre su primer (esposo/compañero). ¿En qué mes y año comenzó a vivir con él?</p>	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	<p>→ 717</p>
716	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con él?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
717	<p>VERIFIQUE 714:</p> <p>CASADA/VIVIÓ CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>CASADA/VIVIÓ CON UN HOMBRE SOLO UNA VEZ <input type="checkbox"/></p>		→ 721
718	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>SÍ, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA</p> <p>SÍ, <input type="checkbox"/> VIVE CON UN HOMBRE</p> <p>NO, <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN DE HECHO</p>		→ 721
719	Ahora quiero preguntarle sobre su actual (esposo/compañero). ¿En qué mes y año comenzó a vivir con él?	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	<p>→ 721</p>
720	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando comenzó a vivir con su (esposo/compañero) actual?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	<b>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODOS LOS ESFUERZOS POSIBLES PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD.</b>		
722	Ahora le haré algunas preguntas sobre actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar. Déjeme volver a asegurarle que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie. Si hay alguna pregunta que no quiere responder, solo dígame y pasaremos a la siguiente pregunta. ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	<p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 00</p> <p>EDAD, EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738
723	Ahora le haré unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?	<p>HACE ESTOS DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTAS SEMANAS .... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTOS MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTOS AÑOS ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI ES MENOS DE 12 MESES, LA RESPUESTA SE DEBE ANOTAR EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI SON 12 MESES (UN AÑO) O MÁS, LA RESPUESTA DEBE ANOTARSE EN AÑOS.</p>	→ 737

SECCIÓN 7. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
724	<p>VERIFIQUE 232:</p> <p>NO ESTÁ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>                      O NO ESTÁ SEGURA <input type="checkbox"/></p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	→ 727
725	<p>La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿hizo usted o su compañero algo o usó algún método para demorar o evitar el embarazo?</p>	<p>SÍ ..... 1                      NO ..... 2</p>	→ 727
726	<p>¿Qué método usó?</p> <p>ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.</p> <p>SI LOS CÓDIGOS "G" O "H" SE ENCERRARON EN UN CÍRCULO, PASE A 728 INCLUSO SI TAMBIÉN SE UTILIZÓ OTRO MÉTODO.</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... A                      ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... B                      DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... C                      INYECCIONES ..... D                      IMPLANTES ..... E                      PÍLDORA ..... F                      CONDÓN ..... G                      CONDÓN FEMENINO ..... H                      ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... I                      MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAR ..... J                      MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCI... K                      MÉTODO DEL RITMO ..... L                      COITO INTERRUMPIDO/RETIRARSE ..... M                      OTRO MÉTODO MODERNO ..... X                      OTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y</p>	→ 728
727 (2)	<p>La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron un condón?</p>	<p>SÍ ..... 1                      NO ..... 2</p>	→ 730
728 (2)	<p>¿Cuál es el nombre de marca del condón que usó?</p> <p>SI NO SE CONOCE LA MARCA, PIDA VER EL EMPAQUE.</p>	<p>MARCA A ..... 01                      MARCA B ..... 02                      MARCA C ..... 03</p> <p>OTRO _____ 96                      (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	

SECCIÓN 7. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
729 (2) (3)	<p>¿Dónde obtuvo el condón que usó la última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 13</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 14</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>FARMACIA ..... 23</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 24</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 25</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>TIENDA ..... 41</p> <p>IGLESIA ..... 42</p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	
730	<p>¿Qué tipo de relación tenía con esta persona con quien tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI ERA SU NOVIO: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".</p>	<p>ESPOSO ..... 1</p> <p>CONVIVIENTE ..... 2</p> <p>NOVIO QUE NO VIVE CON LA ENCUESTADA ..... 3</p> <p>RELACIÓN CASUAL ..... 4</p> <p>CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL ..... 5</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
731	<p>Aparte de esta persona, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona durante los últimos 12 meses?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 737
732 (2)	<p>La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta segunda persona, ¿usaron un condón?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	



SECCIÓN 7. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A												
733	<p>¿Qué tipo de relación tenía con esta segunda persona con quien tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI ERA SU NOVIO: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".</p>	<p>ESPOSO ..... 1</p> <p>CONVIVIENTE ..... 2</p> <p>NOVIO QUE NO VIVE CON LA ENCUESTADA ..... 3</p> <p>RELACIÓN CASUAL ..... 4</p> <p>CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL ..... 5</p> <p>OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)</p>													
734	<p>Aparte de estas dos personas, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona durante los últimos 12 meses?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 737												
735 (2)	<p>La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta tercera persona, ¿usaron un condón?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>													
736	<p>¿Qué tipo de relación tenía con esta tercera persona con quien tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI ERA SU NOVIO: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".</p>	<p>ESPOSO ..... 1</p> <p>CONVIVIENTE ..... 2</p> <p>NOVIO QUE NO VIVE CON LA ENCUESTADA ..... 3</p> <p>RELACIÓN CASUAL ..... 4</p> <p>CLIENTE/TRABAJADOR SEXUAL ..... 5</p> <p>OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)</p>													
737	<p>En total, ¿con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales en su vida?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ANOTE "95".</p>	<p>NÚMERO DE PAREJAS DURANTE LA VIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE ..... 98</p>													
738	<p>PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS DURANTE ESTA SECCIÓN.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SÍ</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS &lt;10 .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>HOMBRES ADULTOS .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>MUJERES ADULTAS .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SÍ	NO	NIÑOS <10 .....	1	2	HOMBRES ADULTOS .....	1	2	MUJERES ADULTAS .....	1	2	
	SÍ	NO													
NIÑOS <10 .....	1	2													
HOMBRES ADULTOS .....	1	2													
MUJERES ADULTAS .....	1	2													

(1) Las preguntas deben eliminarse en los países donde no se practica la poliginia.

(2) En los países con un programa activo de condones femeninos, la redacción de la pregunta debe modificarse para incluir la mención de los condones masculinos y femeninos.

(3) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.

SECCIÓN 8. PREFERENCIAS DE FERTILIDAD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A								
801	VERIFIQUE 307: NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> NINGUNO ESTÁ <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTÁ <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO ESTERILIZADO		813								
802	VERIFIQUE 232: EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NO ESTÁ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> O NO ESTÁ SEGURA		804								
803	Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. Después de la hija o hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otra u otro o preferiría no tener más hijas e hijos?	TENER OTRO HIJO ..... 1 NO MÁS ..... 2 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	805 812								
804	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (una/otra) hija/o o preferiría no tener ningún (más) hija/o(s)?	TENER (UN/OTRO) HIJO ..... 1 NO MÁS/NINGUNO ..... 2 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZA . . 3 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	807 813 811								
805	VERIFIQUE 232: NO ESTÁ EMBARAZADA O NO ESTÁ SEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> a) ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (una/otra) hija/o? b) Después del nacimiento de la hija/o que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otra hija/o?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA ..... 993 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZAD/A 994 DESPUÉS DE CASARSE ..... 995 OTRO ..... 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998									811 813 811
806	VERIFIQUE 232: NO ESTÁ EMBARAZADA O NO ESTÁ SEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		812								
807	VERIFIQUE 307: ¿USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? NO SE LE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE USA <input type="checkbox"/>		813								
808	VERIFIQUE 805: "24" MESES O MÁS O "02" O MÁS AÑOS <input type="checkbox"/> NO SE LE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> "00-23" MESES O "00-01" AÑO <input type="checkbox"/>		812								
809	VERIFIQUE 723: HACE DÍAS, SEMANAS O MESES <input type="checkbox"/> HACE AÑOS <input type="checkbox"/> NO SE LE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>		811 811								

SECCIÓN 8. PREFERENCIAS DE FERTILIDAD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
810	<p>VERIFIQUE 804:</p> <p>QUIERE TENER UN/OTRO HIJO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Usted dijo que no quiere tener (un/otro) hijo pronto. ¿Me puede decir por qué no está usando algún método para evitar quedar embarazada? ¿Alguna otra razón?</p> <p>YA NO QUIERE TENER/NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Usted dijo que no quiere tener ningún (más) hijo(s). ¿Me puede decir por qué no está usando algún método para evitar quedar embarazada? ¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODOS LOS MOTIVOS MENCIONADOS.</p>	<p>NO ESTÁ CASADA ..... A</p> <p><b>MOTIVOS RELACIONADOS CON LA FERTILIDAD</b></p> <p>NO TIENE SEXO ..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE ..... C</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMÍA ..... D</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... E</p> <p>NO MENSTRÚA DESDE ÚLTIMO PARTO ..... F</p> <p>DA DE MAMAR ..... G</p> <p>DEPENDE DE DIOS/FATALISTA ..... H</p> <p><b>SE OPONE A USAR</b></p> <p>LA ENCUESTADA SE OPONE ..... I</p> <p>EL ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE ..... J</p> <p>OTROS SE OPONEN ..... K</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA ..... L</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b></p> <p>NO CONOCE NINGÚN MÉTODO ..... M</p> <p>NO CONOCE NINGUNA FUENTE ..... N</p> <p><b>MOTIVOS RELACIONADOS CON EL MÉTODO</b></p> <p>INCONVENIENTE DE USAR ..... O</p> <p>CAMBIOS EN EL SANGRADO MENSTRUAL LOS MÉTODOS PODRÍAN CAUSAR</p> <p>INFERTILIDAD ..... Q</p> <p>INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO ..... R</p> <p>OTROS EFECTOS SECUNDARIOS ..... S</p> <p><b>COSTO/ACCESO/DISPONIBILIDAD</b></p> <p>FALTA DE ACCESO/MUY LEJOS ..... T</p> <p>MUY COSTOSO ..... U</p> <p>EL MÉTODO PREFERIDO NO ESTÁ DISPONIBLE ..... V</p> <p>NINGÚN MÉTODO DISPONIBLE ..... W</p> <p>OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... Z</p>	
811	<p>VERIFIQUE 307: ¿USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SE LE PREGUNTÓ ↓</p> <p>SÍ, <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUALMENTE USA →</p>		813
812	<p>¿Usted cree que en el futuro usará algún método para demorar o evitar quedar embarazada?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
813	<p>VERIFIQUE 224:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas e hijos y pudiera elegir exactamente el número que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas e hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>INDAGUE PARA DAR UNA RESPUESTA NUMÉRICA.</p>	<p>NINGUNO ..... 00 → 815</p> <p>NÚMERO ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRO _____ 96 → 815 (ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 8. PREFERENCIAS DE FERTILIDAD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A																											
814	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y cuántos no le importaría que fueran hombres o mujeres?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NIÑOS</td> <td style="text-align: center;">NIÑAS</td> <td style="text-align: center;">CUALQUIERA</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>		NIÑOS	NIÑAS	CUALQUIERA	NÚMERO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
	NIÑOS	NIÑAS	CUALQUIERA																											
NÚMERO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
815	En los últimos 12 meses, usted:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SÍ</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>a) ¿Ha escuchado sobre planificación familiar en la radio?</td> <td style="text-align: right;">a) RADIO .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>b) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en la televisión?</td> <td style="text-align: right;">b) TELEVISIÓN .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>c) ¿Ha leído sobre planificación familiar en un periódico o revista?</td> <td style="text-align: right;">c) PERIÓDICO O REVISTA .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>d) ¿Ha recibido en su teléfono celular algún mensaje de voz o de texto sobre planificación familiar?</td> <td style="text-align: right;">d) TELÉFONO CELULAR .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>e) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en redes sociales, como Facebook, Twitter o Instagram?</td> <td style="text-align: right;">e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>f) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un cartel, un volante o un folleto?</td> <td style="text-align: right;">f) CARTELES/VOLANTES/FOLLETOS</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>g) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un rótulo o valla en exteriores?</td> <td style="text-align: right;">g) RÓTULOS/VALLAS EXTERNAS ....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>h) ¿Ha escuchado algo sobre planificación familiar en reuniones o eventos de la comunidad?</td> <td style="text-align: right;">h) REUNIONES/EVENTOS COMUNITARIOS .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> </table>		SÍ	NO	a) ¿Ha escuchado sobre planificación familiar en la radio?	a) RADIO .....	1 2	b) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en la televisión?	b) TELEVISIÓN .....	1 2	c) ¿Ha leído sobre planificación familiar en un periódico o revista?	c) PERIÓDICO O REVISTA .....	1 2	d) ¿Ha recibido en su teléfono celular algún mensaje de voz o de texto sobre planificación familiar?	d) TELÉFONO CELULAR .....	1 2	e) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en redes sociales, como Facebook, Twitter o Instagram?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM .....	1 2	f) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un cartel, un volante o un folleto?	f) CARTELES/VOLANTES/FOLLETOS	1 2	g) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un rótulo o valla en exteriores?	g) RÓTULOS/VALLAS EXTERNAS ....	1 2	h) ¿Ha escuchado algo sobre planificación familiar en reuniones o eventos de la comunidad?	h) REUNIONES/EVENTOS COMUNITARIOS .....	1 2	
	SÍ	NO																												
a) ¿Ha escuchado sobre planificación familiar en la radio?	a) RADIO .....	1 2																												
b) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en la televisión?	b) TELEVISIÓN .....	1 2																												
c) ¿Ha leído sobre planificación familiar en un periódico o revista?	c) PERIÓDICO O REVISTA .....	1 2																												
d) ¿Ha recibido en su teléfono celular algún mensaje de voz o de texto sobre planificación familiar?	d) TELÉFONO CELULAR .....	1 2																												
e) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en redes sociales, como Facebook, Twitter o Instagram?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM .....	1 2																												
f) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un cartel, un volante o un folleto?	f) CARTELES/VOLANTES/FOLLETOS	1 2																												
g) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un rótulo o valla en exteriores?	g) RÓTULOS/VALLAS EXTERNAS ....	1 2																												
h) ¿Ha escuchado algo sobre planificación familiar en reuniones o eventos de la comunidad?	h) REUNIONES/EVENTOS COMUNITARIOS .....	1 2																												
816	PREGUNTAS OPCIONALES ESPECÍFICAS PARA EL PAÍS SOBRE MENSAJES EN LOS MEDIOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.																													
817	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p style="text-align: center;">             SÍ, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA              SÍ, <input type="checkbox"/> VIVE CON UN HOMBRE              NO, <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN DE HECHO         </p>	→ 901																												
818	Normalmente quién toma la decisión sobre si usted debe usar o no anticonceptivos, ¿usted, su (esposo/compañero), usted y su (esposo/compañero) juntos o alguien más?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>LA ENCUESTADA .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑER .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>ALGUIEN MÁS .....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	LA ENCUESTADA .....	1	ESPOSO/COMPAÑER .....	2	LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS .....	3	ALGUIEN MÁS .....	4	OTRO _____	6	(ESPECIFIQUE)		→ 820 → 820															
LA ENCUESTADA .....	1																													
ESPOSO/COMPAÑER .....	2																													
LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS .....	3																													
ALGUIEN MÁS .....	4																													
OTRO _____	6																													
(ESPECIFIQUE)																														
819	Cuando toma esta decisión con su (esposo/compañero), ¿diría que su opinión es más importante, igual de importante o menos importante que la opinión de su (esposo/compañero)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MÁS IMPORTANTE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>IGUAL DE IMPORTANTE .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MENOS IMPORTANTE .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	MÁS IMPORTANTE .....	1	IGUAL DE IMPORTANTE .....	2	MENOS IMPORTANTE .....	3																						
MÁS IMPORTANTE .....	1																													
IGUAL DE IMPORTANTE .....	2																													
MENOS IMPORTANTE .....	3																													
820	¿Alguna vez su (esposo/compañero) o algún otro miembro de la familia ha tratado de presionarla para que quede embarazada cuando usted no quería quedar embarazada?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SÍ .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	SÍ .....	1	NO .....	2																								
SÍ .....	1																													
NO .....	2																													
821	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p style="text-align: center;">             NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ESTÁ ESTERILIZADO              NINGUNO <input type="checkbox"/> ESTÁ ESTERILIZADO              ÉL O ELLA <input type="checkbox"/> ESTÁ ESTERILIZADO         </p>	→ 901																												
822	¿Su (esposo/compañero) desea el mismo número de hijas e hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>EL MISMO NÚMERO .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>MÁS HIJOS .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MENOS HIJOS .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	EL MISMO NÚMERO .....	1	MÁS HIJOS .....	2	MENOS HIJOS .....	3	NO SABE .....	8																				
EL MISMO NÚMERO .....	1																													
MÁS HIJOS .....	2																													
MENOS HIJOS .....	3																													
NO SABE .....	8																													

SECCIÓN 9. ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
901	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> VIVE CON UN HOMBRE ↓	NO EN <input type="checkbox"/> UNIÓN DE HECHO	→ 909
902	¿Cuántos años cumplidos tiene su (esposo/compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	¿Asistió su (esposo/compañero) alguna vez a la escuela?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 906
904 (1)	¿Cuál es el nivel más alto al que asistió en la escuela: primaria, secundaria o nivel superior?	PRIMARIA ..... 1 SECUNDARIA ..... 2 NIVEL SUPERIOR ..... 3 NO SABE ..... 8	→ 906
905 (1)	¿Cuál es el [GRADO/FORMA/AÑO] más alto que él completó en ese nivel? SI COMPLETÓ MENOS DE UN AÑO EN ESE NIVEL, ANOTE "00".	[GRADO/FORMA/AÑO] ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ..... 98	
906	¿Ha hecho algún trabajo su (esposo/compañero) en los últimos 7 días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 908
907	¿Ha hecho algún trabajo su (esposo/compañero) en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 909
908	¿Cuál es la ocupación de su (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?	_____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 913
910	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia. ¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos o algún otro tipo de trabajo en los últimos 7 días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 913
911	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 913
912	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 917
913	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace usted principalmente?	_____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
914	¿Hace usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR ..... 1 PARA ALGUIEN MÁS ..... 2 TRABAJO POR CUENTA PROPIA ..... 3	

SECCIÓN 9. ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
915	¿Trabaja usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO ..... 1 POR TEMPORADAS/PARTE DEL AÑO ..... 2 OCASIONALMENTE ..... 3	
916	¿A usted le pagan en dinero o en especie por el trabajo que realiza o no le pagan?	SOLO EFECTIVO ..... 1 EFECTIVO Y EN ESPECIE ..... 2 SOLO EN ESPECIE ..... 3 NO ME PAGAN ..... 4	
917	VERIFIQUE 701:  ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/VIVE ↓ CON UN HOMBRE	NO EN UNIÓN DE HECHO <input type="checkbox"/> →	925
918	VERIFIQUE 916:  CÓDIGO "1" O "2" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	OTRO <input type="checkbox"/> →	921
919	¿Quién generalmente decide cómo se gasta el dinero que usted gana: usted, su (esposo/compañero), o usted y su (esposo/compañero) conjuntamente?	ENCUESTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
920	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MÁS QUE ÉL ..... 1 MENOS QUE ÉL ..... 2 CASI LO MISMO ..... 3 EL ESPOSO/COMPAÑERO NO TIENE INGRESOS ..... 4 NO SABE ..... 8	922
921	¿Quién generalmente decide cómo se utiliza el dinero que su (esposo/compañero) gana: usted, su (esposo/compañero), o usted y su (esposo/compañero) conjuntamente?	LA ENCUESTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 EL ESPOSO/COMPAÑERO NO TIENE INGRESOS ..... 4  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
922	¿Quién normalmente toma la decisión de buscar atención médica para usted: usted, su (esposo/compañero), usted y su esposo/compañero conjuntamente, o alguien más?	LA ENCUESTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 OTRO ..... 6	
923	¿Quién por lo general toma la decisión sobre compras importantes del hogar: usted, su (esposo/compañero), usted y su esposo/compañero conjuntamente, o alguien más?	LA ENCUESTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 OTRO ..... 6	
924	¿Quién por lo general toma la decisión sobre visitas a su familia o parientes: usted, su (esposo/compañero), usted y su esposo/compañero conjuntamente, o alguien más?	LA ENCUESTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 LA ENCUESTADA Y EL ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 OTRO ..... 6	

**SECCIÓN 9. ANTECEDENTES DEL ESPOSO Y TRABAJO DE LA MUJER**

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A																												
925	¿Es dueña de esta o de alguna otra casa, ya sea sola o junto con alguien?	SOLO YO ..... 01 JUNTOS SOLO CON MI ESPOSO/COMPAÑERO 02 JUNTOS SOLO CON ALGUIEN MÁS ..... 03 JUNTOS CON MI ESPOSO/COMPAÑERO Y CON ALGUIEN MÁS ..... 04 TANTO SOLO COMO JUNTO CON ALGUIEN .. 05 NO TIENE PROPIEDADES ..... 06	→ 928																												
926	¿Tiene una escritura de propiedad u otro documento reconocido por el gobierno para alguna casa que posee?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 928																												
927	¿Aparece su nombre en este documento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8																													
928	¿Es usted dueña de algún terreno agrícola o no agrícola, ya sea sola o junto con alguien más?	SOLO YO ..... 01 JUNTOS SOLO CON MI ESPOSO/COMPAÑERO 02 JUNTOS SOLO CON ALGUIEN MÁS ..... 03 JUNTOS CON MI ESPOSO/COMPAÑERO Y CON ALGUIEN MÁS ..... 04 TANTO SOLO COMO JUNTO CON ALGUIEN .. 05 NO TIENE PROPIEDADES ..... 06	→ 931																												
929	¿Tiene una escritura de propiedad u otro documento reconocido por el gobierno para este terreno que usted posee?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 931																												
930	¿Aparece su nombre en este documento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8																													
931	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO (PRESENTES Y ESCUCHANDO; PRESENTES, PERO SIN ESCUCHAR; NO PRESENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./</th> <th>PRES./</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ESCUC</th> <th>ESCUC</th> <th>PRES.</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ANDO.</th> <th>HANDO.</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS &lt; 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./	PRES./	NO		ESCUC	ESCUC	PRES.		ANDO.	HANDO.		NIÑOS < 10	1	2	3	ESPOSO	1	2	3	OTROS HOMBRES	1	2	3	OTRAS MUJERES	1	2	3	
	PRES./	PRES./	NO																												
	ESCUC	ESCUC	PRES.																												
	ANDO.	HANDO.																													
NIÑOS < 10	1	2	3																												
ESPOSO	1	2	3																												
OTROS HOMBRES	1	2	3																												
OTRAS MUJERES	1	2	3																												
932	En su opinión, usted piensa que es correcto que un esposo golpee o le pegue a la esposa en alguna de las siguientes situaciones:  a) ¿Si ella sale de la casa sin decírselo a él? b) ¿Si ella descuida/desatiende los niños? c) ¿Si ella discute con él? d) ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él? e) ¿Si ella deja quemar la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SALE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) DESCUIDA A LOS HIJOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) DISCUTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) SE REHÚSA A TENER SEXO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) QUEMA LA COMID.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) SALE	1	2	8	b) DESCUIDA A LOS HIJOS	1	2	8	c) DISCUTE	1	2	8	d) SE REHÚSA A TENER SEXO	1	2	8	e) QUEMA LA COMID.	1	2	8					
	SÍ	NO	NS																												
a) SALE	1	2	8																												
b) DESCUIDA A LOS HIJOS	1	2	8																												
c) DISCUTE	1	2	8																												
d) SE REHÚSA A TENER SEXO	1	2	8																												
e) QUEMA LA COMID.	1	2	8																												

(1) Corrija según el sistema de educación local.

SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1000	Ahora, quisiera hablar sobre VIH y SIDA.		
1001 (1)	¿Alguna vez ha escuchado sobre el VIH y el SIDA?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1040
1002	VERIFIQUE 111: EDAD 15 A 24 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓ 25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> → 1008		
1003	El VIH es el virus que puede ocasionar SIDA. ¿Pueden las personas reducir sus probabilidades de contraer VIH tan solo teniendo una pareja sexual no infectada que no tenga otras parejas sexuales?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1004	¿Se puede contraer VIH por picaduras de zancudos?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1005	¿Pueden las personas protegerse del VIH usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1006	¿Pueden las personas infectarse con VIH compartiendo platos y utensilios de comida con una persona que tiene VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1007	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1008	¿Ha escuchado de la TAR, es decir, la terapia con antirretrovirales para tratar el VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
1009	¿Hay alguna medicina especial que un médico o un enfermero puedan darle a una mujer infectada con VIH para reducir el riesgo de contagiar al bebé?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1010 (2)(3)	¿Ha escuchado sobre PrEP, una medicina que se toma todos los días para evitar que una persona contraiga VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1012
1011 (3)	¿Está de acuerdo con que las personas tomen píldoras todos los días para prevenir el contagio de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENI. .... 8	
1012 (4)	VERIFIQUE 220 Y 223: ÚLTIMO NACIDO VIVO DE 0 A 23 MESES ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> ↓ NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 1024 ÚLTIMO NACIDO VIVO 24 MESES O MÁS ANTES DE LA ENCUESTA <input type="checkbox"/> → 1024		
1013 (4)	VERIFIQUE 412 PARA EL ÚLTIMO NACIDO VIVO TUVO CUIDADOS PRENATALES <input type="checkbox"/> ↓ SIN CUIDADOS PRENATALES <input type="checkbox"/> → 1018		
1014 (4)	<b>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODOS LOS ESFUERZOS POSIBLES PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD.</b>		
1015 (4)	¿Le hicieron la prueba del VIH como parte de sus cuidados prenatales cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1018



SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1016 (4) (5)	¿Dónde le hicieron la prueba?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.  SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ..... 13</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 14</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO ..... 16</p> <p>_____ 16 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 23</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ..... 24</p> <p>FARMACIA ..... 25</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO ..... 27</p> <p>_____ 27 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG ..... 36</p> <p>_____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>CASA ..... 41</p> <p>LUGAR DE TRABAJO ..... 42</p> <p>CENTRO CORRECCIONAL ..... 43</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>_____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
1017 (4)	¿Obtuvo los resultados de la prueba?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
1018 (4)	VERIFIQUE 435 PARA EL ÚLTIMO NACIDO VIVO  CUALQUIER CÓDIGO <input type="checkbox"/> "21-46" ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	OTRO <input type="checkbox"/> → 1021	
1019 (4)	Entre el momento en que fue para el parto, pero antes de que naciera el bebé, ¿le hicieron la prueba del VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1021
1020 (4)	¿Obtuvo los resultados de la prueba?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1022
1021 (4)	VERIFIQUE 1015:  SÍ <input type="checkbox"/> ↓ NO O <input type="checkbox"/> NO SE PREGUNTÓ	→ 1024	
1022 (4)	¿Se ha hecho la prueba de VIH desde la vez que le hicieron la prueba durante su embarazo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1025

SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1023 (4)	¿En qué mes y año se hizo la última prueba de VIH?	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	→ 1028
1024	¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1032
1025	¿En qué mes y año se hizo la última prueba de VIH?	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	
1026 (5)	<p>¿Dónde le hicieron la prueba?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ..... 13</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 14</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 23</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ..... 24</p> <p>FARMACIA ..... 25</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>CASA ..... 41</p> <p>LUGAR DE TRABAJO ..... 42</p> <p>CENTRO CORRECCIONAL ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1027	¿Obtuvo los resultados de la prueba?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1031
1028	¿Cuál fue el resultado de la prueba?	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 NO DETERMINADO ..... 3 PREFIRIÓ NO RESPONDER ..... 4 NO RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE LA PRUEB 5	→ 1031
1029	¿En qué mes y año recibió su primer resultado positivo de la prueba de VIH?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998 LA MISMA FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE VIH .. 95	
1030	¿Está tomando en este momento TAR, es decir, algún medicamento antirretroviral? Cuando digo en este momento, me refiero a que usted podría haber omitido algunas dosis, pero aún está tomando medicamentos antirretrovirales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
1031	¿Cuántas veces se ha hecho la prueba de VIH en su vida?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UN APROXIMADO, SI EL NÚMERO DE PRUEBAS ES DE 95 O MÁS, ANOTE "95".	NÚMERO DE PRUEBAS DE VIH .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	¿Ha escuchado sobre los kits de prueba que pueden usar las personas para hacerse ellas mismas la prueba de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1034
1033	¿Alguna vez ha utilizado ese kit de prueba para hacerse usted misma la prueba de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
1034	¿Le compraría verduras frescas de un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE .... 8	
1035	¿Cree usted que debería permitirse que los niños con VIH asistan a la escuela con niños que no tienen VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE .... 8	
1036 (6)	VERIFIQUE 1028:  CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	OTRO <input type="checkbox"/>	→ 1040
1037 (6)	Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias viviendo con VIH.  ¿Le ha contado sobre su condición de VIH a otra persona, además de a mí?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
1038 (6)	Está de acuerdo o no está de acuerdo con el siguiente enunciado: Me siento avergonzada por mi condición de VIH.	ESTÁ DE ACUERDO ..... 1 NO ESTÁ DE ACUERDO ..... 2	

SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1039 (6)	Dígame si en los últimos 12 meses le ha ocurrido alguna de las siguientes cosas, o si cree que le han ocurrido, debido a su condición de VIH.  a) La gente ha hablado mal de mí debido a mi condición de VIH. b) Alguien reveló mi condición de VIH sin mi permiso. c) Me han insultado, avergonzado y me han amenazado por mi condición de VIH. d) Los trabajadores de salud han hablado mal de mí debido a mi condición de VIH. e) Los trabajadores de salud me han gritado, me han regañado, me han puesto apodosos o han abusado de mí verbalmente de otra forma por mi condición de VIH.	<p style="text-align: right;">SÍ      NO</p> <p>a) LAS PERSONAS HABLAN MAL ... 1      2</p> <p>b) ESTADO REVELADO ..... 1      2</p> <p>c) INSULTOS VERBALES ..... 1      2</p> <p>d) TRABAJADORES DE SALUD HABLARON MAL ..... 1      2</p> <p>e) TRABAJADORES DE SALUD ABUSARON VERBALMENTE .. 1      2</p>	
1040 (1)	<p>VERIFIQUE 1001:</p> <p>HABÍA ESCUCHADO <input type="checkbox"/> NO HABÍA ESCUCHADO <input type="checkbox"/>          SOBRE VIH O SIDA      SOBRE VIH O SIDA</p> <p>a) Aparte del VIH, ¿ha escuchado sobre otras infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual?      b) ¿Ha escuchado sobre infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1041	<p>VERIFIQUE 722:</p> <p>HA TENIDO <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO <input type="checkbox"/>          RELACIONES SEXUALES      RELACIONES SEXUALES</p>		→ 1046
1042	<p>VERIFIQUE 1040: ¿HA ESCUCHADO SOBRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>		→ 1044
1043	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud en los últimos 12 meses. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna enfermedad que haya contraído por contacto sexual?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
1044	Algunas veces las mujeres tienen secreciones genitales anormales con mal olor. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna secreción genital anormal con mal olor?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
1045	Algunas veces las mujeres tienen llagas o úlceras genitales. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna llaga o úlcera genital?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
1046	Si la esposa sabe que su esposo tiene una enfermedad que ella puede contraer durante las relaciones sexuales, ¿se justifica que ella le pida que use un condón cuando tengan sexo?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
1047	¿Se justifica que una esposa se niegue a tener sexo con su esposo si ella sabe que él tiene sexo con otras mujeres?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
1048	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/          VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN DE HECHO <input type="checkbox"/></p>		→ 1101

SECCIÓN 10. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
1049	¿Usted le puede decir no a su (esposo/compañero) si no quiere tener relaciones sexuales?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 DEPENDE/NO ESTÁ SEGURA ..... 8	
1050	¿Le podría pedir a su (esposo/compañero) que use un condón si usted quisiera que lo usara?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 DEPENDE/NO ESTÁ SEGURA ..... 8	

(1) Elimine la pregunta 1001 para los países donde los conocimientos de VIH y SIDA son casi universales. Si se elimina 1001, corrija 1040 para eliminar la remisión a 1001 y versión b). Solo permanecerá el texto de la versión a).

(2) PrEP, por sus siglas en inglés, se refiere a profilaxis antes de la exposición. Use el término local de PrEP, si corresponde.

(3) Elimine estas preguntas si el país no tiene un programa nacional de PrEP.

(4) Se puede considerar la eliminación de las preguntas para países con baja incidencia de VIH.

(5) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.

(6) Se usan estas preguntas para informar un indicador de UNAIDS Global AIDS Monitoring (GAM). Se deben usar en los países con o sin pruebas de VIH. Sin embargo, si la prevalencia estimada de VIH en un país es menos de 1%, es recomendable eliminar estas preguntas debido a la probabilidad de tener un tamaño de muestra muy pequeño para los encuestados que dicen ser VIH positivo, incluso al nivel nacional. En los países con una prevalencia estimada de VIH debajo del 2%, se debe considerar el tamaño de muestra estimada antes de decidir a incluir o eliminar las preguntas.

SECCIÓN 11. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A			
1101 (1)	¿Cuánto tiempo le toma, en minutos, ir desde su casa hasta el centro de salud más cercano que puede ser un hospital, una clínica de salud, un médico o un puesto de salud?	MINUTOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
1102	¿Cómo llega a este centro de salud desde su casa?  SI SE MENCIONA MÁS DE UNA FORMA DE TRANSPORTE, ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA QUE APARECE PRIMERO EN LA LISTA.	<b>CON MOTOR</b> CARRO/CAMIÓN ..... 01 AUTOBÚS PÚBLICO ..... 02 MOTO/MOTONETA ..... 03 LANCHA CON MOTOR ..... 04  <b>SIN MOTOR</b> CARRETA JALADA POR ANIMALES .... 05 BICICLETA ..... 06 LANCHA SIN MOTOR ..... 07 CAMINAR ..... 08  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)				
1103	¿Algún doctor u otro trabajador de salud le ha examinado los pechos para detectar cáncer de mama?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8				
1104	Ahora le haré algunas preguntas sobre las pruebas que puede hacer un trabajador de salud para revisar si tiene cáncer cervical, que es cáncer de cuello uterino. El cuello uterino conecta el útero con la vagina. Para revisar si tiene cáncer del cuello uterino, se le pide a la mujer que se acueste sobre su espalda con las piernas abiertas. Luego, un trabajador de salud usará un cepillo o hisopo para recolectar una muestra de su interior. La muestra se manda a un laboratorio para la prueba. Esta prueba se llama Papanicolaou o prueba de VPH. Otro método es el llamado IVAA o inspección visual con ácido acético. En esta prueba, el trabajador de salud pone vinagre en el cuello uterino para ver si se produce una reacción.					
1105	¿Alguna vez le ha hecho un doctor o un trabajador de salud la prueba de cáncer de cuello uterino?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8				
1106	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre fumar y usar tabaco. ¿Fuma actualmente cigarrillos todos los días, algunos días, nunca?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 ALGUNOS DÍAS ..... 2 NUNCA ..... 3	→ 1108			
1107	En promedio, ¿cuántos cigarrillos al día fuma actualmente?	NÚMERO DE CIGARRILLOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
1108	¿Fuma actualmente o usa otro tipo de tabaco todos los días, algunos días, nunca?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 ALGUNOS DÍAS ..... 2 NUNCA ..... 3	→ 1110			
1109 (2)	¿Qué otros tipos de tabaco fuma o usa actualmente?  ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.	KRETEKS ..... A PIPAS LLENAS DE TABACO ..... B PUROS, CIGARRITOS (PURITOS) O CIGARRILLOS ..... C PIPA DE AGUA ..... D RAPÉ POR LA BOCA ..... E RAPÉ POR LA NARIZ ..... F TABACO DE MASCAR ..... G BETEL QUID CON TABACO ..... H  OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)				
1110	Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol. ¿Alguna vez ha tomado alcohol, como cerveza, vino, licor o [AÑADA OTROS EJEMPLOS LOCALES]?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1113			

SECCIÓN 11. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A															
1111	Nosotros consideramos un trago de alcohol como una botella de cerveza, un vaso de vino, una medida de licor o una taza de [AÑADA OTROS EJEMPLOS LOCALES]. Durante el último mes, ¿cuántos días tomó al menos un trago de alcohol?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI LA ENCUESTADA DICE "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", CÓDIGO "95".	NO TOMÓ NI UN SOLO TRAGO ..... 00  NÚMERO DE DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  TODOS LOS DÍAS/CASI TODOS LOS DÍAS .. 95	→ 1113															
1112	Durante el último mes, los días que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó normalmente cada día?	NÚMERO DE TRAGOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
1113	Muchos factores pueden impedir que las mujeres vayan a consulta médica o reciban tratamiento médico. Cuando usted se enferma y quiere ir a consulta médica o a recibir tratamiento, ¿es alguno de los siguientes puntos un gran problema o no es un gran problema?  a) ¿Obtener permiso para ir al doctor? b) ¿Obtener el dinero que se necesita para la consulta o el tratamiento? c) ¿La distancia al centro de salud? d) ¿No querer ir sola?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">NO ES UN GRAN GRAN PROBLEMA PROBLEMA</td> </tr> <tr> <td>a) PERMISO PARA IR</td> <td>.... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENER DINERO</td> <td>.... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCIA</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) IR SOLA</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>			NO ES UN GRAN GRAN PROBLEMA PROBLEMA	a) PERMISO PARA IR	.... 1	2	b) OBTENER DINERO	.... 1	2	c) DISTANCIA	..... 1	2	d) IR SOLA	..... 1	2	
		NO ES UN GRAN GRAN PROBLEMA PROBLEMA																
a) PERMISO PARA IR	.... 1	2																
b) OBTENER DINERO	.... 1	2																
c) DISTANCIA	..... 1	2																
d) IR SOLA	..... 1	2																
1114 (3)	¿Tiene cobertura con algún seguro médico?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 1116															
1115 (3)	¿Qué tipo de seguro médico tiene?  ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.	ORGANIZACIÓN DE SALUD MUTUA/ SEGURO MÉDICO DE LA COMUNIDAD ..... A SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR ..... B SEGURO SOCIAL ..... C OTRO SEGURO MÉDICO COMERCIAL COMPRADO EN LO PRIVADO ..... D  OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)																
1116	ANOTE LA HORA.	HORAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																

(1) Adapte los nombres de los tipos de centros de salud al contexto local.

(2) Añada términos locales.

(3) Todas las categorías de respuesta deben adaptarse al entorno del país. Si en el país hay disponibles planes prepagos de servicio médico u otros tipos de planes, añada esos tipos de planes a la pregunta en P. 1114 y 1115 y a los códigos de respuesta de la P. 1115.

INSTRUCCIONES:

SOLO PUEDE APARECER UN CÓDIGO EN CUALQUIER CASILLA.  
LA COLUMNA 1 REQUIERE UN CÓDIGO CADA MES.

CÓDIGOS PARA CADA COLUMNA:

COLUMNA 1: PARTOS, EMBARAZOS, USO DE ANTICONCEPTIVOS (1)

- B PARTOS
- P EMBARAZOS
- T INTERRUPCIONES

0 NINGÚN MÉTODO

- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 DISPOSITIVO INTRAUTERINO
- 4 INYECCIONES
- 5 IMPLANTES
- 6 PÍLDORA
- 7 CONDÓN
- 8 CONDÓN FEMENINO
- 9 ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA
- J MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAR
- K MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA
- L MÉTODO DEL RITMO

- M COITO INTERRUMPIDO/RETIRARSE
- X OTRO MÉTODO MODERNO
- Y OTRO MÉTODO TRADICIONAL

COLUMNA 2: INTERRUPCIÓN EN EL USO DE ANTICONCEPTIVO

- 0 SEXO OCASIONAL/ESPOSO LEJOS
- 1 SE EMBARAZÓ MIENTRAS USABA
- 2 QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA
- 3 ESPOSO/PAREJA NO LO APROBABA
- 4 QUERÍA UN MÉTODO MÁS EFECTIVO
- 5 CAMBIOS EN EL SANGRADO MENSTRUAL
- 6 OTROS EFECTOS SECUNDARIOS/PROBLEMAS DE SALUD
- 7 FALTA DE ACCESO/MUY LEJOS
- 8 MUY COSTOSO
- N INCONVENIENTE DE USAR
- F DEPENDE DE DIOS/FATALISTA
- A DIFICULTAD PARA QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
- D SEPARACIÓN/DISOLUCIÓN MARITAL
- X OTRO

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

			COL. 1	COL. 2	
12	DIC	01			
11	NOV	02			
10	OCT	03			
09	SEP	04			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUN			<b>2</b>
<b>0</b>	05	MAY			<b>0</b>
	04	ABR			
(1)	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			
<hr/>					
12	DIC	13			
11	NOV	14			
10	OCT	15			
09	SEP	16			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUN			<b>1</b>
<b>9</b>	05	MAY			<b>9</b>
	04	ABR			
	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			
<hr/>					
12	DIC	25			
11	NOV	26			
10	OCT	27			
09	SEP	28			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUN			<b>1</b>
<b>8</b>	05	MAY			<b>8</b>
	04	ABR			
	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			
<hr/>					
12	DIC	37			
11	NOV	38			
10	OCT	39			
09	SEP	40			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUN			<b>1</b>
<b>7</b>	05	MAY			<b>7</b>
	04	ABR			
	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			
<hr/>					
12	DIC	49			
11	NOV	50			
10	OCT	51			
09	SEP	52			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUN			<b>1</b>
<b>6</b>	05	MAY			<b>6</b>
	04	ABR			
	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			
<hr/>					
12	DIC	61			
11	NOV	62			
10	OCT	63			
09	SEP	64			
<b>2</b>	08	AGO			<b>2</b>
<b>0</b>	07	JUL			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUN			<b>1</b>
<b>5</b>	05	MAY			<b>5</b>
	04	ABR			
	03	MAR			
	02	FEB			
	01	ENE			

(1) Se supone que el año del trabajo de campo es 2020. Para trabajo de campo que comienza en 2021, todas las referencias a años calendario deben aumentarse en uno; por ejemplo: 2015 debe cambiarse a 2016, 2016 debe cambiarse a 2017, y de forma similar para todos los años en todo el cuestionario.

(2) Se pueden añadir categorías de respuesta para otros métodos, incluyendo los métodos de conocimiento de la fertilidad.



OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR

DEBE COMPLETARSE DESPUÉS DE TERMINAR LA ENCUESTA

COMENTARIOS SOBRE LA ENCUESTA:

---

---

---

---

---

---

COMENTARIOS SOBRE PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

---

---

---

---

---

---

ALGÚN OTRO COMENTARIO:

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR

---

---

---

---

---