



REPÚBLICA DE HONDURAS

REPÚBLICA DE HONDURAS
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD
ENDESA 2005 - 2006
CUESTIONARIO DEL HOGAR



instituto nacional de estadística

I. IDENTIFICACIÓN

SEGMENTO CENSAL
 SEGMENTO ENDESA
 RECORRIDO
 MANZANA
 NÚMERO DE VIVIENDA
 NÚMERO DE HOGAR DENTRO DE LA VIVIENDA
 DEPARTAMENTO
 MUNICIPIO
 ÁREA: URBANA 1 RURAL 2
 DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA: _____

 NOMBRE DEL JEFE (A) DEL HOGAR: _____
 VIVIENDA SELECCIONADA PARA ENCUESTA DE HOMBRES: SI 1 NO 2

CONSENTIMIENTO

Mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística, institución que por especial encargo de la Secretaría de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, los hombres y los niño(a)s menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de vida de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los miembros y características de su hogar. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio?. ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENCUESTADOR(A): _____ FECHA: _____

¿EL ENTREVISTADO(A) ACEPTA LA ENTREVISTA? SI, ACEPTA 1
 SI, EN OTRO MOMENTO 2
 NO, NO ACEPTA 3

VISITAS DE LA ENCUESTADORA

	1	2	3	VISITA FINAL	
FECHA				DÍA	<input type="text"/>
				MES	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA ENCUESTADORA				AÑO	<input type="text"/>
RESULTADO				CÓDIGO ENCUESTADORA	<input type="text"/>
PROXIMA VISITA: FECHA				RESULTADO	<input type="text"/>
HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS	<input type="text"/>

CÓDIGOS DE RESULTADO:

- 01 ENTREVISTA COMPLETA
- 02 NO HAY ADULTOS PRESENTES
- 03 MORADORES AUSENTES
- 04 INCOMPLETA
- 05 RECHAZO
- 06 VIVIENDA DESOCUPADA O LA DIRECCIÓN NO ES VIVIENDA
- 07 VIVIENDA DESTRUIDA
- 08 VIVIENDA NO LOCALIZADA
- 96 OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)

II. DATOS DE CONTROL

TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR

TOTAL MUJERES ELEGIBLES

TOTAL HOMBRES ELEGIBLES

No. DE ORDEN DEL INFORMANTE

CUESTIONARIO _____ DE _____

NOMBRE	SUPERVISORA: _____ <input type="text"/>	CRITICADO EN EL CAMPO POR: _____ <input type="text"/>	CODIFICADO EN LA OFICINA POR: _____ <input type="text"/>	DIGITADO POR: _____ <input type="text"/>
FECHA	_____	_____	_____	_____

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA HORA
 MINUTOS

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

SECCIÓN III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1	No. DE ORDEN PERSONAS REGISTRADAS	01	02	03
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar.	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>
4	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?	JEFE (A) DEL HOGAR 01	CÓNYUGE 02 HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12
5	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
6	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
7	¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8

8	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niños o niñas, ancianos o ancianas, personas no familiares o huéspedes? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → REGISTRE CADA PERSONA EN NUEVA COLUMNA Y HAGA DE LA PREGUNTA 3 A LA PREGUNTA 7			
---	---	--	--	--

9	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	01	02	03
10	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS HOMBRES DE 15 A 59 AÑOS	01	02	03
11	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS		02	03

	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES	MENOR DE 18 AÑOS	MENOR DE 18 AÑOS
12	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←
13	¿Quién es el padre natural de (NOMBRE)? ANOTE NÚMERO DE ORDEN SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←
15	¿Quién es la madre natural de (NOMBRE)? ANOTE NÚMERO DE ORDEN SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	¿Tiene (NOMBRE) partida de nacimiento? SI "SI", PREGUNTE: ¿Puedo verla? SI "NO", PREGUNTE: ¿(NOMBRE) ha sido alguna vez inscrito en el Registro Nacional de las Personas?	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8
17	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.

HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12
HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← EN CUEST. ADICIONAL PREG. 3. SI NO HAY MÁS PASE A PREG. 8
04	05	06	07
04	05	06	07
04	05	06	07
MENOR DE 18 AÑOS	MENOR DE 18 AÑOS	MENOR DE 18 AÑOS	MENOR DE 18 AÑOS
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8
PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PREG. 12 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.

SECCION IV. EDUCACIÓN		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS	
18	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
19	¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad?	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62
20	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que (NOMBRE) aprobó y en qué nivel? SONDEE: SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>
PERSONAS DE 4 A 24 AÑOS		4 A 24 AÑOS		4 A 24 AÑOS		4 A 24 AÑOS	
21	Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste a algún centro educativo?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 23) ← NO..... 2
22	Durante el año escolar del 2005, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún grado o año de educación primaria, secundaria o superior?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←
23	¿En cuál grado o año de educación se inscribió o matriculó (NOMBRE) durante el año escolar 2005? SONDEE: SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>
24	Durante el año escolar del 2004, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún grado o año de educación primaria, secundaria o superior?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←
25	¿En cuál grado o año de educación se inscribió o matriculó (NOMBRE) durante el año escolar 2004? SONDEE: SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR..... 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SEC. CICLO COMÚN 3 <input type="checkbox"/> SEC. DIVERSIFICADO 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR NO UNIVERSITARIA ... 5 <input type="checkbox"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 7 <input type="checkbox"/>
26	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62

SECCIÓN V. GASTOS EN SALUD			
GASTOS AMBULATORIOS			
62	¿Está cubierto (NOMBRE) por algún seguro de salud? SI SI ¿Cuál seguro de salud? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z	IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z
63	En los últimos 30 días ¿tuvo (NOMBRE) alguna enfermedad (incluyendo gripe, diarrea, etc.), problemas de salud (incluyendo problemas en el embarazo, etc.), o un accidente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←
63B	¿Se internó en un hospital o clínica?	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2
68A	¿Buscó (NOMBRE) consejo o tratamiento médico para ese problema de salud o enfermedad en los últimos 30 días?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←
68B	¿Cuál fue el problema de salud por el que (NOMBRE) buscó consejo o tratamiento? ANOTE LA CAUSA TEXTUALMENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
68C	¿A quién consultó la primera vez?	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTARIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTARIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
69	¿Por qué razón no buscó consejo o tratamiento médico en un centro de salud u hospital? SONDEE: Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z

GASTOS AMBULATORIOS			
IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z	IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z	IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z	IHSS..... A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z
SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←
SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←
PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z

GASTOS AMBULATORIOS			
69A	¿Compró algún medicamento auto-recetado o indicado en la farmacia o por un amigo o pariente?	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←
70	¿Cuánto se gastó en total por medicamentos y otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←
71	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)
72	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
73	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por las medicinas relacionadas con la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998
74	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por exámenes y laboratorio relacionados con la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998
75	¿(NOMBRE) o la familia pagó todo sólo con recursos propios o el seguro pagó alguno de los costos?	SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←
76	Incluyendo consulta, medicinas y exámenes de laboratorio, ¿cuánto devolvió en total el seguro?	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
77	Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por: A ¿Transporte (todos acompañantes)? B ¿Cuidado niños pequeños? C ¿Hospedaje y comida (todos)? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM
78	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por todos los gastos relacionados con la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
79	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90

GASTOS AMBULATORIOS			
SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←
MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←
SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)
SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)
MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998
MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998
SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS . 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←
MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM
MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN				
90	En los últimos 12 meses ¿tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo hospitalizado(a)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121
91	¿Cuál fue la causa de la hospitalización de (NOMBRE)? ANOTE LA CAUSA TEXTUALMENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO ... 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO ... 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO ... 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
92	¿Dónde estuvo (NOMBRE) hospitalizado(a)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
93	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) hospitalizado(a)? MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS MENOS DE 3 MESES, ANOTE SEMANAS 3 MESES O MÁS, ANOTE MESES	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
94	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la hospitalización, incluyendo consultas, exámenes, laboratorio y medicinas? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←
94A	¿(NOMBRE) o la familia pagó todo sólo con recursos propios o el seguro pagó alguno de los costos?	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←
95	Incluyendo hospitalización, consultas, exámenes de laboratorio y medicinas, ¿cuánto devolvió en total el seguro?	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE99998
96	Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por: ¿Transporte (todos acompañantes)? ¿Cuidado niños pequeños? ¿Hospedaje y comida (todos)? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	MONTO TRANS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
98	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE CUESTIONARIO ADICIONAL <input type="checkbox"/>
AÑOS CUMPLIDOS <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121
_____ _____ _____ EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	_____ _____ _____ EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	_____ _____ _____ EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	_____ _____ _____ EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
DÍAS 1 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	DÍAS 1 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	DÍAS 1 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	DÍAS 1 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>
MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←
SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←
MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input style="width:40px;" type="text"/> NO SABE99998
MONTO TRANS..... <input style="width:40px;" type="text"/> CUIDADO..... <input style="width:40px;" type="text"/> HOSP. Y COM <input style="width:40px;" type="text"/>	MONTO TRANS..... <input style="width:40px;" type="text"/> CUIDADO..... <input style="width:40px;" type="text"/> HOSP. Y COM <input style="width:40px;" type="text"/>	MONTO TRANS..... <input style="width:40px;" type="text"/> CUIDADO..... <input style="width:40px;" type="text"/> HOSP. Y COM <input style="width:40px;" type="text"/>	MONTO TRANS..... <input style="width:40px;" type="text"/> CUIDADO..... <input style="width:40px;" type="text"/> HOSP. Y COM <input style="width:40px;" type="text"/>
PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121

SECCIÓN VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
121	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de este hogar?	AGUA DE TUBERIA SERVICIO PÚBLICO DENTRO DE LA VIVIENDA 11 → 126 FUERA DE LA VIVIENDA 12 → 126 AGUA DE TUBERIA SERVICIO PRIVADO DENTRO DE LA VIVIENDA 13 → 126 FUERA DE LA VIVIENDA 14 → 126 AGUA DE POZO MALACATE..... 21 → 123 CON BOMBA..... 22 → 123 PILA PÚBLICA 31 → 123 AGUA DE MANANTIAL/ARROYO/OJO DE AGUA. 41 → 123 LLUVIA..... 51 → 126 CARRO CISTERNA 61 → 123 AGUA DE SUPERFICIE (RIO/LAGO/QUEBRADA). 71 → 123 AGUA EMBOTELLADA .. 81 → 123 OTRA: 96 → 123 (ESPECIFIQUE)	
122	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para otro uso en el hogar, que no sea para beber (lavarse las manos, lavar los platos, bañarse, etc.)?	AGUA DE TUBERIA SERVICIO PÚBLICO DENTRO DE LA VIVIENDA 11 → 126 FUERA DE LA VIVIENDA 12 → 126 AGUA DE TUBERIA SERVICIO PRIVADO DENTRO DE LA VIVIENDA 13 → 126 FUERA DE LA VIVIENDA 14 → 126 AGUA DE POZO MALACATE 21 CON BOMBA 22 PILA PÚBLICA 31 AGUA DE MANANTIAL/ARROYO/OJO DE AGUA. 41 LLUVIA..... 51 → 126 CARRO CISTERNA 61 → 126 AGUA DE SUPERFICIE (RIO/LAGO/QUEBRADA). 71 AGUA EMBOTELLADA .. 81 → 126 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	
123	¿Dónde está localizada la fuente?	EN LA PROPIA VIVIENDA 1 → 126 EN PATIO/SOLAR PROPIO 2 → 126 EN OTRA PARTE 3	
124	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL SITIO 996 → 126 NO SABE 998	
125	¿Quién del hogar generalmente hace esta tarea de ir a la fuente a recoger el agua?	MUJER DE 15 AÑOS Y MÁS 1 HOMBRE DE 15 AÑOS Y MÁS 2 NIÑA MENOR DE 15 AÑOS 3 NIÑO MENOR DE 15 AÑOS 4 OTRA PERSONA: 6 (ESPECIFIQUE)	
126	¿Usted trata el agua de alguna manera para hacerla más segura para consumir?	SI 1 NO 2 → 128 NO SABE 3 → 128	
127	¿Generalmente qué le hace al agua para hacerla más segura para consumir? SONDEE: ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	HIERVE A LA CLORAN B FILTRA CON TELA C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTRO) D LA PURIFICAN CON LUZ SOLAR E LA DEJA REPOSAR F LA CUELAN G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
128	¿Que tipo de servicio sanitario usan habitualmente los miembros del hogar?	INODORO DE ARRASTRE CONECTADO A ALCANTARILLADO 11 CONECTADO A POZO SÉPTICO 12 NO SABE A QUE ESTA CONECTADO 13 LETRINA LETRINA CON CIERRE HIDRÁULICO 21 LETRINA ABONERA 22 LETRINA SIMPLE O CON POZO NEGRO 23 LETRINA CON DESCARGA A RÍO, LAGUNA, MAR 24 OTROS INODORO CON DESCARGA A RIO, LAGUNA, MAR 31 NO HAY SERVICIO 61 → 131 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
129	¿El uso del servicio sanitario es privado del hogar o compartido con otros hogares?	PRIVADO DEL HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	131
130	¿Cuántos hogares comparten el servicio sanitario? 10 O MÁS: ANOTE '95' NO SABE: 'ANOTE 98'	NÚMERO DE HOGARES <input type="text"/>	
131	Tiene en su hogar:	SI NO	
A	¿Mesa?	MESA 1 2	
B	¿Sillas?	SILLAS 1 2	
C	¿Cama?	CAMA 1 2	
D	¿Armario?	ARMARIO 1 2	
E	¿Ventilador?	VENTILADOR 1 2	
F	¿Aire acondicionado?	AIRE ACONDICIONADO 1 2	
G	¿Radio o Equipo de Sonido?	RADIO O EQUIPO DE SONIDO 1 2	
H	¿Televisor?	TELEVISOR 1 2	
I	¿Teléfono fijo?	TELÉFONO FIJO 1 2	
J	¿Teléfono celular?	TELÉFONO CELULAR 1 2	
K	¿Refrigeradora?	REFRIGERADORA 1 2	
L	¿Computadora?	COMPUTADORA 1 2	
132	¿Cuál es el principal combustible que utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD..... 01 GAS (CILINDRO/CHIMBO) 02 GAS DE KEROSENE 03 CARBÓN 04 LEÑA..... 05 NO COCINA 06 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	134 134 134 136 136
133	¿En su hogar, los alimentos se cocinan en un fogón o en una estufa?	FOGÓN 1 ESTUFA 2 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	134
133A	¿El fogón o la estufa tiene chimenea?	SI..... 1 NO..... 2	
134	¿Se cocina los alimentos generalmente en la casa o fuera de la casa?	EN LA CASA 1 FUERA DE LA CASA 2	135A
135	¿Tiene una pieza utilizada sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	136 136
135A	Cocinan ¿al aire libre o en otro local separado de la casa?	AL AIRE LIBRE 1 LOCAL SEPARADO DE LA CASA 2	
136	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL PISO (POR OBSERVACIÓN)	PISO NATURAL TIERRA 11 PISO RUDIMENTARIO MADERA ASERRADA..... 21 PLANCHA DE CEMENTO 22 LADRILLO DE BARRO 23 EMBARRADA 24 PISO ACABADO MADERA PULIDA..... 31 LADRILLO DE CEMENTO/MOSAICO 32 GRANITO 33 CERÁMICA 34 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
137	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES (POR OBSERVACIÓN)	PAREDES NATURALES SIN PAREDES 11 CAÑA/PALMAR/TRONCOS 12 PAREDES RUDIMENTARIAS PALMA/BAMBÚ 21 PIEDRA CANTERA 22 ADOBE 23 MADERA ASERRADA 24 BAHAREQUE/VARA 25 MATERIAL DE DESECHO 26 PAREDES ACABADAS BLOQUE DE CEMENTO 31 MADERA PULIDA..... 32 PIEDRA CON CEMENTO 33 LADRILLO DE BARRO 34 MATERIAL PREFABRICADO 35 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
138	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL TECHO (POR OBSERVACIÓN)	TECHO NATURAL SIN TECHO 11 PAJA/PALMA 12 TECHO RUDIMENTARIO MADERA 21 MATERIAL DE DESECHO 22 TECHO ACABADO LÁMINA DE ZINC/ALUCIN 31 CONCRETO 32 LÁMINA DE FIBROCEMENTO/ASBESTO 33 TEJA DE BARRO 34 TEJA DE CEMENTO 35 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	
139	VIVIENDA CON VENTANAS (POR OBSERVACIÓN)	SI 1 NO 2 → 140	
139A	TIPO DE VENTANAS (POR OBSERVACIÓN)	SI NO B. VENTANAS CON VIDRIO 1 2 C. VENTANAS CON CELOCILLAS 1 2 D. VENTANAS CON CORTINAS O POSTIGOS 1 2	
140	¿Cuántas piezas para dormir tiene el hogar?	NÚMERO DE PIEZAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
141	¿Algún miembro de su hogar tiene: A ¿Bicicleta? B ¿Motocicleta? C ¿Carreta de bestia? D ¿Vehículo automotor? E ¿Bote/lancha sin motor? F ¿Bote/lancha con motor?	SI NO BICICLETA 1 2 MOTOCICLETA 1 2 CARRETA DE BESTIA 1 2 VEHÍCULO AUTOMOTOR 1 2 BOTE/LANCHA SIN MOTOR 1 2 BOTE/LANCHA CON MOTOR 1 2	
142	¿Algún miembro del hogar posee tierra que pueda ser utilizada para agricultura?	SI 1 NO 2 → 144	
143	¿Cuántas manzanas de tierra agrícola en total poseen los miembros del hogar? SI MÁS DE 95, ANOTE '99.95' SI NO SABE, ANOTE '99.98'	MANZANAS <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
144	¿Algún miembro del hogar posee ganado, caballos, cerdos, cabras, ovejas o aves de corral?	SI 1 NO 2 → 146	
145	¿Cuántos de los siguientes animales posee este hogar? A ¿Ganado de engorde? B ¿Ganado de leche? C ¿Caballos, burros, mulas? D ¿Cerdos? E ¿Cabras? F ¿Ovejas? G ¿Aves de corral?	GANADO DE ENGORDE <input type="text"/> <input type="text"/> GANADO DE LECHE <input type="text"/> <input type="text"/> CABALLOS/BURROS/MULAS <input type="text"/> <input type="text"/> CERDOS <input type="text"/> <input type="text"/> CABRAS <input type="text"/> <input type="text"/> OVEJAS <input type="text"/> <input type="text"/> AVES DE CORRAL <input type="text"/> <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE '00'. SI MÁS DE 97, ANOTE '97'. SI NO SABE, ANOTE '98'.	
146	¿Algún miembro de este hogar tiene cuenta bancaria?	SI 1 NO 2	
147	HORA DE TERMINACIÓN	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCIÓN VII: PESO Y TALLA PARA MUJERES Y NIÑOS(AS)

160	MUJERES REVISE LAS PREGUNTAS 2, 3 y 9: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES ELEGIBLES DE 15 A 49 AÑOS						
160A				PESO Y TALLA DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS			
161	162	163	164	165	166	167	
No. DE ORDEN	NOMBRE	EDAD		PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	RESULTADO: 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO	
[][]	_____	AÑOS [][]		[][][] . []	[][][] . []	[]	
[][]	_____	[][]		[][][] . []	[][][] . []	[]	
[][]	_____	[][]		[][][] . []	[][][] . []	[]	
[][]	_____	[][]		[][][] . []	[][][] . []	[]	
[][]	_____	[][]		[][][] . []	[][][] . []	[]	
168	NIÑOS REVISE LAS PREGUNTAS 2, 3 y 11: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE TODOS LOS NIÑOS(AS) ELEGIBLES MENORES DE 6 AÑOS						
169	170	171	172	173	174	175	176
No. DE ORDEN	NOMBRE DEL NIÑO(A)	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? <small>(COPIAR DE HISTORIA DE NACIMIENTOS SI MADRE FUE ENTREVISTADA)</small>	NACIDO(A) DESPUES DE ENERO DEL 2000	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO (0 A 23 O DE PIE (DE 24 A MAS MESES))	RESULTADO: 1 MEDIDO 2 NO PRES 3 RECHAZO 6 OTRO
[][]	_____	DÍA MES AÑO [][] [][] [][][][]	SI 1 NO ...2- ↓	[][][] . []	[][][] . []	ACOS- TADO DE PIE ↓ ↓ 1 2	[]
[][]	_____	[][] [][] [][][][]	SI 1 NO ...2- ↓	[][][] . []	[][][] . []	1 2	[]
[][]	_____	[][] [][] [][][][]	SI 1 NO ...2- ↓	[][][] . []	[][][] . []	1 2	[]
[][]	_____	[][] [][] [][][][]	SI 1 NO ...2- ↓	[][][] . []	[][][] . []	1 2	[]
[][]	_____	[][] [][] [][][][]	SI 1 NO ...2- ↓	[][][] . []	[][][] . []	1 2	[]
NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDió				NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE			
_____ [][]				_____ [][]			
OBSERVACIONES _____							

SECCION VIII. MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA PARA MUJERES Y NIÑOS(AS)

MUJERES

180		181			182	183		184
COPIE NUMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE 161, 162		LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER DE 18-49 AÑOS. SI MUJER ES 15-17 AÑOS,* LEA CONSENTIMIENTO PRIMERO A PADRE/ MADRE O ADULTO RESPONSABLE.			NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	¿Está usted actualmente embarazada?		RESULTADO
No. DE ORDEN	NOMBRE	CIRCULE CÓDIGO APROPIADO				SI	NO/NS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>

NIÑOS(AS)

185		186	187	188		189	190
COPIE NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE 169, 170		No. ORDEN DEL PADRE O MADRE O ADULTO RESP. REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR	NIÑO(A)S 6 MESES O MÁS ELEGIBLE	LEA EL CONSENTIMIENTO A UNO DE LOS PADRES O AL ADULTO RESPONSABLE * CIRCULE CÓDIGO		NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	RESULTADO
No. DE ORDEN	NOMBRE			OTORGADO	RECHAZO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI 1 NO ... 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>

*** CONSENTIMIENTO**

Como parte de esta encuesta, estamos estudiando la presencia de anemia en mujeres y niños. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una nutrición inadecuada. La investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento de la anemia.

Solicitamos que usted (y sus hijos nacidos desde enero de 2000) participen en la prueba de anemia que se hace en esta encuesta. La prueba utiliza instrumentos estériles desechables que son limpios y completamente seguros. La sangre será analizada con equipo nuevo y los resultados le serán entregados inmediatamente. Estos resultados se mantendrán en forma confidencial.

Por favor, le pido ahora que usted y (NOMBRE DEL NIÑO (A) O NIÑOS(AS)) participen en la prueba de anemia. Sin embargo, si usted decide no hacerse la prueba está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión.

Por favor dígame, ¿Acepta hacerse la prueba de anemia?