

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-98) EL SALVADOR, C.A.

CUESTIONARIO DEL HOGAR

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA	
DEPARTAMENTO: _____	DEPT — —
MUNICIPIO: _____	MUNI — —
CANTÓN: _____	CANT — —
ÁREA:	1. URBANA
	2. RURAL
	AREA

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	
CUESTIONARIO No.:	CUES — —
SECTOR No.:	SECT — —
SEGMENTO No.:	SEGM — —
SEGMENTO CORRELATIVO No.:	SEGMCo1 — —
VIVIENDA No.:	VIVNo1 — —

(Sr., Sra., Srita.) Buenos (días/tardes/noches):

Estamos haciendo un estudio de la salud de la mujer y el niño de El Salvador, para lo cual estamos entrevistando a muchas mujeres de todo el país. Nos gustaría tener su cooperación.

¿Cuál es la dirección exacta de ésta casa? _____

¿Cuál es el nombre del jefe o la jefa del hogar? _____

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA						
NÚMERO DE LA VISITA		1	2	3	4	VISITNO
CÓDIGO DE LA ENTREVISTADORA		— —	— —	— —	— —	ENTCOD
FECHA DE LA VISITA		DÍA — — MES — —	DÍA — — MES — —	DÍA — — MES — —	DÍA — — MES — —	DÍA ENTDIA MES ENTMES
HORA DE LA ENTREVISTA	INICIAL	— : —	— : —	— : —	— : —	INICHORA : INICMIN
	FINAL	— : —	— : —	— : —	— : —	FINHORA : FINMIN
RESULTADO *		—	—	—	—	RESULT
* CÓDIGO DE RESULTADO:		1. Entrevista Completa		6. Moradores ausentes		
		2. Entrevista Incompleta		7. No hay elegible (No hay MEF)		
		3. Entrevista Rechazada		8. MEF seleccionada ausente		
		4. Rechazo Parcial		9. Otro _____		
		5. Vivienda desocupada		(especifique)		

D. OBSERVACIONES: _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	CÓDIGO	DÍA	MES
CRITICADO EN EL CAMPO POR:	— —	— —	— —
DIGITADO POR:	DIGICOD — —	DIGIDIA — —	DIGIMES — —

I. SELECCIÓN DE LA ENTREVISTADA

100. ¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?

No. TOTAL DE PERSONAS ___ **P100PERS**
 No. TOTAL DE VARONES ___ **P100VARO**
 No. TOTAL DE HEMBRAS ___ **P100HEMB**

-LEA: ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en esta casa, empezando con la de más edad?
 -SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA Y CIRCULE EL CÓDIGO 7 EN RESULTADO DE LA VISITA.
 -SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLÓN UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

Nombre de la Mujer en Edad Fértil (MEF)	Edad (años cumplidos)	Estado Conyugal (Civil) 1. ACOMPAÑADA 2. CASADA 3. VIUDA 4. SEPARADA 5. DIVORCIADA 6. SOLTERA 9. NO SABE	Último grado escolar que aprobó							
			NIVEL : GRADO :							
			0. NINGUNO	0						
			1. PRIMAR.	1	2	3	4	5	6	7 8 9
			2. BACHILL.	1	2	3	4			
			3. SUPERIOR	1	2	3	4+			
			9. NO SABE	9						
1.	<input type="text"/> P100ED1	<input type="text"/> P100EC1	<input type="text"/> P100NIV1	: <input type="text"/> P100GRA1						
2.	<input type="text"/> P100ED2	<input type="text"/> P100EC2	<input type="text"/> P100NIV2	: <input type="text"/> P100GRA2						
3.	<input type="text"/> P100ED3	<input type="text"/> P100EC3	<input type="text"/> P100NIV3	: <input type="text"/> P100GRA3						
4.	<input type="text"/> P100ED4	<input type="text"/> P100EC4	<input type="text"/> P100NIV4	: <input type="text"/> P100GRA4						
5.	<input type="text"/> P100ED5	<input type="text"/> P100EC5	<input type="text"/> P100NIV5	: <input type="text"/> P100GRA5						
6.	<input type="text"/> P100ED6	<input type="text"/> P100EC6	<input type="text"/> P100NIV6	: <input type="text"/> P100GRA6						
7.	<input type="text"/> P100ED7	<input type="text"/> P100EC7	<input type="text"/> P100NIV7	: <input type="text"/> P100GRA7						
8.	<input type="text"/> P100ED8	<input type="text"/> P100EC8	<input type="text"/> P100NIV8	: <input type="text"/> P100GRA8						

101. ¿Entonces, en esta casa viven en total... mujeres de 15 a 49 años de edad?

TOTAL DE MEF ___ **P101MEF**

CUADRO PARA SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

102. NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA _____

MEFNO

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-98) EL SALVADOR, C.A.

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACIÓN

SEGMENTO CORRELATIVO No.: ___ __ __ VIVIENDA No.: ___ __ CUESTIONARIO No.: ___ __ __ __ __

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

200. VEA EN 102 DE CUESTIONARIO DEL HOGAR EL
NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA No. _____

ENTREVISTADORA: PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA.
LEA A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE:

Entre las mujeres de ésta casa, la hemos escogido a usted para entrevistarla. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio.

201. Por favor dígame, ¿En qué mes y año P201MES MES ___ __ P201AÑO AÑO ___ __ nació usted?

202. Entonces, ¿Qué edad cumplió en su P202AÑO AÑOS ___ __ último cumpleaños?

TOTAL ___ __

SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 98.
SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 97.
SI EL TOTAL NO ES CORRECTO INDAGUE Y CORRIJA.

Revise si la edad es consistente con la registrada en el cuadro del listado de mef de la sección I, del cuestionario del hogar. Si la edad de la mujer que está entrevistando no es de 15 a 49 años, borre sus datos del cuadro de mujeres en edad fértil (MEF), agradezca su atención y termine la entrevista si no hay mas mujeres en edad fértil.

SI EN EL HOGAR HAY MÁS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, CORRIJA LOS DATOS DEL CUADRO DE MEF EN EL HOGAR (PÁGINA ANTERIOR), CORRIJA LA PREGUNTA 101, SELECCIONE A LA MEF A ENTREVISTAR E INICIE CON ELLA LA ENTREVISTA.

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

LÉALE A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y nacimientos que usted haya tenido en toda su vida hasta la fecha.

300. ¿Está usted embarazada actualmente? 1. SI -----> 302
2. NO
9. NO SABE
P300EMB

301. ¿Ha estado usted embarazada alguna vez? 1. SI -----> 305
2. NO -----> 316
P301EMB

302. ¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? __ __ MESES
99. NO SABE
P302MES

303. En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? **P303DES**
1. QUERÍA ENTONCES
2. ESPERAR MÁS TIEMPO
3. NO LO QUERÍA

304. ¿Es su primer embarazo? 1. SI -----> 316
2. NO
P304PEMB

305. Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted? **P305A**
A. HIJOS EN CASA __ __
B. HIJAS EN CASA __ __
C. TOTAL HIJOS
EN CASA __ __
P305B
P305C
(SI NO TIENE ANOTE 00)

306. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con usted? **P306A**
A. HIJOS FUERA DE CASA __ __
B. HIJAS FUERA DE CASA __ __
C. TOTAL HIJOS
FUERA DE CASA __ __
P306B
P306C
(SI NO TIENE ANOTE 00)

307. ¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido sólo poco tiempo? 1. SI
2. NO -----> 309
P307HMUE

308. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto? **P308A**
A. HIJOS QUE MURIERON __ __
B. HIJAS QUE MURIERON __ __
C. TOTAL HIJOS QUE
MURIERON __ __
P308B
P308C

309. Hablando de todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo? (mortinato) 1. SI
2. NO -----> 314

P309MORT

310. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en nacidos muertos? ___ MORTINATOS

P310MORT

311. ¿Presentó(aron) el(los) niño(s) que nació(eron) muerto(s) algunos signos de vida, por ejemplo, respirar o llorar? 1. SI
2. NO **P311SIG**

SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 307, 308, 309 Y 310.
EXPLIQUE A LA MUJER: "Para nuestro estudio, vamos a incluirle(s) entre los que nacieron vivos".

312. ¿En qué mes y año tuvo el parto del (último) que nació muerto? MES ___ AÑO ___
P312MES **P312ANO**
99.99 NS/NR

SI EN PREGUNTA 310 REPORTÓ SÓLO 1 MORTINATO PASE A PREGUNTA 314

313. ¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto? MES ___ AÑO ___
P313MES **P313ANO**
99.99 NS/NR

314. Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de completar su sexto mes, ¿Ha perdido usted alguno antes de completar su sexto mes? (abortos) 1. SI
2. NO -----> 316
P314ABOR

315. ¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido? ___ PÉRDIDAS
P315PERD

<p>316. PASE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 305C, 306C, 308C, 310 y 315.</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Usted ha tenido en total. . .embarazos?</p> <p>SI LA SUMA TOTAL COINCIDE CON EL NÚMERO DE EMBARAZOS, CONTINÚE CON PREGUNTA 317. SI LA SUMA TOTAL NO COINCIDE Y ÉSTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MÚLTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINÚE.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTÁ EMBARAZADA, ANOTE <u>0</u> AQUÍ).</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">___</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">P316A</td> </tr> <tr> <td>305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: right;">P316B</td> </tr> <tr> <td>306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: right;">P316C</td> </tr> <tr> <td>308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: right;">P316D</td> </tr> <tr> <td>310. MORTINATOS</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: right;">P316E</td> </tr> <tr> <td>315. PÉRDIDAS</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: right;">P316F</td> </tr> </table>	300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTÁ EMBARAZADA, ANOTE <u>0</u> AQUÍ).	___	P316A	305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA	___	P316B	306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA	___	P316C	308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON	___	P316D	310. MORTINATOS	___	P316E	315. PÉRDIDAS	___	P316F
300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTÁ EMBARAZADA, ANOTE <u>0</u> AQUÍ).	___	P316A																	
305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA	___	P316B																	
306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA	___	P316C																	
308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON	___	P316D																	
310. MORTINATOS	___	P316E																	
315. PÉRDIDAS	___	P316F																	

SUMA TOTAL	___	P316G
NÚMERO DE PARTOS MÚLTIPLES	___	P316H

317. VEA EN 316 SI LA ENTREVISTADA ESTÁ EMBARAZADA 1. EMBARAZADA -----> 322
2. NO EMBARAZADA
9. NO SABE
P317F

318. ¿Desea usted actualmente un embarazo? 1. SI
2. NO
9. NO SABE
P318DEMB

319. VEA EN 316 SI TIENE HIJOS VIVOS 1. TIENE HIJOS VIVOS -----> 321
2. NO TIENE HIJOS VIVOS
P319F

320. ¿Cuántos hijos desea tener en toda su vida? P320HIJ HIJOS -----> 323

321. ¿Cuántos hijos más desea tener? P321HIJ HIJOS -----> 323

322. Además del hijo que está esperando, ¿Cuántos hijos más desea tener? P322HIJ HIJOS

323. VEA 316 Y ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 305C, 306C Y 308C. 305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA P323A

306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA P323B

308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON P323C

PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE:

¿Usted ha tenido en total... hijos(as) nacidos(as) vivos(as)?

SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS P323D

324. VEA 323 (SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS) 1. SUMA TOTAL = 00 -----> 500 PÁG.20
2. SUMA TOTAL ES MAYOR QUE 00.
P324F

325.

Ahora, quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos(as) vivos(as) que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor o la menor, o sea el último que nació.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA COLUMNA "a", EMPIECE POR EL ÚLTIMO NACIDO VIVO EN FILA "1" Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.
- EN COLUMNA "f": ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR DE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS.

a. ¿Qué nombre le puso?	b. ¿Hombre o mujer?	c. ¿En qué fecha nació?	d. ¿Está vivo(a)?	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
1. _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	1. HOMBRE SEXH1 2. MUJER	DÍA DNAC1 MES MNAC1 AÑO ANAC1	1. SI (PASE A FILA 2) VIVO1 2. NO	MES MFALL1 AÑO AFALL1	1. DÍAS ____ EDMUR1 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
2. _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	1. HOMBRE SEXH2 2. MUJER	DÍA DNAC2 MES MNAC2 AÑO ANAC2	1. SI (PASE A FILA 3) VIVO2 2. NO	MES MFALL2 AÑO AFALL2	1. DÍAS ____ EDMUR2 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
3. _____ ANTEPENÚLTIMO	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ____ MES ____ AÑO ____	1. SI (PASE A FILA 4) 2. NO	MES ____ AÑO ____	1. DÍAS ____ 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
4. _____ CUARTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ____ MES ____ AÑO ____	1. SI (PASE A FILA 5) 2. NO	MES ____ AÑO ____	1. DÍAS ____ 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
5. _____ QUINTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ____ MES ____ AÑO ____	1. SI (PASE A FILA 6) 2. NO	MES ____ AÑO ____	1. DÍAS ____ 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
6. _____ SEXTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ____ MES ____ AÑO ____	1. SI (PASE A FILA 7) 2. NO	MES ____ AÑO ____	1. DÍAS ____ 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
7. _____ SÉPTIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ____ MES ____ AÑO ____	1. SI (PASE A FILA 8) 2. NO	MES ____ AÑO ____	1. DÍAS ____ 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
8. _____ OCTAVO ANTERIOR	1. HOMBRE SEXH8 2. MUJER	DÍA DNAC8 MES MNAC8 AÑO ANAC8	1. SI (PASE A FILA 9) VIVO8 2. NO	MES MFALL8 AÑO AFALL8	1. DÍAS ____ EDMUR8 2. MESES ____ 3. AÑOS ____
9. _____ NOVENO ANTERIOR	1. HOMBRE SEXH9 2. MUJER	DÍA DNAC9 MES MNAC9 AÑO ANAC9	1. SI (PASE A FILA 10) VIVO9 2. NO	MES MFALL9 AÑO AFALL9	1. DÍAS ____ EDMUR9 2. MESES ____ 3. AÑOS ____

a. ¿Qué nombre le puso?	b. ¿Hombre o mujer?	c. ¿En qué fecha nació?	d. ¿Está vivo(a)?	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
10. _____ DÉCIMO ANTERIOR	1. HOMBRE SEXH10 2. MUJER	DÍA DNAC10 MES MNAC10 AÑO ANAC10	1. SI (PASE A FILA 11) VIVO10 2. NO	MES MFALL10 AÑO AFALL10	1. DÍAS ___ __ EDMUR10 2. MESES ___ __ 3. AÑOS ___ __
11. _____ UNDÉCIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ___ __ MES ___ __ AÑO ___ __	1. SI (PASE A FILA 12) 2. NO -	MES ___ __ AÑO ___ __	1. DÍAS ___ __ 2. MESES ___ __ 3. AÑOS ___ __
12. _____ DÉCIMO SEGUNDO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ___ __ MES ___ __ AÑO ___ __	1. SI (PASE A FILA 13) 2. NO	MES ___ __ AÑO ___ __	1. DÍAS ___ __ 2. MESES ___ __ 3. AÑOS ___ __
13. _____ DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DÍA ___ __ MES ___ __ AÑO ___ __	1. SI (PASE A FILA 14) 2. NO	MES ___ __ AÑO ___ __	1. DÍAS ___ __ 2. MESES ___ __ 3. AÑOS ___ __
14. _____ DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	1. HOMBRE SEXH14 2. MUJER	DÍA DNAC14 MES MNAC14 AÑO ANAC14	1. SI (PASE A 0) VIVO14 2. NO	MES MFALL14 AÑO AFALL14	1. DÍAS ___ __ EDMUR14 2. MESES ___ __ 3. AÑOS ___ __

ENTREVISTADORA: REVISE SI EL TOTAL DE FILAS UTILIZADAS COINCIDE CON LA SUMA TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN PREGUNTA 323 Y REVISE QUE EL AÑO EN COLUMNA "c" SEA DESCENDENTE. ADEMÁS, REVISE SI EL TOTAL DE FILAS UTILIZADAS EN COLUMNA "f", COINCIDE CON EL TOTAL DE NACIDOS VIVOS QUE MURIERON REGISTRADOS EN 308C.

SÓLO SI SE CUMPLEN ESTAS CONDICIONES PASE A PREGUNTA 0, SI ALGUNA DE ELLAS NO SE CUMPLE INDAGUE, CORRIJA Y CONTINÚE EN PREGUNTA 0.

326. VEA 325e Y 325f, SI HAY HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1993 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (COLUMNA f)

1. SI
2. NO -----> 400

P326F

327. COPIE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS PARA EL NACIDO MAS RECIENTE QUE MURIÓ.

NOMBRE _____

No. DE LÍNEA EN 325 **P327LIN**

EDAD CUANDO MURIÓ (325f)

1. DÍAS ___ __
2. MESES ___ __ **P327EDA**
3. AÑOS ___ __

328. (NOMBRE) TENÍA MENOS DE 29 DÍAS DE EDAD CUANDO MURIÓ

1. SI -----> 400
2. NO

P328EDA

329. ¿Murió (NOMBRE) por una enfermedad o por un accidente? 1. ENFERMEDAD **P329MUR**
2. ACCIDENTE -----> 400

330. Durante la semana antes de que muriera (NOMBRE):

a. Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos más seguidos que lo normal? 1. SI **P330A**
2. NO -----> 331
9. NS/NR -----> 331

b. Cuántos asientos hacía en 24 horas? 1. MENOS DE 3 -----> 331
2. 3 Ó MÁS **P330B**
9. NS/NR

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
c. Tenía los ojos hundidos?	1	2	9	P330C
d. Tenía la piel reseca o arrugada?	1	2	9	P330D
e. Podía orinar?	1	2	9	P330E
f. Tenía la mollera hundida?	1	2	9	P330F
g. Tenía vómitos?	1	2	9	P330G
h. Tenía el estómago hinchado?	1	2	9	P330H

331. Durante la semana antes de que muriera:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada?	1	2	9	P331A
b. Tenía tos convulsiva (como chifladora)?	1	2	9	P331B

SI RESPONDIÓ SÍ (CÓDIGO 1) EN 331a Ó 331b CONTINÚE,
CASO CONTRARIO PASE A 333

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tenía el pecho hundido?	1	2	9	P332A P332B
b. Tenía los labios azules o morados?	1	2	9	
c. Tuvo fiebre o calentura por más de dos días?	1	2	9	P332C P332D P332E P332F
d. Tenía escalofríos?	1	2	9	
e. Tenía temblores?	1	2	9	
f. Sudaba mucho?	1	2	9	

333. ¿Supo de qué murió? 1. SI **P333MUR**
2. NO -----> 400

334. ¿De qué murió? _____

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

400. VEA EN 325c SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1993. 1. ANTES DE ENERO DE 1993 ---> 500 PÁG. 20
2. A PARTIR DE ENERO DE 1993

P400F

ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO: _____

P401LAC

401. Antes del parto de (NOMBRE), ¿Recibió usted orientación sobre lactancia materna? 1. SI
2. NO -----> 403

402. La persona que le dio la mayor orientación, ¿Era médico(a), enfermera(o), partera(o), promotor(a) u otra persona? 1. MÉDICO(A)
2. ENFERMERA(O)
3. PARTERA(O)
4. PROMOTOR(A) DEL MSPAS
5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____
(especifique)
8. OTRO(A): _____
(especifique)
9. NS/NR

P402LAC

403. ¿Le dio o le ha dado pecho a (NOMBRE)? 1. SI -----> 406
2. NO

P403PECH

404. ¿Porqué nunca le dio pecho a (NOMBRE)? 1. NIÑO MURIÓ
2. NIÑO SE ENFERMÓ
3. NIÑO NO QUERÍA
4. MADRE NO QUERÍA
5. LECHE INSUFICIENTE/NO LE BAJÓ LA LECHE
6. DEBÍA TRABAJAR/ESTUDIAR
7. LA MADRE ENFERMÓ
8. PEZÓN INVERTIDO O LESIONES
9. POR INDICACIÓN DE PERSONAL DE SALUD
10. INFLUENCIA DE LA FAMILIA
88. OTRO _____
(especifique)
99. NS/NR

P404PECH

405. VEA EN 325d, SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTÁ VIVO O MUERTO 1. VIVO -----> 414
2. MUERTO -----> 420

P405F

406. ¿Al cuánto tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle pecho? 1. MIN. ___ ___
2. HORAS ___ ___
3. DÍAS ___ ___
999. NS/NR

P406TIE

407. VEA EN 325d, SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTÁ VIVO O MUERTO 1. VIVO
2. MUERTO -----> 420

P407F

408. ¿Está dándole pecho actualmente? 1. SI -----> 411
2. NO
P408PECH

409. ¿Porqué dejó de darle pecho? 1. NIÑO SE ENFERMÓ
2. NIÑO NO QUERÍA
3. EDAD DE DESTETE
4. LECHE INSUFICIENTE
5. PROBLEMAS CON PECHO
6. LA MADRE ENFERMÓ
7. QUEDÓ EMBARAZADA
8. EMPEZÓ ANTICONCEPTIVOS
9. INCONVENIENTE
10. DEBÍA TRABAJAR/ESTUDIAR
11. POR INDICACIÓN DE PERSONAL DE SALUD
12. INFLUENCIA DE LA FAMILIA
88. OTRO _____
(especifique)
99. NS/NR
P409PECH

410. ¿Hasta qué edad le dio pecho? 1. DÍAS
2. MESES
P410TIE

PASE A 414

411. Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE)? _____ VECES
99. NS/NR
P411VEC

412. Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente: NÚMERO DE VECES

a. Agua?	— —	P412A
b. Leche que no era de su pecho?	— —	P412B
c. Otros líquidos?	— —	P412C
d. Atoles o purés?	— —	P412D
e. Comida sólida?	— —	P412E

413. Durante las últimas 24 horas, ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó sin darle pecho? 1. MINUTOS — —
2. HORAS — —
999. NS/NR
P413TIE

414. VEA EN 325c EL AÑO DE NACIMIENTO 1. AÑO 1993, 1994, 1995 -----> 420
2. AÑO 1996 -----> 418
3. AÑO 1997
4. AÑO 1998 -----> 420
P414F

415. ¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a sentarse con ayuda? _____ MESES
00. AÚN NO SE SIENTA -----> 417
99. NO RECUERDA
P415SENT

416. ¿Y sin ayuda? __ __ MESES
P416AYU 00. AÚN NO SE SIENTA SIN AYUDA
99. NO RECUERDA

417. ¿Y a los cuántos meses empezó a gatear? __ __ MESES
P417GAT 00. AÚN NO GATEA
99. NO RECUERDA

PASE A 420

418. ¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a caminar con ayuda? __ __ MESES
P418CAM 00. AÚN NO CAMINA -----> 420
99. NO RECUERDA

419. ¿Y sin ayuda? __ __ MESES
P419AYU 00. AÚN NO CAMINA SIN AYUDA
99. NO RECUERDA

420. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla? __ __ MESES
P420REGL 00. EN EL MISMO MES
97. NO HA VUELTO

421. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? __ __ MESES
P421RS 00. EN EL MISMO MES
97. NO HA VUELTO

422. VEA EN 325c: CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 __
P422F

VEA 325 Y ANOTE EN PREGUNTAS 0 Y 424 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 AUNQUE NO ESTÉN ACTUALMENTE VIVOS.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
423. NOMBRE (VEA 325a)					
424. ESTÁ VIVO (VEA 325d)	1. VIVO P424_1 2. MUERTO	1. VIVO P424_2 2. MUERTO	1. VIVO P424_3 2. MUERTO	1. VIVO P424_4 2. MUERTO	1. VIVO P424_5 2. MUERTO
425. Cuando salió embarazada de (NOMBRE), ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA P425_1	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA P425_2	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA P425_3	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA P425_4	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA P425_5
426. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	1. SI P426_1 2. NO -----> 430	1. SI P426_2 2. NO -----> 430	1. SI P426_3 2. NO -----> 430	1. SI P426_4 2. NO -----> 0430	1. SI P426_5 2. NO -----> 430
427. ¿Dónde se hizo el control?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA P427_1 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA P427_2 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA P427_3 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA P427_4 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA P427_5 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR
428. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	___ MESES P428_1	___ MESES P428_2	___ MESES P428_3	___ MESES P428_4	___ MESES P428_5
429. En total, ¿Cuántos controles tuvo?	___ __ CONTROLES P429_1	___ __ CONTROLES P429_2	___ __ CONTROLES P429_3	___ __ CONTROLES P429_4	___ __ CONTROLES P429_5
430. Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétano? (Para que no le dieran convulsiones al niño)	1. SI P430_1 2. NO ----- 9. NO RECUERDA ----> 0432	1. SI P430_2 2. NO ----- 9. NO RECUERDA ----> 432	1. SI P430_3 2. NO ----- 9. NO RECUERDA ----> 432	1. SI P430_4 2. NO ----- 9. NO RECUERDA ----> 432	1. SI P430_5 2. NO ----- 9. NO RECUERDA ----> 432
431. ¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante éste embarazo?	___ VACUNAS ----> 433 9. NS/NR P431_1	___ VACUNAS P431_2 9. NS/NR	___ VACUNAS P431_3 9. NS/NR	___ VACUNAS P431_4 9. NS/NR	___ VACUNAS P431_5 9. NS/NR
432. ¿Le pusieron alguna vacuna anti-tetánica en los últimos 10 años?	1. SI P432_1 2. NO 9. NO RECUERDA				

433.¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(O) 5. EN CASA CON OTROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(O) 5. EN CASA CON OTROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 0436 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(O) 5. EN CASA CON OTROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(O) 5. EN CASA CON OTROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 0436 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(O) 5. EN CASA CON OTROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR
434.¿Cuánto pagó por la atención del parto de (NOMBRE)?	__ __ P434_1 COLONES 00000. GRATIS -- 99999. NS/NR ----> 0				
435.Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR				
436.¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses, antes de tiempo o después de tiempo?	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES - 3. DESPUÉS DE TIEMPO 9. NS/NR -----> 438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES - 3. DESPUÉS DE TIEMPO 9. NS/NR -----> 0438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES - 3. DESPUÉS DE TIEMPO 9. NS/NR -----> 438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES - 3. DESPUÉS DE TIEMPO 9. NS/NR -----> 438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES - 3. DESPUÉS DE TIEMPO 9. NS/NR -----> 438
437.¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA
438.¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en la primera semana después del parto?	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR ----> SIG. COL.	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR ----> SIG. COL.	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR ----> SIG. COL.	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR ----> SIG. COL.	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR ----> PÁG. 14
439.¿Cuánto pesó (NOMBRE)?	1. _____. _____. _____. (lbs.)(onz.) 2. _____. _____. _____. (kg.)(gr.) 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. _____. _____. _____. (lbs.)(onz.) 2. _____. _____. _____. (kg.)(gr.) 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. _____. _____. _____. (lbs.)(onz.) 2. _____. _____. _____. (kg.)(gr.) 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. _____. _____. _____. (lbs.)(onz.) 2. _____. _____. _____. (kg.)(gr.) 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. _____. _____. _____. (lbs.)(onz.) 2. _____. _____. _____. (kg.)(gr.) 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE
440.¿Piensa que pesó menos de 5 libras y media?	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO A INVESTIGAR

PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS (VEA 423)				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

441. A. NÚMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: _____ P441NRO

B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____

C. ESTÁ VIVO? 1. SI P441VIV
2. NO

PARA LITERALES B y C: VEA DATOS DE PREGUNTAS 423 Y 424 EN LA PÁGINA 12.

442. ¿El parto de (NOMBRE) fue por cesárea o no? 1. SI (CESÁREA)
2. NO (VAGINAL/NORMAL) P442PAR

443. Hablando de (NOMBRE), ¿Tuvo usted algún control después del parto? 1. SI
2. NO -----> 0446 P443CON

444. ¿Cuánto tiempo después del parto tuvo usted su primer control? 1. DÍAS ___ ___
2. SEMANAS ___ ___
3. MESES ___ ___
999. NS/NR P444TIE

445. ¿Dónde tuvo ese control? 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
8. OTRO: _____
(especifique)
9. NS/NR P445DON

446. Después que nació (NOMBRE), ¿Le llevó a control? 1. SI
2. NO -----> 450 P446CON

-
447. ¿A dónde le llevó a control? 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
P447DON 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
8. OTRO: _____
(especifique)
9. NS/NR
-
448. ¿Al cuánto tiempo después de nacer le llevó a control por primera vez? 1. DÍAS ___ ___
P448TIE 2. SEMANAS ___ ___
3. MESES ___ ___
999. NS/NR
-
449. ¿Estaba sano(a) o enfermo(a)? 1. SANO
P449SANO 2. ENFERMO
-
450. En el año después del parto de (NOMBRE), ¿Se esterilizó o usó usted o su pareja algún método para evitar un nuevo embarazo? 1. SI **P450USO**
2. NO -----> 0453
-
451. ¿Cuál método usó? 1. PASTILLAS
P451MET 2. DIU
3. CONDÓN
4. INYECCIÓN
5. MÉTODOS VAGINALES
6. NORPLANT
7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8. VASECTOMÍA
9. MÉTODO DE BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
12. MELA
99. NS/NR
-
452. ¿Al cuánto tiempo después del parto inició con ese método anticonceptivo? 1. DÍAS ___ ___
P452TIE 2. MESES ___ ___
999. NS/NR
-
453. VEA EN OC SI ESTÁ VIVO EL NIÑO SELECCIONADO 1. SI **P453F**
2. NO -----> 500 PÁG. 20.
-
454. ¿Vive (NOMBRE) con usted actualmente? 1. SI
P454VIV 2. NO -----> 500 PÁG. 20.
-
455. ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en los últimos quince días? 1. SI
P455DIA 2. NO -----> 470
(INCLUYENDO ESTE DÍA)
-

456. ¿Cuántos días le duró la diarrea? _____ DÍAS
P456TIE 00. MENOS DE UN DÍA/COMENZÓ HOY --> 470
 99. NS/NR

457. ¿Todavía tiene diarrea? P457DIA
 1. SI
 2. NO

458. ¿Cuántos asientos líquidos hacía en un período de 24 horas? _____ ASIENTOS P458NRO

459. ¿Los asientos tenían sangre? P459SAN
 1. SI
 2. NO

460. ¿En los días que tuvo diarrea el(la) niño(a):
 (LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tenía fiebre o calentura alta? (38.5°C o más)	1	2	9	P460A
b. Estuvo intranquilo, irritable?	1	2	9	P460B
c. Tenía los ojos hundidos?	1	2	9	P460C
d. Lloraba sin lágrimas?.	1	2	9	P460D
e. Tenía la piel (el pellejito) reseca(o) o arrugada(o)?	1	2	9	P460E
f. Tenía la mollera hundida?.	1	2	9	P460F
g. Tenía los labios secos?.	1	2	9	P460G
h. Bebía agua u otros líquidos con sed o desesperación?	1 --->461	2	9	P460H
i. Estaba desgano para beber agua u otros líquidos?	1	2	9	P460I

461. Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE), ¿Le dio...
 (LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Purgantes?	1	2	9	P461A
b. Medicinas de Plantas?.	1	2	9	P461B
c. Suero casero?.	1	2	9	P461C
d. Otros remedios caseros?.	1	2	9	P461D
e. Sales de rehidratación o suero oral?.	1	2	9	P461E
f. Le pusieron suero en las venas?.	1	2	9	P461F
g. Antibióticos?.	1	2	9	P461G
h. Antidiarréicos?.	1	2	9	P461H
i. Le hospitalizaron?	1	2	9	P461I
j. Recibió otro tratamiento: _____ (especifique)	1	2	9	P461J

 Antibióticos: Ampicilina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetrón-sulfa, etc.

Antidiarreicos: Kaopectate, Kaolimpetrina, Intestinomicina, Yodoclorina, Yodoquín, etc.

-
462. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?
1. SI P462CON
2. NO -----> 464
-
463. ¿Dónde consultó?
- P463DON
1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
4. PROMOTOR DEL MSPAS
5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____
(especifique)
6. FARMACIA
8. OTRO: _____
(especifique)
-
464. VEA 461 SI CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO "1".
- P464F
1. CIRCULÓ CÓDIGO 1
2. CIRCULÓ SÓLO CÓDIGOS "2" Ó "9" ----> 468
-
465. ¿Cuánto gastó en total para aliviarle? (Incluyendo la consulta)
- ___ ___ ___ COLONES
- P465GAS
0000. NADA -----]
9999. NS/NR -----> 467
-
466. ¿Considera que gastó mucho, poco o lo normal?
- P466GAS
1. MUCHO
2. POCO
3. LO NORMAL
-
467. VEA EN 461e SI MENCIONÓ QUE LE DIO SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL AL NIÑO.
1. MENCIONÓ -----> 469
2. NO MENCIONÓ P467F
-
468. ¿Porqué no le dio sales de rehidratación o suero oral?
- P468REHI
0. NO LAS CONOCE
1. SE LE TERMINARON
2. NO SABÍA QUE ERAN BUENAS
3. NO LES TIENE FE/NO SIRVEN/NO CURAN
4. NO SE LAS RECETARON
5. NO LE GUSTAN AL NIÑO
6. LE DIO OTRA CLASE DE MEDICINA
7. NO TENÍAN DISPONIBLES DONDE CONSULTÓ
8. NO FUE GRAVE LA DIARREA
88. OTRA: _____
(especifique)
-
469. Durante la enfermedad, ¿Usted le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?
1. MÁS LÍQUIDOS
2. MENOS LÍQUIDOS P469LIQ
3. MISMA CANTIDAD
9. NS/NR
-
470. ¿Ha tenido tos o dificultad al respirar (NOMBRE) en los últimos quince días? (INCLUYENDO ESTE DÍA)
1. SI P470RES
2. NO -----> 481
-
471. ¿Cuántos días estuvo enfermo?
- P471TIE
- ___ ___ DÍAS
00. MENOS DE UN DÍA/COMENZÓ HOY ----> 481
33. MAS DE UN MES
99. NS/NR
-

472. ¿Todavía tiene ésta enfermedad? **P472ENF** 1. SI
2. NO

473. (NOMBRE) . . .
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Estuvo cansado(a) o se le hundu- ría el pecho?	1	2	9	P473A
b. Hacía ruido al respirar?	1	2	9	P473B
c. Tenía hervor de pecho?	1	2	9	P473C
d. Fiebre o calentura alta? (38.5°C ó más)	1	2	9	P473D
e. Le daban ataques?	1	2	9	P473E
f. Pasaba con mucho sueño o intranquilo?	1	2	9	P473F

474. ¿Durante esta enfermedad ...
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?	1	2	9	P474A
b. Le bajó la fiebre con paños húmedos?	1	2	9	P474B
c. Le dio más líquidos que de costumbre?	1	2	9	P474C
d. Le dio antibióticos?	1	2	9	P474D
e. Le dio aspirina/antifebriles?	1	2	9	P474E
f. Le hospitalizaron?	1	2	9	P474F
g. Le dio algo más? _____ (especifique)	1	2	9	P474G

Antibióticos: Ampicilina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetrón-sulfa, etc.

475. ¿Consultó con alguien o en algún lugar
por ésta enfermedad? 1. SI **P475CON**
2. NO -----> 477

476. ¿Dónde consultó? **P476DON**

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
4. PROMOTOR(A) DEL MSPAS
5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____
(especifique)
6. FARMACIA
8. OTRO: _____
(especifique)

477. VEA 474 SI CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO
"1". 1. CIRCULÓ CÓDIGO "1" **P477F**
2. CIRCULÓ SÓLO CÓDIGOS "2" Ó "9" ----> 480

478. ¿Cuánto gastó en total para aliviarle?
(Incluyendo la consulta) **P478GAS** _____ COLONES
0000. NADA -----
9999. NS/NR -----> 4810

479. ¿Considera que gastó mucho, poco o lo
normal? **P479GAS** 1. MUCHO
2. POCO
3. LO NORMAL

PASE A 481

480. ¿Cuál fue la principal razón por la que no hizo nada?

P480RAZ

0. NO FUE NECESARIO/NO ERA GRAVE
1. DESCUIDO
2. NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE
3. NO TUVO TIEMPO/DEMASIADO OCUPADA
4. FALTA DE DINERO
5. POR LA DISTANCIA/FALTA DE TRANSPORTE
6. MALA ATENCIÓN
7. NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS
8. OTRA _____
(especifique)
9. NS/NR

481. Ahora hablaremos de las vacunas, ¿Podría mostrarme el(los) carnet(s) o tarjeta(s) de vacunación de (NOMBRE)?

(PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)

0. NO TIENE/NO MOSTRÓ
1. CARNET DEL MSPAS
2. CARNET DEL ISSS
8. OTROS CARNETS _____

P481A
P481B
P481C
P481D

(especifique)

482. ENTREVISTADORA:

TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNET ANOTADA CON TINTA, PARA CADA DOSIS: DÍA, MES Y AÑO.

SI TIENE MÁS DE UN CARNET, REVÍSELOS TODOS Y TRASLADAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA ANTES DE PREGUNTAR A LA MADRE, COMO SE LE INDICA A CONTINUACIÓN.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA CON TINTA EN EL CARNET, O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNET, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (NOMBRE DE LA VACUNA)?, MENCIONANDO LA FORMA DE APLICACIÓN. SEGÚN SEA LA RESPUESTA, CIRCULE LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO SEGÚN MADRE.

		SEGÚN CARNET						SEGÚN MADRE		
		TIENE DOSIS		DÍA	MES	AÑO	¿Tiene la (VACUNA)?			
		SI	NO				SI	NO	NS/NR	
* BCG(Inyectada en el brazo izquierdo)	BCGCAR	1	2	BCGDIA	BCGDIA	BCGANO	1	2	9	BCGMAM
* DPT - 1(Inyectada en la nalguita o glúteo)	DPT1CAR	1	2	DPT1DIA	DPT1DIA	DPT1ANO	1	2	9	DPT1MAM
* DPT - 2	DPT2CAR	1	2	DPT2DIA	DPT2DIA	DPT2ANO	1	2	9	DPT2MAM
* DPT - 3	DPT3CAR	1	2	DPT3DIA	DPT3DIA	DPT3ANO	1	2	9	DPT3MAM
* DPT (Refuerzo)	DPTRCAR	1	2	DPTRDIA	DPTRDIA	DPTRANO	1	2	9	DPTRMAM
* POLIO - 1(Vacuna tomada en gotitas)	POL1CAR	1	2	POL1DIA	POL1DIA	POL1ANO	1	2	9	POL1MAM
* POLIO - 2	POL2CAR	1	2	POL2DIA	POL2DIA	POL2ANO	1	2	9	POL2MAM
* POLIO - 3	POL3CAR	1	2	POL3DIA	POL3DIA	POL1ANO	1	2	9	POL3MAM
* POLIO (Refuerzo)	POLRCAR	1	2	POLRDIA	POLRDIA	POLRANO	1	2	9	POLRMAM
* SARAMPIÓN (Inyectada en nalguita, a los 9 meses)	SAR1CAR	1	2	SAR1DIA	SAR1DIA	SAR1ANO	1	2	9	SAR1MAM
* MMR (Es la vacuna contra las Paperas, Rubeola y Sarampión)	MMR1CAR	1	2	MMR1DIA	MMR1DIA	MMR1ANO	1	2	9	MMR1MAM

V. MORBILIDAD MATERNA

500. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del
cáncer o citología? 1. SI
2. NO -----
9. NS/NR -----> 506
P500CAN
-
501. ¿Cuándo fue la última vez? MES ___ AÑO ___ **P501ANO**
99.99. NS/NR
P501MES
-
502. ¿Dónde se lo hizo? 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. ADS CLÍNICA PRO-FAMILIA
4. CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO
5. INSTITUTO DE CÁNCER
8. OTRO _____
(especifique)
9. NS/NR
P502DON
-
503. ¿Supo el resultado? 1. SI
2. NO -----
3. AÚN NO ES LA FECHA
9. NO RECUERDA -----> 506
P503RES
-
504. ¿Cuál fue el resultado? 1. NEGATIVO
8. OTRO _____
(especifique)
9. NS/NR
P504RES
-
505. ¿Y cuánto tiempo pasó entre la fecha en
que se tomó la citología y la fecha en
que supo el resultado? 1. DÍAS ___
2. SEMANAS ___
3. MESES ___
999. NS/NR
P505TIE
-
506. VEA EN 316 PÁG. 4 SI LA ENTREVISTADA HA
TENIDO PÉRDIDAS O MORTINATOS, SI SÓLO
NACIDOS VIVOS, SI SÓLO TIENE EL
EMBARAZO ACTUAL O NUNCA HA ESTADO
EMBARAZADA. 1. PÉRDIDAS O MORTINATOS
2. SÓLO NACIDOS VIVOS -----> 509
3. NUNCA EMBARAZADA O SÓLO
EMBARAZO ACTUAL -----> 600 PÁG.
26
P506F
-
507. Con su último embarazo, ¿Tuvo un hijo
nacido vivo, nacido muerto o fue una
pérdida o aborto? 1. NACIDO VIVO -----> 509
2. NACIDO MUERTO
3. PÉRDIDA (ABORTO)
P507EMB
-
508. ¿En qué fecha terminó su último
embarazo? MES ___ AÑO ___ -----> 510
P508MES **P508ANO**
-
509. VEA EN 325c PÁG. 6 LA FECHA DEL ÚLTIMO
NACIDO VIVO MES ___ AÑO ___
P509MES **P509ANO**
-
510. LA FECHA ES ANTES DE ENERO DE 1996 O
A PARTIR DE ENERO DE 1996 1. ANTES DE ENERO DE 1996 --> 600 PÁG.
26
2. A PARTIR DE ENERO DE 1996
P510F
-
511. Durante el embarazo que terminó en (MES
y AÑO), ¿Tomó tabletas de hierro? 1. SI
2. NO -----
9. NS/NR -----> 514
P511TAB

512. ¿A los cuántos meses empezó a tomarlas? _____ MESES
 99. NS/NR
P512TIE
-
513. ¿Cuántos meses las tomó durante el embarazo? _____ MESES
 99. NS/NR
P513TIE
-
514. VEA EN 507 CÓMO TERMINÓ EL ÚLTIMO EMBARAZO
P514F
- | | |
|-------------------------|-----|
| 1. PÉRDIDA (ABORTO) | |
| 2. NACIDO MUERTO -----> | 525 |
| 3. NACIDO VIVO -----> | 533 |
-
515. En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? **P515DES**
- | |
|-----------------------|
| 1. QUERÍA ENTONCES |
| 2. ESPERAR MÁS TIEMPO |
| 3. NO LO QUERÍA |
-
516. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada? **P516CONP**
- | |
|-------|
| 1. SI |
| 2. NO |
-
517. ¿A los cuántos meses se le vino su último embarazo? _____ MESES
 9. NS/NR
P517TIE
-
518. Cuando tuvo la pérdida del embarazo, ¿Tuvo usted...
 (LÉALE UNA A UNA)
- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>NS/NR</u> | |
|--|-----------|-----------|--------------|--------------|
| a. Dolores intensos del vientre? . . . | 1 | 2 | 9 | P518A |
| b. Sangramiento intenso? (hemorragia). | 1 | 2 | 9 | P518B |
| c. Fiebre o calentura alta? | 1 | 2 | 9 | P518C |
| d. Sangramiento o manchado prolongado? | 1 | 2 | 9 | P518D |
| e. Flujos o líquidos vaginales con mal olor? | 1 | 2 | 9 | P518E |
-
519. ¿Recibió atención cuando tuvo la pérdida? **P519ATEN**
- | | |
|-----------------|-----|
| 1. SI | |
| 2. NO -----> | 524 |
| 9. NS/NR -----> | 524 |
-
520. ¿En qué lugares le atendieron?
 (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- | | | |
|--------------|-------------------------------------|-----|
| P520A | 1. HOSPITAL DEL MSPAS | |
| P520B | 2. HOSPITAL DEL ISSS | |
| P520C | 3. HOSPITAL PRIVADO | |
| P520D | 4. UNIDAD DE SALUD DEL MSPAS | |
| P520E | 5. UNIDAD MÉDICA (CLÍNICA) DEL ISSS | |
| P520F | 6. CLÍNICA/CONSULTORIO PRIVADO | |
| P520G | 7. EN CASA | |
| P520H | 8. OTRO _____
(especifique) | |
| | 9. NS/NR -----> | 523 |

SI EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS MENCIONÓ HOSPITAL, CONTINÚE CON 521, CASO CONTRARIO PASE A 522
--

521. ¿Por cuánto tiempo estuvo ___ DÍAS
hospitalizada? P521HOS 00. MENOS DE UN DÍA

PASE A 523

522. ¿Porqué no fue a un hospital? P522HOS

1. NO LO CONSIDERÓ NECESARIO
2. DEMASIADO LEJOS/FALTA DE TRANSPORTE
3. PRIVACIDAD/ANONIMATO
4. POR PENA O VERGUENZA
5. FALTA DE DINERO
6. NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS
7. PAREJA/PARIENTES NO LE PERMITIERON
8. OTRO (especifique)
9. NS/NR

523. ¿Y para su tratamiento... (LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Recibió antibióticos?	1	2	9	P523A
b. Le hicieron legrado o raspado?. . .	1	2	9	P523B
c. Le pusieron sangre? (Transfusión) .	1	2	9	P523C
d. Le dieron o le hicieron algo más?	1	2	9	P523D
(especifique)				

524. Como consecuencia de este embarazo... (LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tuvo reglas irregulares?.	1	2	9	P524A
b. Tuvo problemas para salir embarazada?.	1	2	9	P524B
c. Le quitaron la matriz? (histerec- tomía)	1	2	9	P524C
d. Tuvo otro problema?_____	1	2	9	P524D
(especifique)				

PASE A 600

525. En ese embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? P525DES

1. QUERÍA ENTONCES
2. ESPERAR MÁS TIEMPO
3. NO LO QUERÍA

526. Durante ese mismo embarazo, ¿Tuvo algún control prenatal? P526CONP

1. SI
2. NO -----> 530

527. ¿Dónde tuvo su control? P527CONP

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
4. PARTERA
8. OTRO _____ (especifique)
9. NS/NR

528. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control? **P528COMP** ___ MESES
-
529. En total, ¿Cuántos controles tuvo? **P529COMP** ___ CONTROLES
-
530. Ese parto, ¿Fue a los 9 meses, antes de tiempo o después de tiempo? **P530PAR**
- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. ANTES DE TIEMPO | |
| 2. A LOS 9 MESES ----- | }-----> 532 |
| 3. DESPUÉS DE TIEMPO | |
| 9. NS/NR ----- | |
-
531. ¿Cuántas semanas antes de lo esperado tuvo el parto? **P531TIE** ___ SEMANAS
99. NO RECUERDA
-
532. ¿En qué lugar tuvo el parto? **P532LUG**
- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS | |
| 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS | |
| 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA | |
| 4. CASA DE PARTERA(O) | |
| 5. CASA PROPIA CON PARTERA(O) | |
| 6. CASA PROPIA CON OTROS | |
| 7. CASA PROPIA SIN NADIE | |
| 8. OTRO _____ | (especifique) |
| 9. NS/NR | |
-
533. ¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada? **P533ATAQ**
- | | |
|----------|--|
| 1. SI | |
| 2. NO | |
| 9. NS/NR | |
-
534. Antes de ese embarazo, ¿Le dijo alguien que usted tenía la presión alta? **P534PRES**
- | | |
|----------|--|
| 1. SI | |
| 2. NO | |
| 9. NS/NR | |
-
535. Y durante ese embarazo, ¿Le tomaron la presión? **P535PRES**
- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. SI | |
| 2. NO ----- | }-----> 537 |
| 9. NO RECUERDA ----- | |
-
536. ¿La presión era alta, normal o baja? **P536PRES**
- | | |
|----------------|--|
| 1. ALTA | |
| 2. NORMAL | |
| 3. BAJA | |
| 9. NO RECUERDA | |
-
537. ¿Durante ese embarazo... (LÉALE UNA A UNA)
- | | SI | NO | NS/NR | |
|--|----|----|-------|--|
| a. Tuvo anemia? (falta de hierro) . . | 1 | 2 | 9 | P537A
P537B
P537C
P537D |
| b. Se le hincharon los pies? | 1 | 2 | 9 | |
| c. Se le hinchó la cara? | 1 | 2 | 9 | |
| d. Tuvo visión borrosa? | 1 | 2 | 9 | |
| e. Tuvo dolor de cabeza fuera de lo normal? | 1 | 2 | 9 | P537E |
| f. Tuvo desmayos o pérdida del conocimiento? | 1 | 2 | 9 | P537F
P537G
P537H |
| g. Tuvo ardor o dolor al orinar? . . | 1 | 2 | 9 | |
| h. Tuvo ataques o convulsiones? . . . | 1 | 2 | 9 | |

538. En los últimos tres meses de su embarazo, ¿Tuvo sangramiento vaginal?	1. SI 2. NO ----- 9. NS/NR -----> 540	P538SAN
539. Con el sangramiento que tuvo, ¿Manchó sólo la ropa interior, Manchó también la ropa exterior o manchó hasta la ropa de cama?	1. ROPA INTERIOR 2. ROPA EXTERIOR 3. ROPA DE CAMA 9. NS/NR	P539MANC
540. Su último parto, ¿Fue por cesárea o no?	1. SI (CESAREA) -----> 544 2. NO (VAGINAL/NORMAL)	P540PAR
541. ¿Nació de cabeza, de pies o de nalgas?	1. DE CABEZA 2. DE PIES 3. DE NALGAS 9. NS/NR	P541NAC
542. ¿Le hicieron una herida (episiotomía) para facilitar el parto? (le unieron)	1. SI 2. NO	P542HER
543. ¿La placenta salió sin ayuda? (espontáneamente)	1. SI 2. NO 9. NS/NR	P543PLAC
PASE A 546		
544. ¿Porqué le hicieron la cesárea?	1. SANGRAMIENTO SEVERO 2. LABOR DURÓ DEMASIADO TIEMPO 3. BEBÉ EN POSICIÓN ANORMAL 4. PARTO ATRASADO 5. PROBLEMAS CON PARTOS ANTERIORES 6. PREFERENCIA PERSONAL 7. CESÁREA ANTERIOR 8. OTRO _____ (especifique)	P544CESA
545. La cesárea, ¿Fue programada o de emergencia?	1. PROGRAMADA -----> 551 2. DE EMERGENCIA	P545CESA
546. En su último embarazo, ¿Se le rompió la fuente antes de que le comenzaran los dolores de parto?	1. SI 2. NO -----> 548	P546FUE
547. ¿Cuánto tiempo antes de los dolores de parto se le rompió la fuente?	___ HORAS 99. NS/NR	P547TIE
548. En su último embarazo, ¿Cuánto tiempo duró el trabajo del parto desde las primeras contracciones fuertes?	___ HORAS 77. MÁS DE 1 DÍA 78. NO TUVO TRABAJO -----> 550 99. NS/NR	P548TIE

549. ¿Le dieron medicinas para empezar o apurar el trabajo de parto? P549MED

1. SI
2. NO
9. NS/NR

550. ¿Durante el parto...
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tuvo sangramiento intenso? . . .	1	2	9	P550A
b. Rompimiento del útero?	1	2	9	P550B
c. Presión alta?	1	2	9	P550C
d. Convulsiones o ataques?	1	2	9	P550D
e. Desmayos?	1	2	9	P550E
f. Fuertes dolores de cabeza? . . .	1	2	9	P550F
g. Visión borrosa?.	1	2	9	P550G
h. Fiebres o escalofríos?	1	2	9	P550H
i. Dolor en la boca del estómago? .	1	2	9	P550I

551. En los primeros días después del parto, ¿Le dieron tabletas de hierro? P551TAB

1. SI
2. NO

552. ¿Y vitaminas? P552VIT

1. SI
2. NO

553. ¿Como consecuencia del parto, durante los 40 días después...
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tuvo sangramiento intenso de la vagina?.	1	2	9	P553A
b. Fiebre o calentura alta?	1	2	9	P553B
c. Flujos o líquidos vaginales con mal olor?.	1	2	9	P553C
d. Dolor o ardor al orinar?	1	2	9	P553D
e. Infección de los pechos?	1	2	9	P553E

554. ¿En esos 40 días...
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Le pusieron sangre? (Transfusión).	1	2	9	P554A
b. Le hicieron legrado/raspado? . . .	1	2	9	P554B
c. Le dieron antibióticos?.	1	2	9	P554C

555. ¿Como resultado del parto...
(LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Tuvo después, reglas irregulares?.	1	2	9	P555A
b. Tuvo problemas para salir embarazada?.	1	2	9	P555B
c. Le quitaron la matriz? (histerec- tomía)	1	2	9	P555C
d. Tuvo otro problema? _____ (especifique)	1	2	9	P555D

VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

600. ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DEL MÉTODO)?
(MENCIONE UNO A UNO)
601. ¿Ha usado alguna vez (NOMBRE DEL MÉTODO)?
(MENCIONE UNO A UNO LOS QUE CONOCE)
602. ¿Usa actualmente (NOMBRE DEL MÉTODO)? (ÚLTIMOS 30 DÍAS)
(MENCIONE UNO A UNO LOS MÉTODOS QUE HA(N) USADO)

MÉTODO	600. HA OÍDO HABLAR		601. ALGUNA VEZ HA USADO		602. USA ACTUAL- MENTE	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Las Píldoras o pastillas anticonceptivas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. El DIU, Aparatito o T de Cobre?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. El Condón o preservativo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. La Inyección anticonceptiva?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Los Métodos vaginales (Jaleas/Espumas/Diafragma/Cremas/Óvulos/Tabletas)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. El NORPLANT o Implante? (Barritas en el brazo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. La Esterilización Femenina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. La Vasectomía o Esterilización Masculina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. El Método de Billings?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. El Ritmo, Calendario o control de la menstruación?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
11. El Método del Retiro? (él se retira cuando va a terminar)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
12. El Método de Lactancia y Amenorrea? (MELA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

ENTREVISTADORA:

ANTES DE PASAR A LA SIGUIENTE PÁGINA REVISE QUE EN 600 TODOS LOS MÉTODOS TENGAN CIRCULADO UNO DE LOS 2 CÓDIGOS, QUE EN 601 TODOS LOS MÉTODOS CON CÓDIGO 1 EN 600 TENGAN CIRCULADO UNO DE LOS 2 CÓDIGOS Y QUE EN 602 TODOS LOS MÉTODOS CON CÓDIGO 1 EN 601, TENGAN CIRCULADO UNO DE LOS 2 CÓDIGOS.

603. VEA PREGUNTAS 601 Y 602 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE

P603F

1. LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE -----> 621
2. LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS -----> 610
3. LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODO PERO NO USA ACTUALMENTE
-

604. ¿Cuál fue el último método que usó?
(usted o su pareja)

P604UMET

1. PASTILLAS
2. DIU
3. CONDÓN
4. INYECCIÓN
5. MÉTODOS VAGINALES
6. NORPLANT
7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8. VASECTOMÍA
9. MÉTODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
12. MELA
99. NS/NR
-

605. ¿Por qué razón dejó de usarlo?

P605RAZ

1. PARA EMBARAZARSE
2. SIN VIDA SEXUAL
3. TUVO EFECTOS COLATERALES
4. MIEDO A EFECTOS COLATERALES
5. EL COMPAÑERO SE OPUSO
6. RECOMENDACIÓN MÉDICA
7. NO FUE EFICAZ/LE FALLÓ
8. NO TUVO DINERO PARA COMPRAR
9. DESCUIDO
88. OTRA _____
(especifique)
99. NS/NR
-

606. ¿Cuál fue el primer método que usó?
(usted o su pareja)

P6061MET

1. PASTILLAS
2. DIU
3. CONDÓN
4. INYECCIÓN
5. MÉTODOS VAGINALES
6. NORPLANT
7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8. VASECTOMÍA
9. MÉTODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
12. MELA
99. NS/NR
-

607. ¿En qué mes y año comenzó a usarlo?

P607MES

MES -- _ AÑO -- _ _ P607ANO
99.99 NS/NR

608. ¿Y qué edad tenía usted entonces?

P608EDAD

-- _ AÑOS
99. NS/NR

609. Cuando usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO), ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía? --_HIJOS VIVOS
99. NS/NR P609HIJO

610. VEA EN 316, PÁG. 4 SI ESTÁ EMBARAZADA P610F

1. EMBARAZADA -----> 615
2. NO EMBARAZADA/NO SABE

611. ¿Hay alguna razón por la cual usted no puede quedar embarazada aunque quisiera? P611EMB

1. SI
2. NO -----
9. NO SABE -----> 613

612. ¿Cuál es la razón? P612NEMB

1. FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS Y NO PUEDE TENER MÁS HIJOS
2. MENOPAUSIA
3. YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁ QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO
4. YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA
5. ELLA/ÉL ES ESTÉRIL -----
6. SIN VIDA SEXUAL -----
7. LACTANDO -----> 615
8. OTRA _____
(especifique)

} ---> 700 PÁG. 35

613. ¿Porqué no está usando usted algún método anticonceptivo actualmente? P613NUSA

1. DESEA EMBARAZO -----
2. POSTPARTO O LACTANDO -----> 615
3. SIN VIDA SEXUAL -----
4. POR EDAD AVANZADA -----> 700 PÁG. 35
5. MIEDO A EFECTOS COLATERALES
6. TUVO EFECTOS COLATERALES
7. EL COMPAÑERO SE OPONE
8. RAZONES RELIGIOSAS
88. OTRA _____
(especifique)
99. NS/NR

614. ¿Desea usted usar algún método anticonceptivo actualmente? P614USAR

1. SI -----> 616
2. NO
9. NS/NR

615. Y en el futuro, ¿Le gustaría usar algún método? P615USAR

1. SI
2. NO -----> 700 PÁG. 35
9. NS/NR -----> 617

622. ¿Por cuánto tiempo ha tomado las pastillas anticonceptivas sin interrupción?

1. MESES — — —
2. AÑOS — — **P622TIE**

623. ¿Podría mostrarme el sobre de pastillas que está tomando?

P623PAS

1. MOSTRÓ EL SOBRE
2. NO LO MOSTRÓ

624. SI VIO EL SOBRE, CIRCULE EL CÓDIGO DE LA MARCA, SIN PREGUNTAR. SI NO LO VIO, PREGUNTE:

¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente?

P624MAR

0. NO CONOCE LA MARCA
1. EUGYNON
2. GYNOVIN
3. LO-FEMENAL
4. MICROGYNON
5. MINIGYNON
6. MINULET
7. NEOGYNON
8. NORDETTE
9. NORIDAY
10. NORMINEST
11. OVRAL
12. PERLA
13. TRINORDIOL
14. TRIQUILAR
88. OTRA _____
(especifique)

625. ¿Cuánto le cuesta cada sobre (ciclo) de estas pastillas?

P625PAS

- —. — — COLONES
- 00.00. GRATIS -----
- 99.99. NS/NR -----> 627

626. ¿Este precio le parece, caro, apropiado o barato?

P626PRE

1. CARO
2. APROPIADO (ESTÁ BIEN)
3. BARATO
9. NS/NR

627. ¿Qué debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla anticonceptiva?

P627PAS

1. TOMAR DOS PASTILLAS EL DÍA SIGUIENTE Y CONTINUAR EL MISMO SOBRE
2. CONTINUAR TOMANDO LAS PASTILLAS Y USAR OTRO MÉTODO
3. USAR OTRO MÉTODO HASTA INICIAR UN NUEVO CICLO
4. ESPERAR LA MENSTRUACIÓN Y SEGUIR EL USO CON UN NUEVO SOBRE
8. OTRO _____
(especifique)
9. NS/NR

PASE A 651

628. ¿Por cuánto tiempo ha estado usando el DIU o aparatito?

P628TIE

1. MESES — — —
2. AÑOS — —

638. ¿Cuál es la marca de inyección que usted usa actualmente?

P638MAR

1. CICLOFEMINA
2. DEPOPROVERA
3. DEPROXONE
4. MESIGYNA
5. NOMAGEST
6. NORISTERAT
7. NOVULAR
8. TOPASEL
9. YECTAMES
88. OTRA: _____
(especifique)
99. NS/NR

639. ¿Cuánto le cuesta cada inyección?

P639INY

___ ___. ___ COLONES
000.00. GRATIS -----> 651
999.99. NS/NR ----->

640. Este precio, ¿Incluye la jeringa?

P640INY

1. SI
2. NO
9. NS/NR

641. Este precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?

P641PRE

1. CARO
2. APROPIADO (ESTÁ BIEN)
3. BARATO
9. NS/NR

PASE A 651

642. ¿En qué mes y año le operaron?

MES AÑO
99.99 NS/NR

643. ¿Qué edad tenía usted cuando le operaron?

___ ___. AÑOS

644. ¿Cuánto pagó por la operación?

P644OPER

___ ___. ___ COLONES
00.00 GRATIS -----> 646
99.99 NS/NR ----->

645. Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?

P645PRE

1. CARO
2. APROPIADO (ESTÁ BIEN)
3. BARATO
9. NS/NR

646. ¿Adónde fue a que le hicieran la operación?

P646DON

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. CLÍNICA PRO-FAMILIA (ADS)
4. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA
8. OTRO LUGAR _____
(especifique)
9. NS/NR

PASE A 653

647. ¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual?

(ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES DIFERENTE QUE OPCIONES 1-6, LEA OPCIONES 1-6)

P647CICL

1. UNA SEMANA ANTES DE QUE LA REGLA COMIENZE
2. DURANTE LA REGLA
3. UNA SEMANA DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE
4. DOS SEMANAS DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE
5. TRES SEMANAS DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE
6. NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL
8. OTRO _____
(especifique)
9. NS/NR

648. ¿Cuánto tiempo ha usado (NOMBRE DEL MÉTODO QUE USA) sin interrupción?

1. MESES ___ ___
2. AÑOS ___ ___

P648TIE

649. ¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO QUE USA) antes de iniciar el uso?

P649DON

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. CLÍNICA PRO-FAMILIA (ADS)
4. CLÍNICA O MÉDICO PARTICULAR
5. IGLESIA
6. ESPOSO/COMPAÑERO
8. OTRO _____
(especifique)
9. NO SABE

PASE A 653

650. ¿Cuánto tiempo ha usado este método sin interrupción?

P650TIE

1. MESES ___ ___
2. AÑOS ___ ___

651. ¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?

P651DON

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. PUESTO PRO-FAMILIA (ADS)
4. CLÍNICA PRO-FAMILIA (ADS)
5. CLÍNICA O MÉDICO PARTICULAR
6. FARMACIA
7. PROMOTOR(A) MSPAS
8. PROMOTOR(A) ONG: _____
(especifique)
88. OTRO _____
(especifique)
99. NO SABE -----> 653

652. ¿Cuánto tiempo tarda normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?

P652TIE

1. MINUTOS ___ ___
2. HORAS ___ ___

653. Si en este momento usted pudiera elegir, ¿Preferiría usar otro método o seguiría usando el mismo?

P653oMET

1. PREFERIRÍA OTRO
2. EL MISMO -----
3. NO USARÍA NINGUNO -----
9. NO SABE -----> 656

654. ¿Cuál método preferiría usar?

P654MET

1. PASTILLAS
2. DIU
3. CONDÓN
4. INYECCIÓN
5. MÉTODOS VAGINALES
6. NORPLANT
7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8. VASECTOMÍA
9. MÉTODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
12. MELA
99. NO SABE

655. ¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?

P655RAZ

1. FALTA DE DINERO
2. ES MÁS PRÁCTICO PARA ELLA
3. ES MÁS BARATO
4. SIN DIFICULTAD DE USO
5. RECOMENDACIÓN MÉDICA
6. RECOMENDACIÓN (AMIGA/PARIENTE)
7. RAZONES RELIGIOSAS
8. FALTA DE TIEMPO
9. TAMBIÉN PROTEGE DE EST
10. ES DEFINITIVO
11. NO HAY CERCA
12. PREFERENCIA DEL CONYUGE
13. MIEDO A EFECTOS COLATERALES
14. FALTA DE INFORMACIÓN
88. OTRO _____
(especifique)
99. NO SABE

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

P6561MET

1. PASTILLAS
2. DIU
3. CONDÓN
4. INYECCIÓN
5. MÉTODOS VAGINALES
6. NORPLANT
7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8. VASECTOMÍA -----> 700 PÁG. 35
9. MÉTODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
12. MELA
99. NO RECUERDA

657. ¿En qué mes y año comenzó a usarlo?

P657MES

P657ANO

MES ___ AÑO ___

99.99 NS/NR

658. ¿Y qué edad tenía entonces?

P658EDA

___ AÑOS

99. NS/NR

659. Cuando usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO), ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?

___ HIJOS VIVOS

99. NS/NR

P659HIJ

-
713. VEA EN 316 PÁG. 4 SI HA TENIDO EMBARAZO (SI SUMA TOTAL ES DIFERENTE DE CERO Ó IGUAL A CERO) P713F
1. DIFERENTE DE CERO
2. IGUAL A CERO -----> 742
-
714. ¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez? P714EDA ___ __ AÑOS
-
715. Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada? P715EMB
1. SI -----> 717
2. NO
-
716. ¿Porqué no? P716RAZ
1. ERA LA PRIMERA VEZ
2. NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES
3. USÓ ANTICONCEPTIVOS
4. CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL
5. CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD
6. SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA
8. OTRA _____
(especifique)
-
717. En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? P717DES
1. QUERÍA EN ESE MOMENTO
2. ESPERAR MÁS TIEMPO
3. NO LO QUERÍA
9. NS/NR
-
718. ¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez? P718EDA ___ __ AÑOS
99. NO SABE
-
719. ¿Qué era de usted esa persona? P719REL
1. ESPOSO/COMPAÑERO -----> 723
2. NOVIO
3. AMIGO
4. FAMILIAR
5. DESCONOCIDO
6. PADRASTRO
8. OTRO _____
(especifique)
9. NO RESPONDE
-
720. ¿Con quién vivía cuando se dio cuenta del primer embarazo? P720EMB
1. PADRES
2. PARIENTES
3. AMIGOS(AS)
4. SOLA
8. OTRO _____
(especifique)
9. NO RESPONDE
-

721. ¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo?	P721FAM	<ol style="list-style-type: none"> 1. QUERÍAN CASAMIENTO/LE OBLIGARON A CASARSE 2. ACEPTARON EMBARAZO EN FORMA NORMAL 3. FAMILIA IBA A CRIAR AL NIÑO 4. LA CORRIERON DE LA CASA 5. QUE NO LO TUVIERA 6. NO LO SUPIERON 7. INDIFERENCIA 8. OTRA _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
722. ¿Cuál fue la reacción de su pareja cuando supo que usted estaba embarazada?	P722PAR	<ol style="list-style-type: none"> 0. NO SUPO 1. CONTENTO 2. ENOJADO 3. PREOCUPADO 4. QUE LO TUVIERA SOLA 5. FUE VIOLADA 6. INDIFERENCIA 7. SE CASARÍA/ACOMPañARÍA 8. OTRA _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
723. ¿Tuvo (ha tenido) algún control prenatal en su primer embarazo?	P723CONT	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO -----> 725
724. ¿A los cuántos meses de embarazo se hizo el primer control?	P724CONT	<p>___ MESES</p>
725. ¿Cuántos meses le duró el (tiene de) embarazo?	P725EMB	<p>___ MESES</p>
726. Con su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, nacido muerto, o fue una pérdida o aborto?	P726HIJO	<ol style="list-style-type: none"> 1. NACIDO VIVO 2. NACIDO MUERTO 3. PÉRDIDA (ABORTO) 4. AÚN EMBARAZADA -----> 728
727. ¿Con quién vivía después de que terminó este embarazo?	P727FEMB	<ol style="list-style-type: none"> 1. ESPOSO/COMPañERO 2. PADRES 3. PARIENTES 4. AMIGOS(AS) 5. SOLA 8. OTRO _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
728. ¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	P728ESTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO ----- 3. NUNCA ESTUDIÓ -----> 734
729. ¿Interrumpió sus estudios?	P729ESTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO

730. VEA EN 726 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO P730F 1. YA TERMINÓ
2. AÚN EMBARAZADA -----> 734

731. ¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo? P731ESTU 1. SI -----> 733
2. NO

732. ¿Porqué no siguió asistiendo? P732RAZ 1. NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO
2. YA NO LE QUEDABA TIEMPO
3. EL NIÑO ERA MUY ENFERMO
4. OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPAÑERO
5. ACOSO SEXUAL
6. NO LA ADMITIERON/FUE EXPULSADA
7. PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA
8. TENÍA QUE TRABAJAR
9. CAMBIÓ DE RESIDENCIA
88. OTRA _____
(especifique)

PASE A 734

733. ¿Al cuánto tiempo después de que terminó este embarazo volvió a asistir a clases? P733TIE 1. MESES__ __
2. AÑOS__ __
777. AÚN NO ASISTE

734. Al momento que supo que estaba embarazada, ¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago? P734TRA 1. SI
2. NO -----> 742

735. ¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo? P735EMB 1. SI
2. NO

736. VEA EN 730 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO P736F 1. YA TERMINÓ
2. AÚN EMBARAZADA -----> 742

737. ¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo? P737TRA 1. SI -----> 739
2. NO

738. ¿Porqué no volvió a trabajar? P738RAZ 1. NO TENÍA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO
2. YA NO LE QUEDABA TIEMPO
3. EL NIÑO ERA MUY ENFERMO
4. OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPAÑERO
5. ACOSO SEXUAL
6. FUE DESPEDIDA
7. PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA
8. ERA EMPLEO TEMPORAL
9. CAMBIÓ DE RESIDENCIA
88. OTRO _____
(especifique)

PASE A 742

739. ¿Al cuánto tiempo después de que terminó el embarazo volvió a trabajar? 1. MESES ___ ___
2. AÑOS ___ ___

P739TIE

PASE A 742

740. ¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?

P740MES

P740ANO

MES ___ ___ AÑO ___ ___

22.22. NUNCA HA TENIDO RELACIONES

SEXUALES -----> 746

99.99. NS/NR

741. ¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?

___ ___ AÑOS

P741EDA

742. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? (coito)

1. DIAS ___ ___ ___ ___

2. SEMANAS ___ ___ ___ ___

3. MESES ___ ___ ___ ___

4. AÑOS ___ ___ ___ ___

555. ANTES DEL ÚLTIMO PARTO/EMBARAZO

999. NS/NR

P742TIE

743. ¿Alguna vez ha sido forzada por alguien a tener relaciones sexuales?

1. SI

2. NO -----> 746

P743RS

744. ¿Por quién o quiénes?

(PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)

P744A

P744B

P744C

P744D

P744E

P744F

P744G

P744H

P744I

P744J

1. ESPOSO/COMPAÑERO

2. PADRE

3. HERMANO

4. PADRASTRO

5. OTROS PARIENTES

6. AMIGOS/VECINOS

7. PATRONOS

8. COMPAÑEROS DE TRABAJO

9. DESCONOCIDOS

88. OTRO _____

(especifique)

99. NS/NR

745. ¿Qué edad tenía cuando ésto le sucedió la primera vez?

___ ___ AÑOS

99. NS/NR

P745EDA

746. ¿Hace cuántos meses tuvo su última regla?

___ ___ MESES

44. ESTE MES/MES PASADO

45. YA NO MENSTRÚA

46. ANTES DEL ÚLTIMO (ACTUAL) EMBARAZO

47. NUNCA HA MENSTRUADO

P746MES

747. ¿Está usted acompañada, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?

P747EST

- 1. ACOMPAÑADA
 - 2. CASADA
 - 3. VIUDA -----
 - 4. SEPARADA
 - 5. DIVORCIADA
 - 6. SOLTERA -----
- } ---> 751

748. ¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?

P748EDA

- ___ __ AÑOS
99. NS/NR

749. ¿Cuál fue el grado o año más alto de estudios que aprobó su esposo/compañero? (¿En qué nivel de estudios?)

- | NIVEL | P749NIV | GRADO O AÑO | P749GRA |
|-----------------|----------------|-------------------|----------------|
| 0. NINGUNO | | 0 | |
| 1. PRIMARIA | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | |
| 2. BACHILLERATO | | 1 2 3 4 | |
| 3. SUPERIOR | | 1 2 3 4+ | |
| 9. NO SABE | | 9 | |

750. ¿Está de acuerdo él en que usted use anticonceptivos o la esterilización?

P750USO

- 1. SI
- 2. NO
- 9. NS/NR

751. ¿Cuántas veces ha estado usted casada o acompañada?

P751CAS

- ___ VECES
0. NINGUNA -----> 800

752. ¿En qué mes y año se casó/acompañó usted (por primera vez)?

- P752MES** **P752ANO**
MES ___ __ AÑO ___ __
99.99 NO RECUERDA

753. ¿Qué edad tenía usted cuando se casó o acompañó (por primera vez)?

P753EDA

- ___ __ AÑOS
-

VIII. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS/SIDA)

800. ¿Ha oído hablar de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual? P800ETS 1. SI
2. NO -----> 802

801. ¿De cuáles enfermedades venéreas o de transmisión sexual ha oído hablar?

ENTREVISTADORA: - EN COLUMNA P. 801 CIRCULE EL CÓDIGO 1 PARA CADA ENFERMEDAD QUE MENCIONE EXPONTANEAMENTE LA ENTREVISTADA.
- PARA CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA 802. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO, CIRCULE EL CÓDIGO 3.

ENFERMEDAD	P. 801P.		802 ¿Ha oído hablar de...		
	EXPONTÁNEO		DIRIGIDO	NO CONOCE	
a. SÍFILIS (CHANCRO)	1	P801A	2	P802A	3
b. GONORREA (PURGACIÓN)	1	P801B	2	P802B	3
c. SIDA	1	P801C	2	P802C	3
d. HERPES GENITAL	1	P801D	2	P802D	3
e. CONDILOMAS (CABALLITOS)	1	P801E	2	P802E	3
f. LEUCORREA (FLUJOS)	1	P801F	2	P802F	3
g. OTRAS: _____ (especifique)	1	P801G	2	P802G	3

SI TODOS LOS LITERALES TIENEN CIRCULADO EL CÓDIGO 3, PASE A 900

803. ¿Qué complicaciones pueden dar estas enfermedades en la salud de la mujer?
(PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)

P803A 1. INFERTILIDAD/ESTERILIDAD
P803B 2. ABORTOS
P803C 3. PARTOS PREMATUROS
P803D 4. DEFECTOS CONGÉNITOS
P803E 5. LA MUERTE
P803F 8. OTRAS _____
(especifique)
 9. NS/NR

804. Si usted padeciera o sospechara que tiene alguna de estas enfermedades, ¿Adónde iría para recibir tratamiento?

P804TRAT

0. NUNCA HA PENSADO EN ESO
 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA
 4. PROMOTOR MSPAS
 5. PROMOTOR ONG _____
(especifique)
 6. FARMACIAS
 7. FAMILIAR/AMIGO
 8. OTRO: _____
(especifique)
 9. NS/NR

805. VEA EN PREGUNTAS 801 Y 802 SI HA OÍDO HABLAR DEL SIDA.

P805F

1. CONOCE ESPONTANEO
 2. CONOCE DIRIGIDO
 3. NO CONOCE -----> 900

812. VEA EN 706 Ó 740 SEGÚN CORRESPONDA, SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES

P812F

1. SI
2. NO -----> 900

813. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón?

P813CON

0. NO CONOCE EL CONDÓN -----> 900
1. SI
2. NO -----> 815
3. NO RESPONDE -----> 816

814. ¿Ha usado el condón para... (LÉALE UNA A UNA)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NO SABE</u>	
a. Evitar el embarazo?	1	2	9	P814A P814B
.	1	2	9	
b. El SIDA?.	1	2	9	P814C P814D
.	1	2	9	
c. Otras enfermedades de transmisión sexual?	1	2	9	
.				
d. O por otra razón? _____ (especifique)				

PASE A 816

815. ¿Porqué razón nunca ha usado el condón?

P815CON

0. NO HA VUELTO A TENER RELACIONES
1. NO SABE DONDE OBTENERLO
2. DIFÍCIL DE OBTENER
3. ES CARO/COSTO
4. TIENE UNA SOLA PAREJA
5. USA OTRO MÉTODO
6. DISMINUYE EL PLACER/ES INCÓMODO
7. NO ES SEGURO
8. ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO
9. SU PAREJA ES FIEL
10. A SU PAREJA NO LE GUSTA
88. OTRA _____
(especifique)

816. Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?

P816CON

0. NO TIENE PAREJA -----> 900
1. SI
2. NO
9. NO SABE

817. Y si usted fuera quien pidiera a su pareja que usaran el condón, ¿Cómo cree que reaccionaría él?

P817CON

1. SE MOLESTARÍA
2. ACEPTARÍA
3. ME TRATARÍA MAL
4. OTRO: _____
(especifique)
9. NO SABE

IX. MORTALIDAD MATERNA

900. ¿Cuántas hermanas tuyas que sean de su **misma mamá**, están vivas actualmente? ___ HERMANAS
P900HER 00. NINGUNA -----
99. NS/NR -----> 902

901. ¿Podría decirme sus nombres y los años que han cumplido, comenzando por la de mayor edad?

	<u>No.</u>	<u>NOMBRES</u>	<u>AÑOS CUMPLIDOS</u>
	1.	_____	___
	2.	_____	___
	3.	_____	___
	4.	_____	___
	5.	_____	___
	6.	_____	___
	7.	_____	___
	8.	_____	___

P901EDA1

P901EDA2

P901EDA3

P901EDA4

P901EDA5

P901EDA6

P901EDA7

P901EDA8

902. Desde 1980 hasta la fecha, ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su **misma mamá** han fallecido? ___ HERMANAS
P902HEFA 00. NINGUNA -----
99. NS/NR -----> 1000

903. ¿Podría decirme el(los) nombre(s) de la(s) hermana(s) que murió(eron), comenzando por la que murió por último?

ENTREVISTADORA:
 SI MURIÓ MÁS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES DEJANDO POR ÚLTIMO LA QUE MURIÓ PRIMERO.

ANOTE NOMBRE(S)	1	2	3	4	5
904. ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	___ AÑOS P904TIE1 00. < 1 AÑO	___ AÑOS P904TIE2 00. < 1 AÑO	___ AÑOS P904TIE3 00. < 1 AÑO	___ AÑOS P904TIE4 00. < 1 AÑO	___ AÑOS P904TIE5 00. < 1 AÑO
905. ¿Cuántos años cumplidos tenía(NOMBRE) cuando falleció?	___ AÑOS P905EDA1 11 A 54 AÑOS, CONTINUE OTRA EDAD --> SIG. COL.	___ AÑOS P905EDA2 11 A 54 AÑOS, CONTINUE OTRA EDAD --> SIG. COL.	___ AÑOS P905EDA3 11 A 54 AÑOS, CONTINUE OTRA EDAD --> SIG. COL.	___ AÑOS P905EDA4 11 A 54 AÑOS, CONTINUE OTRA EDAD --> SIG. COL.	___ AÑOS P905EDA5 11 A 54 AÑOS, CONTINUE OTRA EDAD --> 1000
906. Cuando murió (NOMBRE), ¿Estaba... (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)	1. MSPAS P906DON1 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMINO 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. MSPAS P906DON2 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMINO 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. MSPAS P906DON3 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMINO 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. MSPAS P906DON4 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMINO 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR	1. MSPAS P906DON5 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMINO 8. OTRO _____ (especif.) 9. NS/NR
907. ¿Murió (NOMBRE)... (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)	1. EMBARAZO P907COM1 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/ POST-ABORTO 8. OTRO _____ (especif.)	1. EMBARAZO P907COM2 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/ POST-ABORTO 8. OTRO _____ P908HIJ2 (especif.)	1. EMBARAZO P907COM3 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/ POST-ABORTO 8. OTRO _____ P908HIJ3 (especif.)	1. EMBARAZO P907COM4 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/ POST-ABORTO 8. OTRO _____ P908HIJ4 (especif.)	1. EMBARAZO P907COM5 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/ POST-ABORTO 8. OTRO _____ P908HIJ5 (especif.)
908. ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	___ HIJOS P908HIJ1 PASE A SIG. COL.	___ HIJOS PASE A SIG. COL.	___ HIJOS PASE A SIG. COL.	___ HIJOS PASE A SIG. COL.	___ HIJOS PASE A SIG. COL.

X. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS NACIDOS ENTRE 1983 Y 1991

1000. VEA EN 325c Y 325d, CUANTOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS
NACIERON A PARTIR DE 1983 HASTA 1991.

___ __ HIJOS

00. NINGUNO -----> 1100

P1000F

IDENTIFIQUE EN PÁGINAS 6 Y 7 LOS HIJOS QUE NACIERON A PARTIR DE 1983 A 1991 (325c) Y SI ESTÁN VIVOS O MUERTOS (325d) Y ANOTE EN LA LÍNEA DE PREGUNTA 1001 LOS NOMBRES DE **LOS QUE ESTÉN VIVOS**, EMPEZANDO POR EL MENOR DE ELLOS.

PREGUNTAS	ÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	PENÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	TERCERO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	CUARTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	QUINTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992
1001. NOMBRE	_____	_____	_____	_____	_____
1002. AÑO DE NACIMIENTO	__ __ P1002_1	__ __ P1002_2	__ __ P1002_3	__ __ P1002_4	__ __ P1002_5
1003. ¿Ha asistido (NOMBRE) a algún grado de primaria?	1. SI P1003_1 2. NO -----> 1011 9. NS/NR --> SIGUIENTE COL.	1. SI P1003_2 2. NO -----> 1011 9. NS/NR --> SIGUIENTE COL.	1. SI P1003_3 2. NO -----> 1011 9. NS/NR --> SIGUIENTE COL.	1. SI P1003_4 2. NO -----> 1011 9. NS/NR --> SIGUIENTE COL.	1. SI P1003_5 2. NO -----> 1011 9. NS/NR --> 1100
1004. ¿Qué edad tenía cuando comenzó el primer grado?	__ __ AÑOS P1004_1	__ __ AÑOS P1004_2	__ __ AÑOS P1004_3	__ __ AÑOS P1004_4	__ __ AÑOS P1004_5
1005. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que ha aprobado (NOMBRE)?	____ P1005_1 99. NS/NR	____ P1005_2 99. NS/NR	____ P1005_3 99. NS/NR	____ P1005_4 99. NS/NR	____ P1005_5 99. NS/NR
1006. ¿Asiste actualmente a la escuela o colegio?	1. SI P1006_1 2. NO ----> 1009 9. NO SABE --> SIG. COL.	1. SI P1006_2 2. NO ----> 1009 9. NO SABE --> SIG. COL.	1. SI P1006_3 2. NO ----> 1009 9. NO SABE --> SIG. COL.	1. SI P1006_4 2. NO ----> 1009 9. NO SABE --> SIG. COL.	1. SI P1006_5 2. NO ----> 1009 9. NO SABE --> 1100
1007. La escuela o colegio donde estudia, ¿Es pública(o) o privada(o)?	1. PÚBLICA(O) P1007_1 2. PRIVADA(O)	1. PÚBLICA(O) P1007_2 2. PRIVADA(O)	1. PÚBLICA(O) P1007_3 2. PRIVADA(O)	1. PÚBLICA(O) P1007_4 2. PRIVADA(O)	1. PÚBLICA(O) P1007_5 2. PRIVADA(O)
1008. ¿Cuánto paga mensualmente por la colegiatura de (NOMBRE)?	__ __ __ __ COLONES P1008_1 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	__ __ __ __ COLONES P1008_2 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	__ __ __ __ COLONES P1008_3 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	__ __ __ __ COLONES P1008_4 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	__ __ __ __ COLONES P1008_5 9999. NS/NR (PASE A 1100)
1009. ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	__ __ AÑOS P1009_1	__ __ AÑOS P1009_2	__ __ AÑOS P1009_3	__ __ AÑOS P1009_4	__ __ AÑOS P1009_5

PREGUNTAS	ÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	PENÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	TERCERO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	CUARTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	QUINTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992
1010. ¿Porqué abandonó la escuela o colegio?	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 5. YA NO HABÍA GRADO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_1 8. POR BAJO RENDIMIENTO 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO 88. OTRA _____ (especif.) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 5. YA NO HABÍA GRADO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_2 8. POR BAJO RENDIMIENTO 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO 88. OTRA _____ (especif.) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 5. YA NO HABÍA GRADO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_3 8. POR BAJO RENDIMIENTO 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO 88. OTRA _____ (especif.) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 5. YA NO HABÍA GRADO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_4 8. POR BAJO RENDIMIENTO 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO 88. OTRA _____ (especif.) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 5. YA NO HABÍA GRADO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_5 8. POR BAJO RENDIMIENTO 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO 88. OTRA _____ (especif.) 99. NS/NR (PASE A 1100)
1011. ¿Porqué no asistió (asiste) a la escuela o colegio?	0. NO TIENE LA EDAD 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 4. CAMBIO DE DOMICILIO 5. CERRARON LA ESCUELA/ COLEGIO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_1 8. OTRA _____ (especif.) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 4. CAMBIO DE DOMICILIO 5. CERRARON LA ESCUELA/ COLEGIO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_2 8. OTRA _____ (especif.) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 4. CAMBIO DE DOMICILIO 5. CERRARON LA ESCUELA/ COLEGIO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_3 8. OTRA _____ (especif.) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 4. CAMBIO DE DOMICILIO 5. CERRARON LA ESCUELA/ COLEGIO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_4 8. OTRA _____ (especif.) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/ MENTAL 2. PROBLEMAS FAMILIARES 3. PROBLEMAS DE LA ESCUELA 4. CAMBIO DE DOMICILIO 5. CERRARON LA ESCUELA/ COLEGIO 6. TENÍA QUE TRABAJAR 7. MUY LEJOS P1010_5 8. OTRA _____ (especif.) 9. NS/NR

XI. VIVIENDA

1100. ¿De qué tipo de servicio de agua disponen en esta casa?

P1100AGU

- 1. CHORRO PARTICULAR -----|-----> 0
- 2. CHORRO COMPARTIDO (COMÚN) -----> 0
- 3. CHORRO PÚBLICO
- 4. CHORRO DE VECINO
- 5. POZO PRIVADO -----> 0
- 6. POZO PÚBLICO
- 7. RIO, LAGO O MANANTIAL
- 8. DE PIPA -----> 0
- 88. OTRO _____
(especifique)

1101. ¿A qué distancia de aquí queda la fuente de donde obtienen el agua?

P1101FUE

- 1. METROS ___ ___ ___
- 2. CUADRAS ___ ___ ___
- 3. KILOMETROS ___ ___ ___

1102. El agua que toman en esta vivienda, ¿Es envasada, filtrada, aquí le ponen cloro, la hierven o la toman tal como viene?

P1102AGU

- 1. ENVASADA (ELECTROPURA)
- 2. FILTRADA
- 3. LA CLORAN
- 4. LA HIERVEN
- 5. LA TOMAN TAL COMO VIENE
- 8. OTRO _____
(especifique)

1103. TIPO DE VIVIENDA:

P1103VIV

(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

- 1. CASA INDEPENDIENTE
- 2. APARTAMENTO
- 3. PIEZA DE CASA INDIVIDUAL ---
- 4. PIEZA DE MESÓN -----> 0
- 5. RANCHO O CHOZA
- 6. VIVIENDA IMPROVISADA
- 8. OTRO _____
(especifique)

1104. ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene ésta casa, principalmente para dormir?

P1104DOR

- ___ ___ CUARTOS
- 97. NO TIENE DIVISIONES

1105. ¿Para cocinar, lo que más usan es: Electricidad, gas propano, gas (Kerosene) o leña?

P1105COC

- 0. NO COCINAN
- 1. ELECTRICIDAD
- 2. GAS PROPANO
- 3. GAS (KEROSENE)
- 4. LEÑA
- 8. OTRO _____
(especifique)

1106. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa?

P1106SSH

- 0. NO TIENE
- 1. LETRINA
- 2. INODORO
- 8. OTRO _____
(especifique)

1107. MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO
(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

P1107TEC

1. CONCRETO (PLAFÓN)
2. TEJA DE BARRO/CEMENTO
3. LÁMINA DE ASBESTO (DURALITA)
4. LÁMINA METÁLICA
5. PAJA/PALMA
6. PLÁSTICO/CARTÓN
8. OTRO MATERIAL _____
(especifique)

1108. MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES
(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

P1108PAR

1. CONCRETO (MIXTO)
2. BAHAREQUE
3. ADOBE
4. MADERA
5. LÁMINA
6. PAJA/PALMA
7. PLÁSTICO/CARTÓN
8. OTRO MATERIAL _____
(especifique)

1109. MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO
(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

P1109PIS

1. LADRILLO DE CEMENTO
2. LADRILLO DE BARRO
3. CEMENTO
4. TIERRA
8. OTRO MATERIAL _____
(especifique)

1110. ¿Qué hacen con la basura que sale de
ésta casa?

P1110BAS

1. SERVICIO MUNICIPAL
2. SERVICIO PARTICULAR
3. LA ENTIERRAN
4. LA QUEMAN
5. LA TIRAN AL PATIO/SOLAR
6. LA TIRAN AL RIO/QUEBRADA
8. OTRO _____
(especifique)

1111. ¿Podría decirme si en esta vivienda
tienen:

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| a. Luz eléctrica? | 1 | 2 |
| b. Televisor? | 1 | 2 |
| c. Refrigeradora? | 1 | 2 |
| d. Teléfono? | 1 | 2 |
| e. Automóvil? (carro o pickup). . . | 1 | 2 |

SI NO

P1111A
P1111B
P1111C
P1111D
P1111E

1112. VEA EN 400 PÁG. 9 SI EL ÚLTIMO NACIDO
VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1993

P1112F

0. NO APLICÓ 400 ----->
1. ANTES DE ENERO DE 1993 ----> FIN DE ENTREVISTA
2. A PARTIR DE ENERO DE 1993

XII. INDICADORES DE NUTRICIÓN MATERNO INFANTIL

VEA EN 423 Y 424 PÁG. 12 Y COPIE LOS NOMBRES DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 COMO ESTÁN EN EL CUADRO.

	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
NOMBRE					
1200. ESTÁ VIVO (VEA EN 424)	1. VIVO P1200_1 2. MUERTO --> SIGUIENTE COLUMNA	1. VIVO P1200_2 2. MUERTO --> SIGUIENTE COLUMNA	1. VIVO P1200_3 2. MUERTO --> SIGUIENTE COLUMNA	1. VIVO P1200_4 2. MUERTO --> SIGUIENTE COLUMNA	1. VIVO P1200_5 2. MUERTO ----> 1216
1201. ¿VIVE CON USTED (NOMBRE)?	1. SI P1201_1 2. NO ----> SIGUIENTE COLUMNA	1. SI P1201_2 2. NO ----> SIGUIENTE COLUMNA	1. SI P1201_3 2. NO ----> SIGUIENTE COLUMNA	1. SI P1201_4 2. NO ----> SIGUIENTE COLUMNA	1. SI P1201_5 2. NO ----> 1216
1202. FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 325c PÁG. 6)	DÍA ___ ___ P1202D_1 MES ___ ___ P1202M_1 AÑO ___ ___ P1202A_1	DÍA ___ ___ P1202D_2 MES ___ ___ P1202M_2 AÑO ___ ___ P1202A_2	DÍA ___ ___ P1202D_3 MES ___ ___ P1202M_3 AÑO ___ ___ P1202A_3	DÍA ___ ___ P1202D_4 MES ___ ___ P1202M_4 AÑO ___ ___ P1202A_4	DÍA ___ ___ P1202D_5 MES ___ ___ P1202M_5 AÑO ___ ___ P1202A_5
1203. ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	1. < 3 MESES ----> SGTE. COL. 2. DE 3 A 59 MESES --> 1209 3. > 59 MESES --> SGTE. COL. P1203_1	1. < 3 MESES ----> SGTE. COL. 2. DE 3 A 59 MESES --> 1209 3. > 59 MESES --> SGTE. COL. P1203_2	1. < 3 MESES ----> SGTE. COL. 2. DE 3 A 59 MESES --> 1209 3. > 59 MESES --> SGTE. COL. P1203_3	1. < 3 MESES ----> SGTE. COL. 2. DE 3 A 59 MESES --> 1209 3. > 59 MESES --> SGTE. COL. P1203_4	1. < 3 MESES ----> 1216 2. DE 3 A 59 MESES --> 1209 3. > 59 MESES --> 1216 P1203_5
1204. ESTATURA (EN CMS.)	___ . ___ P1204_1	___ . ___ P1204_2	___ . ___ P1204_3	___ . ___ P1204_4	___ . ___ P1204_5
1205. MEDICIÓN DEL NIÑO	1. ACOSTADO P1205_1 2. PARADO	1. ACOSTADO P1205_2 2. PARADO	1. ACOSTADO P1205_3 2. PARADO	1. ACOSTADO P1205_4 2. PARADO	1. ACOSTADO P1205_5 2. PARADO
1206. PESO (EN KGS.)	___ . ___ P1206_1	___ . ___ P1206_2	___ . ___ P1206_3	___ . ___ P1206_4	___ . ___ P1206_5
1207. FECHA DE MEDICIÓN DEL PESO Y LA TALLA	DÍA ___ ___ ___ P1207D_1 MES ___ ___ P1207M_1	DÍA ___ ___ ___ P1207D_2 MES ___ ___ P1207M_2	DÍA ___ ___ ___ P1207D_3 MES ___ ___ P1207M_3	DÍA ___ ___ ___ P1207D_4 MES ___ ___ P1207M_4	DÍA ___ ___ ___ P1207D_5 MES ___ ___ P1207M_5
1208. RESULTADO DE ANTROPOMETRÍA	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO P1208_1 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO P1208_2 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO P1208_3 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO P1208_4 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO P1208_5 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)
1209. VEA EN 1202 Y ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	1. < 12 MESES 2. ≥ 12 MESES P1209_1 (PASE A SIGUIENTE COL.)	1. < 12 MESES 2. ≥ 12 MESES P1209_2 (PASE A SIGUIENTE COL.)	1. < 12 MESES 2. ≥ 12 MESES P1209_3 (PASE A SIGUIENTE COL.)	1. < 12 MESES 2. ≥ 12 MESES P1209_4 (PASE A SIGUIENTE COL.)	1. < 12 MESES 2. ≥ 12 MESES P1209_5 (PASE A 1216)
1210. VALOR DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	___ . ___ P1210_1	___ . ___ P1210_2	___ . ___ P1210_3	___ . ___ P1210_4	___ . ___ P1210_5

1211. RESULTADO DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO P1211_1 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO P1211_2 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO P1211_3 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO P1211_4 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO P1211_5 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)
1212. RESULTADO DE RETINOL DEL NIÑO	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE P1212_1 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE P1212_2 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE P1212_3 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE P1212_4 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE P1212_5 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÓ 8. OTRO _____ (especifique)

1213. VALOR DE HEMOGLOBINA DE LA ENTREVISTADA **P1213HEM** _ _ . _

1214. RESULTADO DE HEMOGLOBINA DE LA ENTREVISTADA

P1214HEM

1. TOMÓ MUESTRA
2. ENTREVISTADA ENFERMA
3. ENTREVISTADA RECHAZÓ
4. ENTREVISTADA AUSENTE
8. OTRO _____
(especifique)

1215. RESULTADO DE RETINOL DE LA ENTREVISTADA

P1215RET

1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE
2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE
3. ENTREVISTADA ENFERMA
4. ENTREVISTADA RECHAZÓ
5. ENTREVISTADA AUSENTE
8. OTRO _____
(especifique)

1216.

SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1203, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA NUTRICIONISTA VENDRÁ A LA CASA A TOMAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL ESTUDIO.

AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO.
REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA.

¡GRACIAS!

NOMBRE DE LA PROFESIONAL QUE TOMÓ MEDIDAS: _____ CÓDIGO: **P1216COD**