

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
101	ANOTE EL NUMERO DE PERSONAS LISTADAS EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR.	NUMERO DE PERSONAS <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
101A	ANOTE EL NUMERO DE NIÑOS DE 5 AÑOS Y MENOS DE EDAD LISTADOS EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR QUE VIVEN NORMALMENTE EN EL	NUMEROS DE NIÑOS DE 5 AÑOS Y MENOS <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
102	ANOTE LA HORA	HORA..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MINUTOS <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
103	Primero me gustaría hacerle unas preguntas acerca de Ud. y de su hogar: Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, dónde vivió la mayor parte del tiempo, en el campo, en el pueblo o en una ciudad?	CAMPO..... 1 PUEBLO..... 2 CIUDAD..... 3	
104	Cuánto tiempo ha vivido en _____ (NOMBRE DE LA LOCALIDAD)	SIEMPRE..... 96 VISITANTE..... 97 AÑOS..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	106
105	Antes de llegar a vivir aquí, dónde vivió Ud. en el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3	
106	En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
107	Cuántos años cumplidos tiene? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">COMPARE 106 CON 107, SI HAY INCONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA.</div>	AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
108	Alguna vez asistió a la escuela?	SI.....1 NO.....2	1 112

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
109	Cuál fue el último año de estudios que Ud. aprobó y de que nivel?	PRIMARIA..... <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> INTERMEDIA..... <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> SECUNDARIA..... <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> UNIVERSITARIA..... <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	} 113
112	Puede Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede leerlo?	CON FACILIDAD..... 1 CON DIFICULTAD..... .2 NO PUEDE LEERLO.... 3	---114
113	Cuántos días de la semana lee Ud. algún periódico?	DIAS..... <input type="text"/>	
114	Cuántos días a la semana ve Ud. televisión?	DIAS..... <input type="text"/>	
114A	Generalmente escucha Ud. radio todos los días?	SI..... 1 NO..... .2	
115	Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para beber que utilizan los miembros de su hogar?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 01 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA..... 02 CISTERNA 03 AGUA PURIFICADA.... .04 MANANTIAL, RIO O ARROYO..... .05 LLUVIA, TANQUE O ALJIBE..... .06 POZO..... .07 CAMION TANQUE..... .08 OTRO..... 09 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.															
115A	Cuál es la <u>principal</u> fuente de abastecimiento de agua para otro uso en el hogar que no sea para beber (como lavarse las manos, bañarse, cocinar)?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 01 --- } CISTERNA..... 02 --- } 116 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA. 03 MANANTIAL, RIO O ARROYO..... 04 LLUVIA, TANQUE O ALJIBE..... 05 POZO..... 06 CAMION TANQUE..... 07 OTRO..... 08 (ESPECIFIQUE)																
115B	Cuánto tiempo le toma ir allí, buscar agua y volver?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
116	Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?	INODORO INDIVIDUAL..... 01 INODORO COLECTIVO..... 02 LETRINA INDIVIDUAL CON CAJON..... 03 LETRINA COLECTIVA CON CAJON..... 04 LETRINA INDIVIDUAL SIN CAJON..... 05 LETRINA COLECTIVA SIN CAJON..... 06 NO TIENE..... 07 OTRO..... 08 (ESPECIFIQUE)																
116A	Tiene en este momento en su casa jabón que se usa para lavarse las manos (jabón de tocador)?	SI..... 1 NO..... 2																
117	Tiene en su hogar: Electricidad? Radio? Television? Nevera?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICIDAD.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NEVERA.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	ELECTRICIDAD.....1	1	2	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	NEVERA.....1	1	2	
	SI	NO																
ELECTRICIDAD.....1	1	2																
RADIO.....1	1	2																
TELEVISION.....1	1	2																
NEVERA.....1	1	2																

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																		
118	Algún miembro de su hogar tiene: Una bicicleta? Un motor? Un carro? Un tractor? (ENCIERRE EL 2 SI ES ZONA URBANA)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CARRO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRACTOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	BICICLETA.....	1	2	MOTOR.....	1	2	CARRO.....	1	2	TRACTOR.....	1	2				
	SI	NO																			
BICICLETA.....	1	2																			
MOTOR.....	1	2																			
CARRO.....	1	2																			
TRACTOR.....	1	2																			
119	MATERIAL <u>PRINCIPAL</u> DEL PISO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>MOSAICO, GRANITO O MARMOL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>CEMENTO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LADRILLO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>MADERA.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>TIERRA.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>OTRO..... (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </tbody> </table>	MOSAICO, GRANITO O MARMOL.....	1	CEMENTO.....	2	LADRILLO.....	3	MADERA.....	4	TIERRA.....	5	OTRO..... (ESPECIFIQUE)	6							
MOSAICO, GRANITO O MARMOL.....	1																				
CEMENTO.....	2																				
LADRILLO.....	3																				
MADERA.....	4																				
TIERRA.....	5																				
OTRO..... (ESPECIFIQUE)	6																				
119A	MATERIAL <u>PRINCIPAL</u> DE LAS PAREDES	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>BLOQUES O CEMENTO</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>MADERA.....</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>PALMA.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>ASBESTO CEMENTO....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>YAGUA.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>TEJAMANIL.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>ZINC.....</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>CARTON PIEDRA.....</td> <td style="text-align: center;">08</td> </tr> <tr> <td>OTRO..... (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">09</td> </tr> </tbody> </table>	BLOQUES O CEMENTO	01	MADERA.....	02	PALMA.....	03	ASBESTO CEMENTO....	04	YAGUA.....	05	TEJAMANIL.....	06	ZINC.....	07	CARTON PIEDRA.....	08	OTRO..... (ESPECIFIQUE)	09	
BLOQUES O CEMENTO	01																				
MADERA.....	02																				
PALMA.....	03																				
ASBESTO CEMENTO....	04																				
YAGUA.....	05																				
TEJAMANIL.....	06																				
ZINC.....	07																				
CARTON PIEDRA.....	08																				
OTRO..... (ESPECIFIQUE)	09																				
119B	MATERIAL <u>PRINCIPAL</u> DEL TECHO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>CONCRETO</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>ZINC.....</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>TEJAS.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>ASBESTO-CEMENTO....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>ZINC DE CARTON.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>CANA.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>YAGUA.....</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>OTRO..... (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">08</td> </tr> </tbody> </table>	CONCRETO	01	ZINC.....	02	TEJAS.....	03	ASBESTO-CEMENTO....	04	ZINC DE CARTON.....	05	CANA.....	06	YAGUA.....	07	OTRO..... (ESPECIFIQUE)	08			
CONCRETO	01																				
ZINC.....	02																				
TEJAS.....	03																				
ASBESTO-CEMENTO....	04																				
ZINC DE CARTON.....	05																				
CANA.....	06																				
YAGUA.....	07																				
OTRO..... (ESPECIFIQUE)	08																				

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
120	Cuál es el principal combustible que utilizan para cocinar?	GAS PROPANO..... 1 LEÑA..... 2 CARBON..... 3 ELECTRICIDAD..... 4 OTRO..... 5 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
202	<p>Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. haya tenido durante toda su vida; me refiero solo a los hijos que Ud. ha dado a luz y no a los hijos adoptados ni criados por Ud.</p> <p>Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 -- --207</p>	
203	<p>tiene algun hijo o hija que este viviendo con Ud. ?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO..... 2 -- --</p>	
204	<p>Cuantos hijos varones viven con Ud.? y</p> <p>Cuantas hijas hembras viven con Ud. ?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI LA ENTREVISTA RESPONDE "NINGUNO" ANOTE oo</p> </div>	<p>HIJOS EN CASA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>HIJAS EN CASA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
205	<p>Tiene Ud. algun hijo o hija que esta vivo, pero que no esta viviendo con Ud?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 -- --207</p>	
206	<p>Cuantos hijos varones no viven con Ud.? y</p> <p>Cuantas hijas hembras no viven con Ud.?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI LA ENTREVISTA RESPONDE "NINGUNO" ANOTE oo</p> </div>	<p>HIJOS FUERA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>HIJAS FUERA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
207	<p>Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que fallecio despues?</p> <p>INDAGUE: Algun (otro) hijo o hija que nacio vivo pero que solo vivio algunos minutos, horas o días?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 -- -- 209</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
208	<p>Cuántos hijos varones han muerto? y</p> <p>Cuántas hijas hembras han muerto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>SI LA ENTREVISTADA RESPONDE "NINGUNO" ANOTE 00</p> </div>	<p>HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
209	<p>SUME LAS RESPUESTAS DE 204, 206 y 208 Y ANOTE EL TOTAL.</p>	<p>TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
210	<p>Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. ha tenido un total de ___ hijos nacidos vivos durante toda su vida. Es correcto?</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(INDIQUE Y CORRIJA EN CASO NECESARIO 204, 206 o 208)</p>		
211	<p>MARQUE:</p> <p>UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>NINGUNO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(PASE A 223)</p> <p>Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ANOTE EN 215 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS</p> </div>		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
223	Está Ud. embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 --- NO SABE..... 8 ---	} 228
224	Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES..... <input type="checkbox"/>	
225	Durante el embarazo le han puesto alguna inyección para prevenir al niño contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
226	Fue Ud. a chequearse por el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 ---	-- 229
227	Quién la chequeó?	DOCTOR..... 1 --- ENFERMERA/PARTERA ENTRENADA..... 2 ENFERMERA/PARTERA TRADICIONAL..... 3 OTRO..... 4 --- (ESPECIFIQUE)	} 229
228	Cuándo le empezó su última regla?	DIAS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MESES.....3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANTES DEL ULTIMO EMBARAZO..... 996 NUNCA MENSTRUO 997	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
229	<p>Cuáles cree Ud. son los días entre una regla y otra en los que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada?</p>	<p>DURANTE LA REGLA. 1</p> <p>INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 2</p> <p>EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y LA OTRA... 3</p> <p>JUSTAMENTE ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA..... 4</p> <p>EN CUALQUIER MOMENTO..... 5</p> <p>OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
230	<p>ANOTE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO.</p>	<p style="text-align: right;">SI NO</p> <p>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....1 2</p> <p>ESPOSO.....1 2</p> <p>OTROS HOMBRES.....1 2</p> <p>OTRAS MUJERES.....1 2</p>	

SECCION 3. ANTICONCEPCION

302

Aho quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para planificar o evitar un embarazo. Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?

INDAGUE: Algun otro?

PASE A LA SIGUIENTE PAGINA Y ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO "1" EN 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 303 ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO "2" SI EL METODO ES RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO "3" Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.

LUEGO PREGUNTE DE 304 A 307 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

	303. ¿Conoce o ha oído hablar de este método?	304. ¿Ha usado alguna vez? (METODO)?	305. ¿A dónde iría para obtener (METODO)? (CODIGOS ABAJO)	307. ¿Cuál cree usted es el problema principal con el uso de (la) (METODO): (CODIGOS ABAJO)
PILDORA "Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
IMPLANTE "Las mujeres pueden hacerse colocar por un médico en un brazo debajo de la piel 6 cápsulas que impiden que salga embarazada por 5 años".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
DIU "Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un DIU o Aparatito por un médico o enfermera".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
INYECCION "Las mujeres pueden hacerse poner una inyección que impida por varios meses que quedc embarazada".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
DIAGRAMA, ESPUMA JALEA "Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio u óvulos, diafragma o crema antes de tener relaciones sexuales".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
PRESERVATIVO "Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
ESTERILIZACION FEMENIA "Las mujeres pueden operarse para no tener hijos".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
ESTERILIZACION MASCULINA "Los hombres pueden operarse para no tener hijos".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA) "Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	¿Adónde iría para recibir información acerca del método? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
RETIRO "Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar".	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
OTROS METODOS "Las parejas pueden utilizar otras maneras diferentes a las anteriores para evitar un embarazo. Conoce o ha escuchado hablar de estos métodos". ESPECIFIQUE: 1 _____ 2 _____ 3 _____	SI, ESPONTANEO . 1 SI, RECONOCIDO . 2 NO 3	SI 1 NO 2 SI 1 NO 2 SI 1 NO 2	CODIGOS PARA 305 Hospital o Clínica de Planificación Familiar del Sector Público . 01 Hospital de IDSS o de las FF.AA. 02 Clínicas Privadas 03 Consultorio Médico/Obstetra . 04 Farmacia 05 Promotora de Salud 06 Clínica o Distribuidora de Profamilia . . 07 Iglesia 08 Amigos/Familia 09 Otro 10 Ningun Lugar 11 No Sabe 98	CODIGOS PARA 307 Ninguno 01 Temor, Olvido 02 Desaprobación del Esposo 03 Por temor al Cáncer 04 Nausea, Mareo Infección Vaginal . . 06 Problemas de Peso . 07 Expulsión del Diu . 08 Ardor 09 Calambre/Dolor . . 10 Sangrado/Menstruación Abundante . . 11 Problemas Estomacales 12 Mancha de la Piel . 13 Disminuye Sexualidad 14 Preocupación Salud . 15 Accesibilidad . . . 16 Costo 17 Ineficaz 18 Irreversibilidad . . 19 Otro 20 No Sabe 21
308 VEA 304	HA USADO ALGUN TIEMPO (AL MENOS UN "SI")		NO HA USADO METODO (NI UN "SI")	
			(PASE A 338)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
311	VEA 304: HA USADO RITMO <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div>	NUNCA HA USADO RITMO <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> (PASE A 313) </div>	
312	La última vez que Ud. usó el ritmo como determinó en en que días no podía tener relaciones sexuales?	EN BASE AL CALENDARIO..... .1 EN BASE A LA TEMPERATURA DEL CUERPO;..... .2 EN BASE A MUCOSIDAD CERVICAL (BILLINGS)..... .3 EN BASE A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y MUCOSIDAD..... .4 OTRO..... .5 (ESPECIFIQUE)	
312a	Dónde conoció o quién le informó por primera vez acerca de esa forma (FORMA MENCIONADA EN 312)?	HOSPITAL O CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL SECTOR PUBLICO..... 01 CLINICA PRIVADA, CONSULTORIO OBSTETRA..... .02 FARMACIA..... .03 INSTITUCIONES PRIVADAS, ORGANIZACIONES RELIGIOSAS.. .04 PROMOTORA DE SALUD..... 05 CLINICA O DISTRIBUIDORA PROFAMILIA..... 06 AMIGOS, VECINOS..... 07 FAMILIARES..... OTRAS USUARIAS DEL RITMO..... .08 RADIO, T. V. , REVISTA, PERIODICO..... .09 OTRO..... 10 NO SABE..... .98	
312b	Recibió Ud. instrucciones acerca de (le enseñaron a usar) (FORMA MENCIONADA EN 312)?	SI..... 1 NO..... 2 --- 313 RECIBE ACTUALMENTE...3	

No.	PREGUNTAS Y FILT	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
312c	Dónde recibió Ud. esa instrucción (le enseñaron a usar) (FORMA MENCIONADA EN 312)?	HOSPITAL O CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL SECTOR PUBLICO..... 1 HOSPITAL DEL IDSS O DE LAS FFAA..... 2 CLINICA PRIVADA..... 3 CONSULTORIO MEDICO, OBSTETRA..... 4 FARMACIA..... 5 PROMOTORA DE SALUD..... 6 CLINICA O DISTRIBUIDORA DE PROFAMILIA..... 7 OTRO..... 8 NO SABE..... 98	
312d	En qué año recibió Ud. esa instrucción (le enseñaron a usar ese método)?	AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
313	Cuántos hijos vivos tenía Ud. cuándo comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ANOTE 00 SI NINGUNO </div>	NUMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
314	VEA 223 y 304 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>ESTERILIZADA O ESPOSO (MARIDO) ESTERILIZADO</p> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO ESTERILIZADA (O)</p> <input type="checkbox"/> ┌───┴───┐ EMBARAZADA NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 319) (PASE A 316) </div> </div>		
315	En qué mes y año le hicieron a Ud. (su esposo) la operación para no tener más hijos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	320A
316	Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2-----319	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
317	<p>Qué método está (n) usando?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> VERIFIQUE CON 303 Y/O 304 Y HAGA LAS CORRECCIONES SI FUERA NECESARIO. </div>	PILDORA..... 01 IMPLANTE..... 02 DIU (APARATICO)..... 03 INYECCIONES..... 04 MEDOTOS VAGINALES..... 05 PRESERVATIVO O CONDON..... 06 RITMO..... 09 TEMPERATURA..... 10 MUCOSIDAD CERVICAL..... 11 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL . 12 RETIRO..... 13 OTRO..... 14 (ESPECIFIQUE)	} 320 } 223
318	<p>Por favor me puede mostrar las píldoras que Ud. está usando?</p>	----- <input type="text"/> <input type="text"/> (NOMBRE DE PILDORA). NO LAS PUDO MOSTRAR..... 97	
318a	<p>Cuánto paga por una caja o sobre (ciclo) de píldoras?</p>	COSTO EN PESOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS..... 997 NO SABE..... 998	} 320
319	<p>Durante los últimos 12 meses, obtuvo Ud. algún método (o recibió consejo) de un hospital, centro de salud, clínica, consultorio médico para no quedar embarazada?</p>	SI..... 1 NO..... 2	} 322
320	<p>Dónde obtuvo (METODO) (o de quién recibió consejo) la última vez?</p>	HOSPITAL O CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL SECTOR PUBLICO..... 01 HOSPITAL DEL IDSS O DE LAS FFAA..... 02 CLINICA PRIVADA..... 03 CONSULTORIO MEDICO OBSTETRA..... 04 CLINICA O DISTRIBUIDORA DE PROFAMILIA..... 05 FARMACIA..... 06 PROMOTORA DE SALUD..... 07 FAMILIARES..... 08 AMIGOS..... 09 OTROS..... 10 NO SABE..... 98	} 321 } 322
320A	<p>Dónde le hicieron la operación para no tener más hijos?</p>		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
321	Hubo algo del servicio que recibió allí que no le gustó?	NO..... 1 DEMASIADA ESPERA..... 2 DESCORTESIA..... 3 CARO..... 4 NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
321a	Cuál es la razón por la cual Ud. va (fue) a ese lugar de planificación familiar y no a otro?	ES EL MAS CERCANO.. 01 LA ATENCION ES BUENA..... 02 POCA ESPERA..... 03 ES FACIL DE LLEGAR. 04 EL SERVICIO ES GRATUITO..... 05 EL SERVICIO ES BARATO..... 06 RECOMENDACION DE AMIGOS/FAMILIARES. 07 OTRO..... 08 (ESPECIFIQUE)	
322	VEA 223, 315, 316 <div style="text-align: center;"> <p>NO EMBARAZADA</p> <input type="checkbox"/> <p>ESTIRILIZADA (O) USA ACTUALMENTE OTRO METODO NO USA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 324) (PASE A 332) <p>EMBARAZADA</p> <input type="checkbox"/> (PASE A 338) </div>		
323	Por cuánto tiempo ha estado usando (METODO ACTUAL) continuamente?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> DESDE EL ULTIMO PARTO..... 97	
324	Ha tenido usted o tiene algun problema con el uso del (METODO ACTUAL)?	SI..... 1 NO..... 2 ---	---325A

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
325	Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene?	NINGUNO..... 01 TEMOR,OLVIDO..... 02 DESAPROBACION DEL ESPOSO..... 03 DOLOR DE CABEZA.... 04 NAUSEA/MAREO..... 05 INFECCION VAGI- NAL..... 06 PROBLEMAS DE PESO 07 EXPULSION DEL DIU.. 08 ARDOR..... 09 CALAMBRE/DOLOR.... 10 SANGRADO/MENS- TRUAL ABUNDANTE.. 11 PROBLEMAS ESTOMA- CALES..... 12 MANCHA DE LA PIEL..... 13 DISMINUYE SEXUA- LIDAD..... 14 ACCESIBILIDAD..... 15 COSTO..... 16 INEFICAZ..... 17 OTRO..... 18 NO SABE..... 98	
325A	VEA 304: NO ESTERILIZADA (O) <input data-bbox="523 1032 595 1104" type="checkbox"/> ↓	ESTERILIZADA O ESPOSO (MARIDO) ESTERILIZADO <input data-bbox="1038 1032 1110 1104" type="checkbox"/> (PASE A 328)	
326	Usa Ud. regularmente algún otro método, además de (METODO ACTUAL) durante el mismo mes?	SI..... 1 NO..... 2 --- 328	
327	Qué método es ese?	PILDORA..... 01 IMPLANTE..... 02 DIU (APARATICO)..... 03 INYECCIONES..... 04 METODOS VAGINA- LES..... 05 PRESERVATIVO O CONDON..... 06 CALENDARIO..... 09 TEMPERATURA..... 10 MUCOSIDAD CERI- CAL..... 11 TEMPERATURA Y MU- COSIDAD CERVICAL... 12 RETIRO..... 13 OTRO..... 14 (ESPECIFIQUE)	
328	(Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo), alguna vez uso otro método diferente al método actual para evitar el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 --- 342	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
329	Que método usó antes de (METODO ACTUAL)?	PILDORA 01 IMPLANTE..... 02 DIU (APARATICO)..... 03 INYECCIONES..... 04 METODOS VAGINA- LES..... 05 PRESERVATIVO O CONDON..... 06 CALENDARIO..... 09 TEMPERATURA..... 10 MUCOSIDAD CERVI- CAL..... 11 TEMPERATURA Y MU COSIDAD CERVICAL.. 12 RETIRO..... 13 OTRO..... 14 (ESPECIFIQUE)	
329A	Por cuánto tiempo usó este método hasta que dejó de usarlo (la última vez)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
330	En qué mes y año empezó a usar este método?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
331	Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (METODO ANTES DE METODO ACTUAL) en ese momento?	NINGUNO..... .01 METODO FALLO..... .02 SEXO INFRECLENTE..... .03 TEMOR, OLVIDO..... 04 DESAPROBACION DEL ESPOSO05 TEMOR AL CANCER..... 06 NAUSEA/MAREO..... .07 INFECCION VAGINAL..... .08 PROBLEMAS DE PESO..... 09 EXPULSION DEL DIU..... .10 ARDOR..... 11 CALAMBRE/DOLOR..... 12 SANGRADO/MENSTRU- CION ABUNDANTE..... 13 PROBLEMAS ESTOMA- CALES..... 14 MANCHA DE LA PIEL..... 15 DISMINUYE SEXUALIDAD 16 PREOCUPACION DE SALUD..... 17 ACCESIBILIDAD..... 18 COSTO..... 19 INEFICAZ..... .20 OTRO..... .21 NO SABE..... 98	
332	VEA 209 ALGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> ↓	NINGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 334)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
333	Desde el nacimiento de su ultimo hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	338
334	Cuál fue el último método que usó?	PILDORA..... .01 IMPLANTE..... .02 DIU (APARATICO)..... .03 INYECCIONES..... .04 METODOS VAGINA- LES..... .05 PRESERVATIVOS O CONDON..... .06 CALENDARIO..... .09 TEMPERATURA..... .10 MUCOSIDA CERVI- CAL..... 11 TEMPERATURA Y MU- COSIDAD CERVICAL.. 12 RTTIRO..... 13 OTRO..... 14 (ESPECIFIQUE)	
334A	En qué mes y año empezó a usar este método?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
335	Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) hasta que dejó de usarlo (la última vez)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
336	Cuándo Ud. dejó de usar el método, alguna persona le aconsejó o recomendó que dejará de usarlo? (Si SI quien fue esa persona?)	NO..... 1 EL MARIDO..... 2 OTROS FAMILIARES.. 3 AMIGOS..... 4 EL CURA..... 5 PERSONAL DE SA- LUD..... 6 OTRO..... 7 (ESPECIFIQUE)	

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
337	Cuál fue la razón principal por la cual dejó de usar (ULTIMO METODO)	PARA EMBARAZARSE .01 METODO FALLO..... .02 SEXO INFRECIENTE.. .03 TEMOR, OLVIDO..... .04 DESAPROBACION DEL MARIDO..... .05 TEMOR AL CANCER... .06 NAUSEA/MAREO..... .07 INFECCION VAGINAL. .08 PROBLEMAS DE PESO .09 EXPULSION DEL DIU.. .10 ARDOR..... .11 CALAMBRE/DOLOR.... .12 SANGRADO/MENSTRU- CION ABUNDANTE13 PROBLEMAS ESTO- MACALES..... .14 MANCHA DE LA PIEL. .15 DISMINUYE SEXUA- LIDAD..... .16 PREOCUPACION DE SALUD..... .17 ACCESIBILIDAD..... .18 COSTO..... .19 INEFICAZ..... .20 INFECUNDIDAD/ME- NOPAUSIA..... .21 OTRO..... .22 NO SABE..... .98	
338	Tiene Ud. la intención de usar un método para evitar embarazarse en algún momento en el futuro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	} 342
339	Qué método preferiría usar?	PILDORA..... 01 IMPLANTE..... 02 DIU (APARATICO) 03 INYECCIONES..... 04 METODOS VAGI- NALES..... .05 PRESERVATIVOS O CONDON..... .06 ESTERILIZACION..... FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 CALENDIARIO..... 09 TEMPERATURA..... 10 MUCOSIDAD CERVI- CAL..... 11 TEMPERATURA Y MU- COSIDAD CERVICAL.. 12 RETIRO..... 13 OTRO..... 14 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA..... 15	
341	Tiene la intención de usar (METODO PREFERIDO) en los próximos 12 meses?	SI..... .1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	ATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
342	Ha escuchado alguna vez que las mujeres pueden dar el pecho a sus niños como una manera de no quedar embarazadas?	SI..... 1 NO..... 2	
343	En el último mes oyó o vió alguna vez por la radio o la televisión un mensaje sobre planificación familiar?	NO, O NO RECUERDA.. .1 --- UNA VEZ..... 2 MAS DE UNA VEZ..... 3	344A
343A	Porqué medio lo oyó o vió Ud.? Por la radio o la televisión?	POR LA RADIO..... 1 POR LA TELEVISION .2 AMBOS MEDIOS..... 3	
343B	<p>Recuerda Ud. como se llama el programa de radio o televisión donde Ud. oyó o vió el mensaje sobre planificación.</p> <p>INDAGUE: Algun otro?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO TODOS LOS MENCIONADOS</p> </div>	PROGRAMA DE RA- DIO " HACIA UNA NUEVA FAMILIA..... .1 PROGRAMA MUJER "2000" (HACIA UNA NUEVA FAMILIA..... 1 "POR LA MAÑANA EN EL 4"..... .1 PROGRAMA "BUENOS DIAS" (QUE PASA?)1 PROGRAMA "HOY MISMO" (PROFAMI- LIA HOY)..... 1 OTROS PROGRAMAS.. .1 NO RECUERDA..... 8	
343C	Oye Ud. actualmente el programa de radio "Hacia una nueva familia", que produce PROFAMILIA? (Si Si, en cual emisora?)	NO OYE..... 1 --- RADIO CLARIN..... .2 RADIO ANTILLAS..... .3 ONDAS DEL YAQUE... 4 RADIO PUERTO PLATA..... .5 RADIO BARAHONA.... 6 NO SABE/NO RECUER- DA..... 8	344A
344	Cada qué tiempo lo oye Ud.?	TODOS LOS DIAS..... 1 DE VEZ EN CUANDO.. 2 A VECES..... 3	
344A	Ve usted actualmente un programa de televisión que pase mensaje de planificación familiar? (Si Si, cada qué tiempo?)	NO VE..... .1 TODOS LOS DIAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO. 3 A VECES..... 4	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
345	Esta Ud. de acuerdo con que se de informacion sobre planificacion familiar en la radio o la television?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	347
346	Que temas relacionados con la planificacion de la familia le gustaria oir por la radio y/o ver por la television? INDAGUE: Algun otro? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ENCIERRE EN UN CIRCULO TODOS LOS MENCIONADOS </div>	METODOS ANTICONCEPTIVOS.1 PLANIFICACION FAMILIAR1 EDUCACION SEXUAL1 EDUCACION DE LOS HIJOS, JUVENTUD1 PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPON-SABLE, MATRIMONIO1 ESTERILIZACION.1 VASECTOMIA1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES1 MENSTRUACION1 RELACIONES SEXUALES.1 ENFERMEDADES VENEREAS.1 EMBARAZO Y PARTO1 ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS Y MASCULINOS1 SALUD PARA LA FAMILIA1 LACTANCIA MATERNA1 CUIDADO DE LOS NIÑOS1 OTROS.1 (ESPECIFIQUE)	
347	VEA 218 y 223 HA TENIDO ALGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 O EMBARAZADA ACTUALMENTE <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div>	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> (PASE A SECCION 5) </div>	
347A	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> MARQUE SI ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE Y ANOTE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1981. DESPUES MARQUE SI USO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO. </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> VEA: 308 ALGUNA VEZ USO UN METODO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NUNCA USO UN METODO <input type="checkbox"/> </div> </div>		

	EMBARAZADA ACTUALMENTE	ULTIMO NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
348. Antes de que quedara embarazada de (NOMBRE) (pero después del nacimiento de _____) había usado algún método para no quedar embarazada aunque sea por poco tiempo?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 354)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 354)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 354)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 354)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 354)
349. Cuál fue el último método que uso entonces? (CODIGOS ABAJO)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
350. Uso algún otro método antes de ese? (CODIGOS ABAJO)	ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
351. Por cuanto tiempo estuvo usando (último método) en esa oportunidad.	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
352. Estaba usando (último método) cuando quedó embarazada?	SI.....1 (PASE A 355) NO.....2	SI.....1 (PASE A 355) NO.....2	SI.....1 (PASE A 355) NO.....2	SI.....1 (PASE A 355) NO.....2	SI.....1 (PASE A 355) NO.....2
353. Cuál fue la razón principal por la cual dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
354. Antes de quedar embarazada de (NOMBRE) quería Ud. tener (otro) hijo en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería más hijos?	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR.....2 NO MAS.....3 (PARA TODOS PASE A PROX. COLUMNA)	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR.....2 NO MAS.....3 (PARA TODOS PASE A PROX. COLUMNA)	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR.....2 NO MAS.....3 (PARA TODOS PASE A PROX. COLUMNA)	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR.....2 NO MAS.....3 (PARA TODOS PASE A PROX. COLUMNA)	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR.....2 NO MAS.....3 (PARA TODOS PASE A 402)
355. Quería tener (más) hijos, pero más adelante o no quería tener (más) hijos?	Mas Adelante 1 (PASE A PROX. COLUMNA) NO MAS.....2	Mas Adelante 1 (PASE A PROX. COLUMNA) NO MAS.....2	Mas Adelante 1 (PASE A PROX. COLUMNA) NO MAS.....2	Mas Adelante 1 (PASE A PROX. COLUMNA) NO MAS.....2	Mas Adelante 1 NO MAS.....2 (PARA TODOS PASE A 402)
CODIGOS PREGUNTAS 349 Y 350			CODIGOS PREGUNTAS 353		
NINGUNO.....00 PILDORA.....01 IMPLANTE.....02 DIU (APARATICO).....03 INYECCIONES.....04 METODOS VAGINALES.....05 PRESERVATIVOS O CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 CALENDARIO.....09 TEMPERATURA.....10 MUCOSIDAD CERVICAL.....11 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD.....12 RETIRO.....13 OTRO.....14			EMBARAZARSE.....01 (PASE A PROXIMA COLUMNA) SEXO INFRECUENTE.....02 OPOSICION DEL MARIDO.....03 PREOCUPACION DE SALUD.....04 PROBLEMAS DE SALUD.....05 METODOS NO DISPONIBLES.....06 COSTO.....07 FATALISTA.....08 INCOVENIENTE.....09 OTRO.....10		

	ULTIMO NACIDO	ANTERIOR NACIDO, VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO
	NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>
403. Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron a Ud. alguna inyección para prevenir al niño contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después de haber nacido?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
404. Durante su embarazo, se chequeó para ese embarazo? SI LA RESPUESTA ES "SI" INDAGUE Y ANOTE AL MAS CALIFICADO.	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 OTRO 4 NO SE CHEQUEO . 5	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 OTRO 4 NO SE CHEQUEO . 5	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 OTRO 4 NO SE CHEQUEO . 5	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 OTRO 4 NO SE CHEQUEO . 5
405. Quién le atendió en el parto? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE AL MAS CALIFICADO	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NINGUNO. 6	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NINGUNO. 6	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NINGUNO. 6	DOCTOR 1 OBSTETRA/ ENFERMERA ENTRENADA. 2 ENFERMERA/ PARTERA TRADICIONAL. 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NINGUNO. 6
405a. Dónde se atendió en el parto?	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD PUBLICA . 1 HOSPITAL DEL IDSS O FFAA. 2 CLINICA O CENTRO PRIVADO. 3 EN LA CASA 4 OTRO 5	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD PUBLICA . 2 HOSPITAL DEL IDSS O FFAA. 2 CLINICA O CENTRO PRIVADO. 3 EN LA CASA 4 OTRO 5	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD PUBLICA . 1 HOSPITAL DEL IDSS O FFAA. 2 CLINICA O CENTRO PRIVADO. 3 EN LA CASA 4 OTRO 5	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD PUBLICA . 1 HOSPITAL DEL IDSS O FFAA. 2 CLINICA O CENTRO PRIVADO. 3 EN LA CASA 4 OTRO 5
406. Le dio el pecho alguna vez a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 410)	SI 1 NO 2 (PASE A 410)	SI 1 NO 2 (PASE A 410)	SI 1 NO 2 (PASE A 410)
407. Todavía está dándole el pecho a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NIÑO MURIO. 3			
408. Por cuántos meses le dio el pecho a (NOMBRE)?	MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO. 97	MESES. <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO. 97	MESES. <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO. 97	MESES. <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO. 97
410. Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	NO VOLVIO ... 98 MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/>	NO VOLVIO ... 98 MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/>	NO VOLVIO ... 98 MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/>	NO VOLVIO ... 98 MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/>
411. Volvió a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI (O EMBARAZADA). NO 2 (PASE A PROXIMA COLUMNA)			
412. Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A PROX. COL.)	MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A PROX. COL.)	MESES. . <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A PROX. COL.)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A-413)

413. VEA 407:

ESTA LACTANDO

NO ESTA LACTANDO

(PASE A 419)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																														
414	Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy?	NUMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NIÑO LACTA CUANTAS VECES LO PIDE..... 97																															
415	Cuántas veces le dió el pecho ayer, durante las horas del día?	NUMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> CUANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA..... 97																															
416	En algún momento de ayer o anoche le dió a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA ALTERNATIVAS</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA NATURAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>JUGO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LECHE EN POLVO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LECHE PASTEURIZADA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LECHE NATURAL DE VACA O CHIVA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA LECHE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALGUN OTRO LIQUIDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	AGUA NATURAL.....	1	2	JUGO	1	2	LECHE EN POLVO	1	2	LECHE PASTEURIZADA.....	1	2	LECHE NATURAL DE VACA O CHIVA.....	1	2	OTRA LECHE.....	1	2	ALGUN OTRO LIQUIDO.....	1	2	(ESPECIFIQUE)			ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO.....	1	2	
	SI	NO																															
AGUA NATURAL.....	1	2																															
JUGO	1	2																															
LECHE EN POLVO	1	2																															
LECHE PASTEURIZADA.....	1	2																															
LECHE NATURAL DE VACA O CHIVA.....	1	2																															
OTRA LECHE.....	1	2																															
ALGUN OTRO LIQUIDO.....	1	2																															
(ESPECIFIQUE)																																	
ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO.....	1	2																															
417	VEA 416: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DIO OTROS ALIMENTOS <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NO DIO OTROS ALIMENTOS <input type="checkbox"/> (PASE A 419) </div> </div>																																
418	Algunos de estos alimentos fueron dados en un biberon?	SI..... 1 NO..... 2																															

CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACION

(Tipo de Vacunación, Fecha de Realización y Población Objeto)

Tipo de Vacuna	Fecha de realización	Población objeto
Polio	18-19 Junio, 1983	Niños menores de 3 años de edad
Polio	13-14 Agosto, 1983	Niños menores de 3 años de edad
Polio	9 y 10 Junio, 1984	Niños menores de 3 años de edad
Polio	1 y 2 Sept., 1984	Niños menores de 3 años de edad
DPT	18 y 19 Mayo, 1985	Niños menores de 2 meses a menos de 2 años de edad
Polio	29 y 30 Junio, 1985	Niños menores de 3 años edad
Sarampión	19 y 20 Oct., 1985	De 9 meses a menos de 5 años
Polio	19 y 20 Oct., 1985	Niños menores de 3 años de edad
DPT	22 y 23 Feb., 1986	Niños de 2 meses a menos de 2 años de edad
Polio	26 y 27 Abril, 1986	Niños menores de 3 años de edad
Polio	14 y 15 Junio, 1986	Niños menores de 3 años de edad
DPT	14 y 15 Junio, 1986	De 2 meses a menos de 2 años.

419. VEA 215 y 402; ANOTE EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO DEBE SER EXACTAMENTE IGUAL QUE EL CUADRO ANTERIOR. HAGA LAS PREGUNTAS SOLAMENTE PARA HIJOS NACIDOS VIVOS.

ORDEN	ULTIMO NACIDO VIVO	Anterior Nacido Vivo	Anterior Nacido Vivo	Anterior Nacido Vivo
	NOMBRE _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>
420. Tiene la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)? Si, Si la puedo ver por favor?	SI, LA VIO.....1 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 412A) ← SIN TAJETA.....8	SI, LA VIO.....1 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 421A) ← SIN TARJETA.....8	SI, LA VIO.....1 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 421A) ← SIN TARJETA.....8	SI, LA VIO.....1 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 421A) ← SIN TARJETA.....8
421. ANOTE LAS FECHAS DE VACUNACIONES DE LA TARJETA DE SALUD.	No. DIA MES AÑO BCG DPT 1 POLIO 1 DPT 2 POLIO 2 DPT 3 POLIO 3 SARAMPION	No. DIA MES AÑO BCG DPT 1 POLIO 1 DPT 2 POLIO 2 DPT 3 POLIO 3 SARAMPION	No. DIA MES AÑO BCG DPT 1 POLIO 1 DPT 2 POLIO 2 DPT 3 POLIO 3 SARAMPION	No. DIA MES AÑO BCG DPT 1 POLIO 1 DPT 2 POLIO 2 DPT 3 POLIO 3 SARAMPION
421A. Ha sido (NOMBRE) vacunado en alguna de las campañas de vacunación?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 422) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 422) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 422) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 422) ← NO SABE.....8
421B. En cuál (les) de la(s) campaña(s) de vacunación fue vacunado (NOMBRE)?	Polio, Jun. 1983.....01 Polio, Agust. 1983.....02 Polio, Jun. 1984.....03 Polio, Sep. 1984.....04 DPT, Mayo 1985.....05 Polio, Jun. 1985.....06 Polio, Oct. 1985.....07 Sarampión, Oct. 1985.....08 DPT, Feb. 1986.....09 Polio, Abril 1986.....10 Polio, Jun. 1986.....11 DPT, Jun. 1986.....12 No recuerda.....13 No sabe.....98	Polio, Jun. 1983.....01 Polio, Agust. 1983.....02 Polio, Jun. 1984.....03 Polio, Sep. 1984.....04 DPT, Mayo 1985.....05 Polio, Jun. 1985.....06 Polio, Oct. 1985.....07 Sarampión, Oct. 1985.....08 DPT, Feb. 1986.....09 Polio, Abril 1986.....10 Polio, Jun. 1986.....11 DPT, Jun. 1986.....12 No recuerda.....13 No sabe.....98	Polio, Jun. 1983.....01 Polio, Agust. 1983.....02 Polio, Jun. 1984.....03 Polio, Sep. 1984.....04 DPT, Mayo 1985.....05 Polio, Jun. 1985.....06 Polio, Oct. 1985.....07 Sarampión, Oct. 1985.....08 DPT, Feb. 1986.....09 Polio, Abril 1986.....10 Polio, Jun. 1986.....11 DPT, Jun. 1986.....12 No recuerda.....13 No sabe.....98	Polio, Jun. 1983.....01 Polio, Agust. 1983.....02 Polio, Jun. 1984.....03 Polio, Sep. 1984.....04 DPT, Mayo 1985.....05 Polio, Jun. 1985.....06 Polio, Oct. 1985.....07 Sarampión, Oct. 1985.....08 DPT, Feb. 1986.....09 Polio, Abril 1986.....10 Polio, Jun. 1986.....11 DPT, Jun. 1986.....12 No recuerda.....13 No sabe.....98
422. (NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas dos semanas?	SI.....1 (PASE A 424) NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 424) NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 424) NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 424) NO.....2 NO SABE.....8
423. (NOMBRE) tuvo diarrea en las dos semanas?	SI.....1 NO.....2 (PASE A PROX. COLUMNA) NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A PROX. COLUMNA) NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A PROX. COLUMNA) NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 427) NO SABE.....8
424. Lleva a (NOMBRE) a un médico, a un hospital o clínica para que le curen la diarrea? SI REPUESTA ES "SI" PREGUNTE: Donde lo (a) llevó?	Hospital o Centro de Salud Pública.....1 Hospital del IDSS o FFAA.....2 Médico o clínica privada.....3 Otro lugar.....4 (Especifique) No lo llevo.....5	Hospital o Centro de Salud Pública.....1 Hospital del IDSS o FFAA.....2 Médico o clínica privada.....3 Otro lugar.....4 (Especifique) No lo llevo.....5	Hospital o Centro de Salud Pública.....1 Hospital del IDSS o FFAA.....2 Médico o clínica privada.....3 Otro lugar.....4 (Especifique) No lo llevo.....5	Hospital o Centro de Salud Pública.....1 Hospital del IDSS o FFAA.....2 Médico o clínica privada.....3 Otro lugar.....4 (Especifique) No lo llevo.....5
425. Le dieron a (NOMBRE) un paquete de rehidratante oral (suero bebido) para tratar la diarrea?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
426. Hizo ud. o alguien alguna (otra) cosa para tratar la diarrea? SI, Si: Qué hizo? MARQUE TODOS	Solución casera de azúcar, sal y agua.....1 Tabletas, inyección jarabe.....1 Le aumento líquidos.....1 Le aumento alimentos.....1 Otro.....1 Nada.....1 (Pase a 427)	Solución casera de azúcar, sal y agua.....1 Tabletas, inyección jarabe.....1 Le aumento líquidos.....1 Le aumento alimentos.....1 Otro.....1 Nada.....1 (Pase a 427)	Solución casera de azúcar, sal y agua.....1 Tabletas, inyección jarabe.....1 Le aumento líquidos.....1 Le aumento alimentos.....1 Otro.....1 Nada.....1 (Pase a 427)	Solución casera de azúcar, sal y agua.....1 Tabletas, inyección jarabe.....1 Le aumento líquidos.....1 Le aumento alimentos.....1 Otro.....1 Nada.....1 (Pase a 427)
427. VEA 425 Y MARQUE:	NO MENCIONO REHIDRATACION <input type="checkbox"/>	"SI" MENCIONO REHIDRATACION <input type="checkbox"/> (PASE A 502)		
428. Alguna vez escuchó que existe un producto especial llamado paquete de rehidratación oral o suero bebido que usted pueda obtener para el tratamiento de la diarrea?	SI.....1 NO.....2			

SECCION 5. ESTADO CONYUGAL

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.												
502	Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2	520												
503	Actualmente es Ud. casada, unida, viuda, divorciada o separada?	CASADA..... 1 UNIDA..... 2 VIUDA..... 3 DIVORCIADA..... 4 SEPARADA..... 5													
508	Se ha casado o unido sólo una vez o más de una vez?	UNA SOLA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2													
509	En qué mes y año comenzó a vivir junto a su (primer) esposo (marido)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98													
510	Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>													
511	Tiene Ud. padre y su madre vivos?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>PADRE DE LA MUJER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MADRE DE LA MUJER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	PADRE DE LA MUJER.....	1	2	MADRE DE LA MUJER.....	1	2				
	SI	NO													
PADRE DE LA MUJER.....	1	2													
MADRE DE LA MUJER.....	1	2													
512	Están vivos el padre y la madre de su (primer) esposo o marido?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>PADRE (PRIMER) ESPOSO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>MADRE (PRIMER) ESPOSO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE	PADRE (PRIMER) ESPOSO.....	1	2	8	MADRE (PRIMER) ESPOSO.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE												
PADRE (PRIMER) ESPOSO.....	1	2	8												
MADRE (PRIMER) ESPOSO.....	1	2	8												
513	VEA 511 y 512: ALGUN PADRE O MADRE FALLECIDO <input type="checkbox"/> ↓	TODOS VIVOS <input type="checkbox"/> (PASE A 516)													

No.	PREGUNTAS Y FILT	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
514	Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. comenzo a vivir junto a su (primer) esposo o marido?	<p style="text-align: right;">SI NO</p> PADRE DE MUJER.....1 2 MADRE DE MUJER.....1 2 PADRE (PRIMER) ESPOSO.....1 2 MADRE (PRIMER) ESPOSO.....1 2	
515	MARQUE: ALGUN PADRE VIVO AL UNIRSE <input type="checkbox"/> ↓	NINGUN PADRE VIVO AL UNIRSE <input type="checkbox"/> (PASE A 519)	
516	Cuándo Ud. y su (primer esposo (marido) empezaron a vivir juntos vivieron con algunos de sus padres o suegros, por lo menos durante 6 meses?	SI..... 1 NO..... 2 --- 518	
517	Por cuantos años más o menos vivieron junto a sus padres o suegros en ese tiempo?	AÑOS,..... <input type="text"/> <input type="text"/> --- 519 HASTA EL PRESENTE	
518	Actualmente está (n) viviendo con alguno de sus padres o los padres de su marido (actual)?	SI..... 1 NO 2	
519	En cuántas localidades diferentes ha vivido Ud. desde que se casó o unió por primera vez?	NUMERO DE LOCALIDADES <input type="text"/> <input type="text"/> --- 521	
520	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... .2 --- 528	
521	Ahora quisiera hablarle con más detalle acerca de su vida sexual a fin de entender mejor la planificación familiar y la reproducción humana: Qué edad tenia Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
522	Ha tenido relaciones sexuales las últimas cuatro semanas?	SI..... 1 NO..... ..2	528
523	Cuántas veces?	VECES..... <input type="text"/>	
525	VEA 223,314, 316: NO USANDO METODO Y NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓	USANDO METODO O EMBARAZADA <input type="checkbox"/> (PASE A 528)	
526	Si Ud. quedara embarazada en las proximas semanas se sentiría feliz, no le importaría o se sentiría infeliz?	FELIZ..... 1 NO IMPORTA..... 2 INFELIZ..... 3 NO SABE..... 8	528
527	Cuál es la razón principal por la cual no está usando un método para evitar quedar embarazada?	SEXO INFRECLENTE.. .01 ABSTENENCIA, POST-PARTO, LAC- TANCIA..... .02 MENOPAUSIA/SUB- FECUNDA..... .03 DESCONOCIMIENTO FUENTE DE ABASTE- CIMIENTO..... 04 ACCESO DIFICIL PARA METODOS..... 05 MOTIVOS RELI- GIOSOS..... .06 MARIDO SE OPONE..... 07 PREOCUPACION DE SALUD..... 08 FATALISTA..... 09 CONTRA PLANIFICACION FAMILIAR..... 10 COSTO..... 11 OTRO..... 12 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
528	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO.	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 MARIDO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
602	VEA: 209 HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> ↓	NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> (PASE A 602B)	
602A	Le hicieron la operación cesárea cuando nació su (último) hijo?	SI..... 1 NO..... 2	
602B	VEA: 304 y 503 MARIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> (PASE A 610)	MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> (PASE A 608)	OTROS CASOS <input type="checkbox"/> ↓ ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> ↓ OTROS ESTADOS <input type="checkbox"/> (PASE A 614)
603	VEA 223: Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro: NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Quisiera tener un (otro) hijo o preferiria no tener (mas) hijos? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiria no tener más hijos?	QUIERE HIJOS..... 1 --- 606 NO MAS HIJOS..... 2 INDECISA O NO SABE..... 3+ --- 605	
604	Diría Ud. que definitivamente no quiere tener (más) hijos, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE NO MAS..... 1 --- } 614 NO ESTA SEGURA..... 2 --- }	
605	Ud. se inclina más hacia tener (otro) o hacia no tener un (otro) hijo?	TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 --- } 607 NO TENER UN (OTRO) HIJO..... 2 --- } 614 INDECISA..... 3 --- }	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
606	Diría Ud. que definitivamente quiere tener un (otro) hijo, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE..... 1 NO ESTA SEGURA..... 2	
607	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	} 614
607A	VEA: 217 TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓	NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> (PASE A 614)	
607B	Qué edad le gustaría que tuviera su hijo menor?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	} 614
608	VEA 602A CON CESAREA <input type="checkbox"/> ↓	SIN CESAREA <input type="checkbox"/> (PASE A 609A)	
609	La operación para no tener más hijos se la hicieron la mismo tiempo que la cesarea?	SI..... 1 NO..... .2	
609A	Le hicieron la operación para no tener más hijos en un establecimiento de Salud Pública o en un establecimiento privado?	SALUD PUBLICA..... 1 PRIVADO..... 2 NO SABE..... 8	
609B	Discutió con su esposo (marido) la operación antes de hacersela?	SI..... 1 NO..... 2	
609C	Quién influyo más en su decisión para hacerse la operación ?	ELLA MISMA..... 1 EL MARIDO..... 2 FAMILIARES..... 3 OTRA MUJER ESTERILIZADA..... .4 PROMOTORA..... 5 MEDICO..... 6 OTRO..... 7 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
609D	Por qué se decidió por la operación y no por otro método anticonceptivo?	MAS EFECTIVO.....01 MEJOR PARA LA SALUD.....02 FACIL DE USAR.....03 ERA EL METODO DISPONIBLE.....04 LE RECOMENDO LA PROMOTORA.....05 LE RECOMENDO EL MEDICO.....06 OTRA MUJER ESTERILIZADA.....07 MAS BARATO.....08 MAS CONVENIENTE.....09 OTRO.....10 (ESPECIFIQUE)	
609	Cree Ud. que la operación es para siempre o que Ud. todavía puede tener hijos cuando así lo desee?	PARA SIEMPRE..... 1 PUEDE TENER MAS..... NO SABE..... 8	
610	Lamenta Ud. que (su esposo haya sido operado (operada) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... .2 ----- 614	
611	Le gustaría tener otro hijo o prefiere no tener más hijos:	TENER OTRO HIJO...1 NO MAS HIJOS..... ..2 INDECISA O NO SABE.. .8	
614	VEA 209: SIN HIJOS <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ANOTE NUMERO, RANGO Y OTRA RESPUESTA </div>	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> RANGO: ENTRE ____ Y ____ OTRA RESPUESTA _____ _____ (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
709	MARQUE: NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> ↓	TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> (PASE A 711)	
710	Gana (ganaba) un sueldo o salario regularmente?	SI..... 1 --- NO..... 2 --- NO SABE..... 8 ---	} 713
711	Trabaja (trabajó) su esposo (marido) principalmente en sus propias tierras, en las tierras familiares, o en los terrenos de otros?	PROPIOS..... 1 --- TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRAS DE OTROS.... 3	-713
712	Trabaja (trabajó) principalmente por dinero o trabaja (trabajó) por una parte de las cosechas?	DINERO..... 1 PARTE DE COSECHAS.. 2 AMBOS..... 3	
713	Antes de que se casara (uniera) con su primer esposo (marido), trabajó Ud. alguna vez regularmente para ganar dinero, siempre que no haya sido en el campo o en un negocio de su familia?	SI..... 1 NO..... 2 ---	-715
714	De lo que ganaba entonces, dió la mayor parte a su familia o la guardó para Ud. misma?	FAMILIA..... 1 ELLA MISMA..... 2	
715	Desde que se casó (por primera vez) alguna vez trabajó regularmente para ganar dinero, siempre que no haya sido en el campo o en un negocio de su familia?	SI..... 1 --- NO..... 2 ---	-718 -719
716	Alguna vez trabajó regularmente para ganar dinero, que no fuera en el campo o en un negocio manejado por su familia?	SI..... 1 NO..... 2 ---	-719

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
717	De lo que ganaba dió la mayor parte a su familia o lo guardó para Ud. misma?	FAMILIA.....1 ELLA MISMA.....2	
718	Trabaja actualmente para ganar dinero siempre que no sea en el campo o en un negocio de su familia?	SI.....1 NO.....2	
719	ANOTE LA HORA:	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 8. PESOS Y MEDIDAS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
801	<p>Para cada uno de los niños de 6 a 36 meses anote peso y medida. Escriba los nombres empezando con el más joven?</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nombre _____</p> <p>No se pudo medir</p>	<p>Mes de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Estatura en cms. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Peso en kilos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>(Razones)</p>	
	<p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nombre _____</p> <p>No se pudo medir</p>	<p>Mes de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Estatura en cms. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Peso en kilos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>(Razones)</p>	
	<p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nombre _____</p> <p>No se pudo medir</p>	<p>Mes de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Estatura en cms. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Peso en kilos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>(Razones)</p>	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(A ser completado después del término de la entrevista)

Persona entrevistada: _____

Preguntas específicas: _____

Otros aspectos: _____

Nombre de la entrevistadora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA

Critico: _____ Fecha: _____

Entrada: _____ Fecha: _____