

República Dominicana

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES  
Y DEMOGRAFICOS (CESDEM)

ASOCIACION DOMINICANA  
PRO BIENESTAR DE LA  
FAMILIA (PROFAMILIA)

OFICINA NACIONAL DE  
PLANIFICACION (ONAPLAW)

Encuesta Demográfica y de Salud, 1996

CUESTIONARIO DE HOMBRES

IDENTIFICACION									
AREA DE SUPERVISION CENSAL.....	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
CONGLOMERADO ENDESA-96.....									
NUMERO DE SELECCION DE LA VIVIENDA.....									
NUMERO DEL HOGAR.....									
PROVINCIA _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL _____									
ZONA     1 URBANO     2 RURAL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
TIPO DE LOCALIDAD.....									
ESTRATO SOCIOECONOMICO (SOLO PARA SANTO DOMINGO).....									
NOMBRE DEL LUGAR _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
CALLE _____ No. _____									
NOMBRE DEL (LA) JEFE(A) DE HOGAR _____									
NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DEL HOMBRE _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	MES <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
RESULTADO	_____	_____	_____	AÑO <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
PROXIMA VISITA:FECHA HORA	_____	_____	_____	NOMBRE <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
				RESULTADO <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
				NUMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA                      4 RECHAZADA 2 AUSENTE                       5 RESPONDIDA PARCIALMENTE 3 APLAZADA                      6 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)				

NOMBRE FECHA _____ _____	SUPERVISORA: _____ <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>	CRITICADO EN EL CAMPO POR: _____ <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>	CRITICADO EN LA OFICINA POR: _____ <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>	DIGITADO POR: _____ <table border="1" style="width:20px; height:20px; display: inline-table;"></table>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCION 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
101	ANOTE LA HORA	HORAS..... MINUTOS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						
102	Me gustaría primero hacerle algunas preguntas acerca de usted y de su hogar. Hasta cumplir los 12 años ¿Dónde vivió usted la mayor parte del tiempo: en la capital, en una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EXTRANJERO.....4							
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí en: (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?	AÑOS..... SIEMPRE.....95 VISITANTE.....96	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> →105						
104	Antes de que usted viniera a vivir aquí, vivía en (la capital), una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EXTRANJERO.....4							
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES..... NO SABE EL MES.....98 AÑO..... NO SABE EL AÑO.....98	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela, colegio o universidad?	SI.....1 NO.....2	→112						
108	¿Cuál fue el nivel más alto que usted completó: primaria, secundaria o universidad?	NINGUNO.....0 PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 UNIVERSITARIA.....3	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0				
0	0								
109	VERIFIQUE 106:      MENOS DE 30 AÑOS      30 AÑOS O MAS		<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> →111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
110	¿Actualmente está Ud. asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI.....1 NO.....2	→111						
110A	¿Cuál fue la principal razón por la que usted dejó de estudiar?	SE CASO/UNIO.....01 PARA AYUDAR A LA FAMILIA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS.....02 NO PODIAN PAGAR LA ESCUELA.....03 NECESITABA GANAR DINERO.....04 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTES ESTUDIOS.....05 NO QUISO SEGUIR ESTUDIANDO.....06 ESCUELA MUY LEJOS.....07 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98							
111	COTEJE 108:      NINGUNO O      SECUNDARIA O PRIMARIA      UNIVERSIT. <input type="checkbox"/>		→113						
112	¿Puede usted leer y entender una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede?	Con facilidad.....1 Con dificultad.....2 No puede leerlo.....3	→114						
113	¿Cuántos días a la semana lee usted periódicos?	TODOS LO DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5							
114	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LO DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5							

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
115	¿Cuántos días a la semana ve usted televisión?	TODOS LO DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5	
116	¿Está usted trabajando actualmente?	SI .....1 NO.....2	→118
117	¿Ha realizado usted algún trabajo en los últimos 12 meses?	SI .....1 NO.....2	→201
118	¿Qué tipo de trabajo realiza usted principalmente?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
119	COTEJE 118: TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		→121
120	¿Usted trabaja principalmente en su propia tierra, en la tierra de algún familiar, en tierra arrendada o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA.....1 TIERRA DE LA FAMILIA.....2 TIERRA ARRENDADA.....3 EN TIERRA DE OTRO.....4	
121	¿Usted hace ese trabajo para algún miembro de su familia, para otra persona o para su propio beneficio?	PARA ALGUN FAMILIAR.....1 PARA OTRA PERSONA.....2 BENEFICIO PROPIO.....3	
122	¿Usted realiza ese trabajo todo el año, algunas temporadas del año o solo de vez en cuando?	TODO EL AÑO.....1 POR TEMPORADA DEL AÑO.....2 DE VEZ EN CUANDO.....3	→124
123	¿Durante los últimos 12 meses, cuantos meses realizó usted ese trabajo?	NO. DE MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
124	¿Cuánto gana usted por ese trabajo?  PREGUNTE SI ESE INGRESO ES POR DIA, POR SEMANA, POR QUINCENA O POR MES.	POR DIA.....1 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> POR SEMANA.....2 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> POR QUINCENA...3 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> POR MES.....4 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> TRABAJO NO RE- MUNERADO.....5 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">0 0 0 0 0</div> OTRA.....999996 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA				
201	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los hijos, sólo me interesa saber sobre sus hijos propios, no los de crianza o adoptados. ¿Usted tiene o ha tenido hijos?	SI .....1 NO.....2	→206				
202	¿Tiene usted hijos y/o hijas que vivan con usted actualmente?	SI .....1 NO.....2	→204				
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? (SI NO TIENE, ANOTAR 00)	HIJOS EN LA CASA..... HIJAS EN LA CASA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
204	¿Tiene usted hijos o hijas, que estén vivos pero que no viven con usted?	SI .....1 NO.....2	→206				
205	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted? (SI NO TIENE, ANOTAR "00")	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
206	¿Ha tenido usted hijos o hijas que nacieron vivos pero que murieron después? SI NO TIENE, PREGUNTE SOBRE ALGUN HIJO QUE MOSTRO ALGUNA SEÑAL DE VIDA PERO SOLO SOBREVIVIO ALGUNOS MINUTOS/DIAS	SI .....1 NO.....2	→208				
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? (SI NO TIENE, CODIFIQUE 00)	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
208	SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 203, 205 y 207 y ANOTE EL TOTAL SI LA RESPUESTA EN P201 Y P206 = "NO", ANOTE 00)	TOTAL.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
209	COTEJE PREGUNTA 208: Sólo para estar segura de que esta información está correcta. Usted ha tenido un total de ____ hijos durante toda su vida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INDAGUE Y CORRIJA → 201 A 208 SI ES NECESARIO						
210	COTEJE 208: HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO HIJOS..... V		→301				
210A	¿En qué mes y año nació su último hijo?	MES..... AÑO.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
210B	COTEJE 210A, ULTIMO HIJO: NACIO A PARTIR DE ENERO DE 1993..... V	ANTES DE ENERO 1993 <input type="checkbox"/>	→301				
211	Usted quería tener ese último hijo en ese momento, o usted hubiera preferido tenerlo más adelante o hubiera preferido no tener más hijos?	TENERLO EN ESE MOMENTO.....1 TENERLO DESPUÉS.....2 NO TENER MÁS HIJOS.....3					

SECCION 3. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir acerca de los diferentes métodos que una pareja puede usar para evitar o dejar para después un embarazo.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" EN LA P301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO CONTINUE DE ARRIBA HACIA ABAJO CON LA COLUMNA 301A Y LEA EL NOMBRE DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" SI RECONOCE EL METODO, Y EL "2" SI NO LO RECONOCE LUEGO, PARA CADA METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A HACER LA PREGUNTA 301B. POR ULTIMO, HAGA PREGUNTAS 302 Y 303 CUANDO PROCEDA.

301	¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? (NO MENCIONARLE EL METODO)	301A Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO NO MENCIONADO EN PREG. 301)? <u>NO LEER EL CONCEPTO</u>		301B En qué consiste o cómo se usa (EL METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A)?		302 Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO CON CODIGO "2" EN PREG. 301A)? <u>LEA EL CONCEPTO</u>		303 Ha usado su esposa/mujer (usted) alguna vez el(la) (METODO CON CODIGO "1" EN 301 O 301A, O 302)?	
		SI	NO	SABE	NO SABE	SI	NO	SI	NO
01	PASTILLAS (PILDORAS, MINIPILDORAS): Las mujeres pueden tomar una pastilla todos los días.	1	2	1	2	1	2	1	2
02	DIU (APARATICO): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato en la matriz.	1	2	1	2	1	2	1	2
03	INYECCIONES: la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante varios meses.	1	2	1	2	1	2	1	2
04	IMPLANTE (MORPLANT): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) que impiden que salga embarazada durante 5 años.	1	2	1	2	1	2	1	2
05	TABLETA, OVULO, JALEA: la mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, óvulo, espuma, jalea, crema, antes de tener relaciones.	1	2	1	2	1	2	1	2
06	CONDON (PRESERVATIVO): Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales.	1	2	1	2	1	2	1	2
07	ESTERILIZACION FEMENINA (PREPARARSE): las mujeres pueden hacerse una operación sencilla para prepararse para no tener más hijos.	1	2	1	2	1	2	¿Ha sido esterilizada su esposa/mujer? SI.....1 NO.....2	
08	ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA): Los hombres pueden hacerse una pequeña operación para evitar tener más hijos.	1	2	1	2	1	2	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2	
09	RITMO O METODO DE JULACION: Las parejas pueden evitar tener relaciones durante varios días del mes, cuando la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	1	2	1	2	1	2	1	
10	RETIRO: los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular (terminar).	1	2	1	2	1	2	1	2
11	MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA): Las mujeres pueden evitar embarazarse si alimentan a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses, y si no le ha llegado la regla.	1	2	1	2	1	2	1	2
12	OTROS METODOS: ¿Ha oído usted hablar de alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	1	2					1	2
			(ESPECIFIQUE)					1	2
			(ESPECIFIQUE)						
304	COTEJE 303: HA USADO POR LO MENOS UN METODO	<input type="checkbox"/>	NUNCA HA USADO UN METODO	<input type="checkbox"/>	→PASE A 309				

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
304A	VERIFIQUE 303: HA USADO CONDON/ PRESERVATIVO <input type="checkbox"/>	NO HA USADO CONDON/ PRESERVATIVO <input type="checkbox"/>	→307
304B	En los últimos 6 meses, ¿Ha usado usted condón/preservativo?	SI .....1 NO.....2	→307
304C	¿Qué marca de condones ha usado Ud. en los últimos 6 meses? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	PROTECTOR.....A WATSON.....B ESCUDO.....C EROTICA.....D ROUGH RIDER.....E WET & WILD.....F BAREBACK.....G SULTAN.....H SILENCE.....I PROTEX.....J PANTERA.....K NO LDGO.....L OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA.....Y	
307	¿Actualmente, está usted o su esposa/mujer o compañera usando algún método para evitar o demorar el embarazo?	SI .....1 NO.....2	→309
308	¿Cuál método están usando?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 IMPLANTE (NORPLANT).....04 ESPUMA/OVULO/JALEA.....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	→316 →315
309	¿Cuál es la razón principal por la que usted o su esposa/mujer no están usando ningún método para evitar o demorar el embarazo?	ES SOLTERO.....11 RAZONES RELACIONADAS CON FERTILIDAD No tiene relaciones sexuales.21 Relaciones sexuales poco frecuentes.....22 Esposa/compañera está en la menopausia/esterilizada.....23 Esposa/compañera tiene dificultad para quedar embarazada.....24 Esposa/compañera está en riesgo/amamantando.....25 Quieren tener más hijos.....26 Esposa/compañera está embarazada.....27 RAZONES DE RECHAZO Opuesto al uso de métodos anticonceptivos.....31 Su esposa/compañera desaprueba el uso de métodos.....32 Otras personas se oponen.....33 La religión se lo prohíbe.....34 FALTA DE CONOCIMIENTOS No conoce ningún método.....41 No sabe donde conseguirlos.....42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO Problemas de salud.....51 Miedo a los efectos secundarios.....52 No tiene como conseguirlo/están muy lejos.....53 Son muy caros.....54 Incómodos de usar.....55 Interfiere con los procesos normales del cuerpo.....56 ES OPCIÓN DE LA MUJER.....61 FATALISTA.....71 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→315

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
311	¿Piensa usted (o su esposa/mujer) usar algún método durante los próximos 12 meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→313
312	¿Piensa usted (piensan ustedes) usar algún método en el futuro?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→314
313	¿Cuál método preferiría(n) usar?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYecciones.....03 IMPLANTE (NORPLANT).....04 ESPUMA/OVULOS/JALEA.....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→316
314	¿Cuál es la razón principal por la cual no piensa usar ningún método?	NO CASADO/UNIDO.....11 RELACIONES SEXUALES NO FRECUENTES.....22 ESPOSA MENOPÁUSICA/ESTERILIZADA.....23 ESPOSA TIENE DIFICULTAD PARA QUEDAR EMBARAZADA.....24 QUIERE TENER MÁS HIJOS.....26 OPUESTO A LA PLANIFICACION FAMILIAR.....31 ESPOSA/COMPAÑERA DESAPRUEBA.....32 OTROS PERSONAS DESAPRUEBAN.....33 LA RELIGION SE LO PROHIBE.....34 NO COHOCE NINGUN METODO.....41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO.....42 PROBLEMAS DE SALUD.....51 MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS/COLATERALES.....52 FALTA DE INFORMACION/DIFICIL DE CONSEGUIR.....53 PRECIO MUY ELEVADO.....54 SON INCÓMODOS.....55 INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56 ES OPCION DE LA MUJER.....61 FATALISTA.....71 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
315	¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen algún método para evitar o demorar un embarazo?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO OPINA.....3	
316	¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que la información sobre planificación familiar sea proporcionada por: La radio? La televisión? Una revista o periódico? Un afiche? Un folleto?	SI NO NS a. RADIO.....1 2 8 b. TELEVISION.....1 2 8 c. PERIODICO/REVISTA.....1 2 8 d. AFICHE.....1 2 8 e. FOLLETOS.....1 2 8	
317	¿Ha oído, visto o leído usted algo sobre planificación familiar en los últimos meses? En la radio? En la televisión? En una revista o periódico? En un afiche? En un folleto?	SI NO NS a. RADIO.....1 2 8 b. TELEVISION.....1 2 8 c. PERIODICO/REVISTA.....1 2 8 d. AFICHE.....1 2 8 e. FOLLETOS.....1 2 8	
318	¿En los últimos meses, ha hablado usted con algún amigo, vecino o pariente sobre planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→401
319	¿Con quién ha hablado? Alguien más? (ANOTAR TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS)	ESPOSA/COMPAÑERA.....A MADRE.....B PADRE.....C NEMANA(S).....D HERMANO(S).....E HIJO(A).....F SUEGRO(A).....G AMIGOS/VECINOS.....H OTRA.....X (ESPECIFIQUE)	

SECCION 4. MUNICIPALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
401	¿Está usted actualmente casado o unido?	SI, CASADO ACTUALMENTE.....1 SI, UNIDO.....2 NO, NO ESTA EN UNION.....3	→404
402	¿Con cuántas mujeres convive usted maritalmente (cuántas mujeres tiene usted?)	NUMERO DE MUJERES..... <input type="text"/>	→407
404	¿Tiene usted actualmente relaciones sexuales con una mujer fija, con mujeres ocasionales o no tiene pareja?	UNA MUJER FIJA.....1 MUJERES OCASIONALES.....2 NO TIENE PAREJA.....3	
405	¿Ha estado usted casado o unido alguna vez?	SI, CASADO.....1 SI, UNIDO.....2 NO.....3	→410F
406	¿Está usted actualmente: viudo, divorciado o separado?	VIUDO.....1 DIVORCIADO.....2 SEPARADO.....3	
407	¿Ha estado usted casado o unido sólo una vez o más de una vez? SI MAS DE UNA VEZ: ¿Cuántas veces?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2 No. DE VECES..... <input type="text"/>	
408	COTEJE 407: SE HA CASADO O UNIDO UNA SOLA VEZ <input type="checkbox"/> v En que mes y año se casó o unió? SE HA CASADO O UNIDO MAS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/> v Ahora, vamos hablar de la primera esposa/compañera que usted tuvo. En que mes y año se casó o unió usted por primera vez?	MES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE.....98	→ 409-A
409	¿Cuántos años de edad tenía usted cuando se casó o unió por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/>	
409A	COTEJE 401: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/> v ACTUALMENTE NO CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/>		→410F
410	Ahora yo necesito hacerles algunas preguntas sobre su actividad sexual para conocer mejor algunas cosas sobre planificación familiar. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales con su esposa o mujer?	DIAS ATRAS.....1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3 AÑOS ATRAS.....4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
410A	COTEJE 301, 301A Y 302: CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> v ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposa/mujer) usaron CONDON? NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> v Algunos hombres usan preservativos, es decir una fundida de goma puesta en el pene durante la relación sexual. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó CONDON?	SI.....1 NO.....2	
410B	¿En los últimos 12 meses ha tenido usted relaciones sexuales con alguna otra mujer que no sea su esposa?	SI.....1 NO.....2	→410J
410C	¿Cuánto tiempo hace que usted tuvo relaciones sexuales con otra mujer que no sea su esposa o compañera?	DIAS ATRAS.....1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
410D	¿Usó Ud. condón en esa ocasión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO ESTA SEGURO.....8	



NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
410E	¿En los últimos 12 meses, aparte de de su esposa o mujer con cuántas mujeres ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NO. DE MUJERES..... NO SABE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> 98 →410J
410F	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual para conocer mejor algunas cosas sobre planificación familiar  ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales?	NUNCA..... DIAS ATRAS..... SEMANAS ATRAS..... MESES ATRAS..... AÑOS ATRAS.....	000 →507 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
410G	COTEJE 301, 301A Y 302:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>CONOCE CONDON</b>            ↓            ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó condón?         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>NO CONOCE CONDON</b>            ↓            Algunos hombres usan un preservativo, es decir, una fundita de goma puesta en el pene durante la relación sexual.            ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó CONDON?         </div> </div>	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8
410H	COTEJE 410F:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>MENOS DE 12 MESES DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL</b>            ↓         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>12 MESES O MAS DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL</b>            → 410J         </div> </div>		
410I	En los últimos doce meses ¿Con cuántas mujeres diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NUMERO DE MUJERES..... NO SABE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> 98
410J	COTEJE 401: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>CASADO O UNIDO ACTUALMENTE</b>            ↓            ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, fue con su esposa/mujer, otra compañera regular, una amiga o conocida, alguien a quien le pagó por la relación sexual o alguien más?         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <b>NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE</b>            ↓            ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, fue con una compañera regular, una amiga/conocida alguien a quien le pagó por la relación sexual o, alguien más?         </div> </div>	ESPOSA O MUJER..... COMPAÑERA REGULAR..... AMIGA O CONOCIDA..... ALGUIEN A QUIEN PAGO POR LA RELACION..... ALGUIEN MAS..... NO SABE.....	1 2 3 4 5 8
413	¿Usted conoce algún lugar donde puede conseguir condones?	SI..... NO.....	1 2 →415
414	¿Cuál es ese lugar?  SI MARCO "CLINICA PRIVADA", PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  _____ DIRECCION (CALLE, AVENIDA, BARRIO)  _____ (CIUDAD O PUEBLO)      _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/CONAPOFA.....11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DEL IDSS.....12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA.....13 HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/PN.14 PROMOTOR(A) DE SESPAS.....15 PROMOTORA DEL CEA.....16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA.....20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22 CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23 COLMADO O SUPERMERCADO.....24 HOTELES/MOTELES.....25 FARMACIA.....26 BARBERIA/SALON DE BELLEZA..27 PROMOTORA DE PROFAMILIA...28 PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....29 PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE..30 PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI..31 PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI.....32  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
415	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD A LA PRIMERA RELACION. PRIMERA RELACION CUANDO SE CASO O UNIO.....	<input type="text"/> <input type="text"/> 96

SECCION 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA	
501	<b>VERIFIQUE 306:</b> NO ESTERILIZADO(A) <input type="checkbox"/>	EL O ELLA ESTERILIZADO(A) <input type="checkbox"/>	->507	
501A	<b>COTEJE 401:</b> NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	CASADO O UNIDO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	->503	
502	<b>COTEJE 404:</b> PAREJA SEXUAL FIJA U OCASIONAL <input type="checkbox"/>	NO TIENE PAREJA SEXUAL <input type="checkbox"/>	->505A	
503	¿Está su esposa o mujer (compañera) embarazada actualmente?	SI.....1 NO.....2 INSEGURO.....8	->505A	
504	Cuando ella salió embarazada, quería usted que saliera embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o simplemente no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR MAS TIEMPO.....2 NO QUERIA TENER MAS HIJOS.....3	->505B	
505	A) ESPOSA/COMPAÑERA NO ESTA EMBARAZADA O NO TIENE PAREJA <input type="checkbox"/> Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el futuro: ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?	B) ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre el futuro. Después del hijo que su esposa o mujer está esperando, ¿le gustaría a usted tener otro o prefiere no tener más?	TENER (UN) OTRO HIJO.....1 NO TENER (MAS).....2 ESPOSA NO PUEDE TENER (MAS) HIJOS.....3 EL NO PUEDE TENER (MAS) HIJOS.....4 INDECISO/NO SABE.....8	->507
506	<b>COTEJE 503:</b> ESPOSA/COMPAÑERA NO ESTA EMBARAZADA/INSEGURA NO TIENE ESPOSA/COMP. <input type="checkbox"/>	ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	MESES.....1 AÑOS.....2 PRONTO/ DE UNA VEZ.....993 ESPOSA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....994 DESPUES QUE ME CASE.....995 OTRA (ESPECIFIQUE).....996 NO SABE.....998	
507	<b>COTEJE 202 Y 204:</b> TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera retroceder en el tiempo y no tuviera ningún hijo, cuál sería el número exacto de hijos que decidiría tener? PROCURE OBTENER UNA RESPUESTA NUMERICA	NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera elegir el número exacto de hijos que quisiera, cuántos elegiría?	No. DE HIJOS..... OTRA (ESPECIFIQUE).....96	->509
508	¿Cuántos de esos hijos le gustaría que fueran varones y cuántos le gustaría que fueran hembras?	No. DE VARONES..... No. DE HEMBRAS..... NO IMPORTA EL SEXO.....		
509	<b>COTEJE 401:</b> CASADO O UNIDO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	->601	
510	¿Su esposa/mujer está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar o demorar embarazos?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO SABE.....8		
511	¿Durante los últimos 12 meses, cuántas veces conversó/habló usted con su esposa/mujer sobre planificación familiar?	NUNCA.....1 UNA O DOS VECES.....2 MUCHAS VECES.....3		
512	¿Cree Usted que su esposa/mujer desea (deseaba) tener con Ud. el mismo número de hijos que usted quiere (quería), o ella quiere (quería) más o menos hijos que usted?	EL MISMO NUMERO DE HIJOS.....1 MÁS HIJOS.....2 MENOS HIJOS.....3 NO SABE.....8		

SECCION 6. ETS-SIDA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
601	¿Ha oído usted hablar de enfermedades que pueden transmitirse(contagiarse) por medio de las relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	→601F
601B	¿Sobre cuales enfermedades ha oído Ud. hablar?	SIFILIS.....A GONORREA.....B SIDA.....C VERRUGAS GENITALES.....D  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA _____ Y (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z	
ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE			
601C	COTEJE 410 Y 410F	HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>
601D	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna de esas enfermedades?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→601F
601E	¿Cuáles de esas enfermedades tuvo usted?	SIFILIS.....A GONORREA.....B SIDA.....C VERRUGAS GENITALES.....D  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA _____ Y (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z	
ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE			
601F	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna secreción o goteo del pene?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
601G	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna llaga o úlcera en el pene?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
601H	COTEJE 601E, 601F y 601G	TUVO UNA O MAS ENFERMEDADES <input type="checkbox"/>	NO TUVO NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES <input type="checkbox"/>
601I	¿La última vez que usted tuvo (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/ SECRECION/LLAGA) buscó consejo o tratamiento?	SI.....1 NO.....2	→601K
601J	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento?	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....F HOSPITAL/CLINICA/CONSULTORIO DE PATRONATO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K AMIGOS / PARTENTES.....L OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE			
601K	¿Cuando usted tenia (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/SECRECION/ LLAGA) se lo informó a su(s) compañera(s)?	SI.....1 NO.....2 NO TENIA COMPAÑERA.....3	→601P
601L	¿Cuando usted tenia (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/SECRECION, LLAGA) hizo algo para no infectar (contagiar) a su(s) compañera(s)?	SI.....1 NO.....2 COMPAÑERA YA ESTABA INFECTADA...3	→601P
601M	¿Qué hizo usted?	NO TENER RELACIONES SEXUALES...A USO CONDONES.....B TOMO MEDICINAS.....C OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
ANOTE TODO LO QUE MENCIONE			

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601N	¿Se llegó a contagiar su esposa o mujer de alguna de esas enfermedades?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	601P
601O	¿Buscó consejo o tratamiento para su esposa o mujer?	SI.....1 NO.....2	
601P	COTEJE 601B  NO MENCIONO SIDA <input type="checkbox"/> MENCIONO SIDA <input type="checkbox"/>		602
601Q	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI.....1 NO.....2	611C
602	¿De cuáles medios o fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA?  ¿DE ALGUN OTRO MEDIO O FUENTE?  ANOTE TODAS LA CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO.....A TV.....B PERIODICO/REVISTAS.....C FOLLETOS/AFICHES.....D TRABAJADORES DE SALUD.....E IGLESIAS.....F ESCUELAS/PROFESORES.....G REUNIONES EN LA COMUNIDAD.....H AMIGOS/PARIENTES.....I LUGAR DE TRABAJO.....J  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
602B	¿Como piensa Ud. que una persona puede enfermarse de SIDA?  ¿DE ALGUNA OTRA FORMA?  ANOTE TODAS LA CATEGORIAS MENCIONADAS	RELACIONES SEXUALES.....A RELACIONES SEXUALES CON MUCHAS PERSONAS.....B SEXO CON PROSTITUTAS.....C NO USO DE CONDOMES.....D CONTACTOS HOMOSEXUALES.....E TRANSFUSIONES DE SANGRE.....F INYECCIONES.....G POR BESOS.....H PICADURAS DE MOSQUITOS.....J  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
603	¿Piensa Ud. que hay algo que una persona puede hacer para evitar contagiarse de SIDA o del virus que causa el SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
603A	Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique si piensa que es verdad o no.  Las personas pueden protegerse a sí mismas del virus del SIDA de la siguiente manera.....  LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE LA RESPUESTA EN CADA UNA	SI NO NS a. LLEVANDO UNA BUENA DIETA...1 2 8 b. ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....1 2 8 c. EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....1 2 8 d. USANDO CONDOMES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES...1 2 8 e. NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....1 2 8 f. ACARICIANDOSE O MASTUR- BANDOSE SIN TENER PENETRACION.....1 2 8 g. NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....1 2 8 h. EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....1 2 8 i. ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SE SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....1 2 8 j. NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....1 2 8 k. EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....1 2 8	
607	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
608	¿Cree usted que las personas con SIDA casi nunca mueren de la enfermedad, algunas veces mueren o casi siempre mueren de la enfermedad?	CASI NUNCA.....1 ALGUNAS VECES.....2 CASI SIEMPRE.....3 SIEMPRE.....4 NO SABE.....8	
608A	¿Cree usted que una persona enferma del SIDA puede curarse?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
608B	¿Cree usted que una mujer embarazada enferma con el SIDA puede transmitirle la enfermedad a su niño(a)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
608C	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
609	¿Cree usted que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiado de SIDA son pequeñas, moderadas, grandes o que no tiene ninguna posibilidad de contagiarse?	PEQUEÑAS.....1 MODERADAS.....2 GRANDES.....3 NINGUNA POSIBILIDAD.....4 TIENE SIDA.....5	→P609B →P611A
609A	¿Por qué cree Ud. que no tiene/tiene poca posibilidad de contagiarse o estar contagiado de SIDA?  ¿Algunas otras razones?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TIENE RELACIONES SEXUALES...A USA CONDONES.....B TIENE UNA SOLA PAREJA.....C TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES.D EVITA RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS.....E LA ESPOSA/MUJER NO TIENE OTRO COMPAÑERO.....F NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES.....G NO SE HACE TRANSFUSIONES DE SANGRE.....H NO SE PONE INYECCIONES.....I  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	→611A
609B	¿Por qué cree Ud. que tiene una posibilidad (moderada/grande) de contagiarse o estar contagiado de SIDA?  ¿Algunas otras razones?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO USA CONDONES.....A TIENE MAS DE UNA PAREJA.....B TIENE MUCHAS PAREJAS.....C LA ESPOSA/MUJER TIENE OTRAS PAREJAS.....D TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES.....E SE HACE TRANSFUSIONES DE SANGRE.....F SE PONE INYECCIONES.....G  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
611A	¿Desde que usted oyó hablar de SIDA cambió usted su comportamiento para evitar contagiarse de la enfermedad?  SI LA RESPUESTA ES "SI" PREGUNTE ¿Qué ha hecho usted?  ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NUNCA HA TENIDO RELACIONES.....A YA NO TIENE RELACIONES.....B COMENZO A USAR CONDONES.....C TIENE SEXO CON UNA SOLA PAREJA..D REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS...E EVITA RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS.....F DEJO DE TENER RELACIONES HOMOSEXUALES.....G DEJO DE PONERSE INYECCIONES....H  OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO HA CAMBIADO SU COMPORTAMIENTO SEXUAL.....Y	
611C	Algunas personas usan condón durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse del SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual o venéreas. ¿Alguna vez ha oído usted hablar de esto?	SI.....1 NO.....2	→P611G
611D	COTEJE 401 410F:  HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→612A
611E	Puede que ya hayamos hablado de esto. ¿Ha usado usted CONDON alguna vez durante las relaciones sexuales, para evitar contagiarse o transmitir enfermedades tales como el SIDA?	SI.....1 NO.....2	→P611G
611F	En los últimos 12 meses, ha usado usted CONDON para evitar enfermedades venéreas o para evitar el SIDA?	SI.....1 NO.....2	
611G	Alguna vez durante los últimos 12 meses, ha dado o recibido usted dinero, regalos o favores a cambio de relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	
612A	¿Ha visto en televisión algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....3	→612C
612B	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE TELEVISION: SI NO a. INTERACTIVO.....1 2 b. FIESTA.....1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ.....1 2 d. ANUNCIO DE PADRES.....1 2 e. OTROS ANUNCIOS.....1 2  _____ (ESPECIFIQUE)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
612C	¿Ha oído por la radio algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....3	→613								
612D	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE RADIO: SI NO a. INTERACTIVO.....1 2 b. FIESTA.....1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ.....1 2 d. ANUNCIO DE PADRES.....1 2 e. OTROS ANUNCIOS.....1 2  (ESPECIFIQUE)									
613	ANOTE LA HORA:	HORAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Comentarios sobre preguntas específicas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Algún otro comentario: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Codificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(1)	(2)	(2A)
	COPIE EL NOMBRE Y LA EDAD DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EN EL MISMO ORDEN EN QUE APARECEN EN DICHO CUESTIONARIO.	EDAD:
0 1		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 2		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 3		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 4		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 5		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 6		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 7		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 8		<input type="text"/> <input type="text"/>
0 9		<input type="text"/> <input type="text"/>
1 0		<input type="text"/> <input type="text"/>

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 1 A 7) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 8 A 12C)

¿Está (NOMBRE) cubierto por algún seguro de salud como: (LEA OPCIONES Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE)				CARACTERISTICAS DE LA OCUPACION PRINCIPAL ( PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS )					
COTEJE PREGS. 22 Y 27 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI CODIGO "2" EN P22 O CODIGO "4" O SIN INFORMACION EN P27 PASE A LA SIGTE. PERSONA, DE LO CONTRARIO PRE-GUNTE: ¿Cuántas horas diarias dedica (NOMBRE) a su ocupación u oficio?				¿Cuánto le pagan o cuánto gana (NOMBRE) en ese trabajo y cada qué tiempo?	PERIODICIDAD: 1. Mensual 2. Semanal 3. Diario 4. Quincenal 5. Anual	SOLO PARA LOS QUE RECIBEN PAGO POR DIA (P5 = 3) ¿Cuántos días por semana trabaja (NOMBRE) normalmente? (6)	¿Cuánto recibió (NOMBRE) de regalia pascual, bonificación o liquidación en los últimos 12 meses? SI NO RECIBIO REGALIA/BONIFICACION ANOTE "000000" SI NO SABE, ANOTE "999998"		
(3)				(4)	(5)		(7)		
1ro.	2do.	3ro.	NO TIENE...YYY	No. DE HORAS	MONTO RD\$:	PERIOD.	DIAS:	REGALIA: (RD\$)	BONIFICACION/LIQUID. (RD\$)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 8 A 12C) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 13 A 28)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	Ya sea que (NOMBRE) trabaje o no ¿Recibe ingresos por otros trabajos o negocios, pensiones, ayuda de familiares, propinas, beca, renta de alguna propiedad u otra fuente?		FUENTE:										PERIODICIDAD:		
			1. Otro empleo 2. Negocio/tierra / propiedad 3. Ayuda de familiares y amigos del país 4. Ayuda de familiares y amigos del exterior 5. Alquileres y arrendamientos (casas, vehículos, tierra) 6. Intereses (ahorros, certificados, préstamos) 7. Dividendos de empresas 8. Pensiones y jubilaciones 9. Pensiones por divorcios 10. Horas extras 11. Propinas 12. Becas 13. Asistencia Social 96. Otra _____ (Especifique)										1. Mensual 2. Semanal 3. Quincenal 4. Anual SI DICE QUE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DIAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.		
			EN CASO DE QUE SE HAYA REPORTADO UNA FUENTE DE INGRESO, PERO NO SE SABE EL MONTO, AMOTE "999998".												
(8)		PRIMERA FUENTE			SEGUNDA FUENTE			TERCERA FUENTE			CUARTA FUENTE				
		(9A)	(9B)	(9C)	(10A)	(10B)	(10C)	(11A)	(11B)	(11C)	(12A)	(12B)	(12C)		
		FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.		
01	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
02	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
03	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
04	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
05	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
06	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
07	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
08	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
09	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿Tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTIMA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como:  DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTRITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLO, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X	SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enfermedad) en los últimos 30 días?  SI "SI", ¿A QUIEN CONSULTO LA PRIMERA VEZ?  SI CODIGO 01 A 04 PASE A P21. SI CODIGO 05 A 11 PASE A P20.	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó?  SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días?  SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta?  SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
					¿De alguna(s) otra(s)? (LEA LAS ALTERNATIVAS SOLO UNA VEZ)	¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
01	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RDS:	LUGAR:	
02	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
03	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
04	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
05	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
06	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				

304

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTIMA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como:		SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enfermedad) en los últimos 30 días?	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó? SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta? SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
				DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTRITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLO, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X	¿De alguna(s) otra(s)? (LEA LAS ALTERNATIVAS SOLO UNA VEZ)	SI "2" EN P13 Y "YYY" EN P15, PASE A P18. PERSONA, DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Por causa de ese problema de salud cuántos días estuvo (NOMBRE) incapacitado(a) para realizar sus actividades normales (tales como ir al trabajo o a la escuela) en los últimos 30 días?	¿qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
07	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RDS:	LUGAR:	
08	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
09	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
10	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				

NOTA PARA P13A

A QUIEN CONSULTO (P18):

RAZON NO CONSULTO (P19):

LUGAR DE LA CONSULTA (P21)

CIRCULE TODAS LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A TODAS LAS SEMANAS QUE ESTUVO ENFERMO(A).

- 01....MEDICO
- 02....DENTISTA
- 03....ENFERMERA
- 04....SICOLOGO(A)
- 05....NATURISTA (NO MEDICO)
- 06....FARMACEUTICO(A)
- 07....PROMOTOR(A) DE SALUD
- 08....COMADRONA
- 09....CURANDERO
- 10....FAMILIAR
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

- 01....HORARIO INCONVENIENTE
- 02....NO PENSO QUE ERA NECESARIO
- 03....SOLUCIOMO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA
- 04....SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS
- 05....AUSENCIA DE MEDICAMENTOS
- 06....CREE QUE LA ATENCION ES MALA
- 07....LARGA ESPERA
- 08....AUSENCIA DE MEDICO
- 09....NO TIENE DINERO PARA LA CONSULTA
- 10....NO CONFIA EN LOS MEDICOS
- 11....SOLICITO ATENCION Y NO FUE ATENDIDO(A)
- 96....OTRO

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO
- 09....EN EL HOGAR
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atención?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta?  SI NO PAGO, ANOTE "000"	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron?  SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar?  SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)?  LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta?  SI NO USO MEDICINAS O NO SE HIZO EXAMENES DE LABORATORIO U OTRO TIPO DE SERVICIO, DEJE LAS CASILLAS EN BLANCO. SI RECIBIO ESTOS SERVICIOS GRATIS, ANOTE "0000", SI NO SABE CUANTO PAGO, ANOTE "9998".					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE:  ¿Cuánto les devolvió el seguro?  SI NO SABE ANOTE "99998"
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	CONSULTA (27A)	MEDICINAS (27B)	EXAMENES DE LABORATORIO (27C)	OTRO (27D)	TOTAL (27E)	
	MEDIO DE TRANSPORTE	RDS:	MINUTOS HORAS..	MINUTOS HORAS..	FORMA DE PAGO	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:
01											
02											
03											
04											
05											

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCONCHO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte utilizó (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atendieron?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta?  SI NO PAGO, ANOTE "000"	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron?  SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar?  SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)?  LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta?  SI NO USO MEDICINAS O NO SE HIZO EXAMENES DE LABORATORIO U OTRO TIPO DE SERVICIO, DEJE LAS CASILLAS EN BLANCO, SI RECIBIO ESTOS SERVICIOS GRATIS, ANOTE "0000", SI NO SABE CUANTO PAGO, ANOTE "9998".					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE:  ¿Cuánto les devolvió el seguro?  SI NO SABE ANOTE "99998"
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	CONSULTA (27A)	MEDICINAS (27B)	EXAMENES DE LABORATORIO (27C)	OTRO (27D)	TOTAL (27E)	
	MEDIO DE TRANSPORTE	RD\$:	MINUTOS HORAS..	MINUTOS HORAS..	FORMA DE PAGO	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCONCHO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algún problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encía u otro?  (29)	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?  (30)	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses?  (¿Hizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?)  (31)	¿Dónde tuvo lugar la consulta?  (32)	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista?  LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10  (33)	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)?  SI NO SABE, ANOTE "9998".  (34)	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE:  ¿Cuánto les devolvió el seguro?  SI NO SABE ANOTE "9998"  (34A)
01	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 v	LUGAR: <input type="text"/>	FORMA DE PAGO: <input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>
02	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
03	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
04	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
05	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

OBTenga TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algun problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encia u otro?	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses?  (¿Mizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?)	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista?  LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)?  SI NO SABE, ANOTE "9998".	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE:  ¿Cuánto les devolvió el seguro?  SI NO SABE ANOTE "9998"
	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(34A)
06	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 v	LUGAR: [ ] [ ]	FORMA DE PAGO: [ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
07	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[ ] [ ]	[ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
08	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[ ] [ ]	[ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
09	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[ ] [ ]	[ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
10	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[ ] [ ]	[ ] [ ]	RDS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS  
02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS  
03....CLINICA RURAL

309

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 35 A 38A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 39 A 46)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses, ¿Ha usado (NOMBRE) servicio preventivo de salud, como vacunación, chequeos (control) de embarazo, planificación familiar u otros?		¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta o atención recibida por (NOMBRE)?	¿Cuánto se pagó en total por medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención o consulta de (NOMBRE)?	SI CODIGO "06" EN P37, PREGUNTE:  ¿Cuánto les devolvió el seguro?  SI NO SABE ANOTE "99998"
	(35)	(36)	(36)	(37)	(38)	(38A)
	SI NO	LUGAR:	FORMA DE PAGO:	RDS.	RDS:	
01	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
02	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
04	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
05	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
06	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
07	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
08	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
09	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

LUGAR DE LA CONSULTA (P36)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/  
DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/  
PATRONATO
- 09....EN EL HOGAR
- 10....OTRO
- 98....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?	¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)?  (USE CODIGOS DE LA PREGUNTA 36)	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)?  (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES).	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)?  INTERNAMIENTO GRATIS....01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS....02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO....03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES....04 SE PAGO TODO.....05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO.....06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA.....96 NO SABE.....98 (SI "06" CUANTO DEVOLVIO?) (43)	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.?  SI FUE GRATIS ANOTE "00000"  SI NO SABE, ANOTE "99998"	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS			¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal de ese periodo dejó de recibir (NOMBRE) durante su internamiento y recuperación?  SI NO TRABAJA, ANOTE "996"
								Incluyendo el internamiento, y la duración de la recuperación en casa, ¿Cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) incapacitado para realizar sus actividades normales (tales como trabajar, ir a la escuela, etc.)?  (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES, ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES.	DIAS	SEMANAS	
	SI NO		SI.....1 NO.....2	LUGAR:	DIAS SEMANAS MESES	FORMA PAGO RD\$:	RD\$:	DIAS SEMANAS MESES			
01	1 2										
02	1 2										
03	1 2										
04	1 2										
05	1 2										

311



OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?		¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)?	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)?	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)?	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.?	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS	
	SI	NO	(39)	(40)	(40A)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)
06	1	2		SI.....1 NO.....2	LUGAR:	DIAS SEMANAS MESES	FORMA PAGO RDS:	RDS:	DIAS SEMANAS MESES	
07	1	2		SI.....1 NO.....2						
08	1	2		SI.....1 NO.....2						
09	1	2		SI.....1 NO.....2						
10	1	2		SI.....1 NO.....2						

SOLO PARA PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA

¿Sufre (NOMBRE) de pérdida de la memoria?

(¿A (NOMBRE) se le olvidan las cosas con cierta frecuencia?)

¿Cómo se le manifiesta a (NOMBRE) esa pérdida de memoria?

**LIGERA.....01**  
 - HACE LA MISMA PREGUNTA MUCHAS VECES  
 - PIERDE/OLVIDA OBJETOS CON FRECUENCIA  
 - PASA MUCHO TIEMPO BUSCANDO O GUARDANDO COSAS

**MODERADA.....02**  
 - ACUSA A OTROS DE ROBAR LO QUE HA PERDIDO  
 - SE PIERDE AL IR O REGRESAR DE SITIOS CONOCIDOS  
 - NO SABE/ SE OLVIDA EL AÑO EN QUE ESTAMOS  
 - SE EQUIVOCA AL VESTIRSE

**SEVERA.....03**  
 - SE PIERDE DENTRO DE SU MISMA CASA  
 - DESCONOCE A HIJOS Y FAMILIARES MAS CERCANOS  
 - HA PERDIDO LA FACULTAD DE COMUNICARSE

(47)

(48)

01	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
02	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
03	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
04	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
05	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
06	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
07	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
08	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
09	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
10	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>

49

ANOTE LA HORA:

HORAS.....

MINUTOS.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA  
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios sobre preguntas específicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Algún otro comentario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Codificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_