

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> MINUTOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 105 VISITANTE 96 → 105	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿vivía en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO 99 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. SI SON INCONSISTENTES CORRIJA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 111	
108	¿Cuál es el nivel educativo más alto al que asistió: primaria, secundaria o universitaria?	PREESCOLAR..... 1 PRIMARIA..... 2 SECUNDARIA..... 3 UNIVERSITARIA..... 4	
109	¿Cuál fue el último año de estudios que usted aprobó en ese nivel?	CURSO..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
110	VERIFIQUE 108: PREESCOLAR PRIMARIA	108=1 ó 2 <input type="checkbox"/>	108=3 ó 4 SECUNDARIA O UNIVERSITARIA
			114
111	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta la siguiente frase: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA)	115
114	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
115	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
116	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
117	¿Alguna vez ha tomado usted bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	121
118	¿Alguna vez se ha emborrachado con bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	120
119	Durante los últimos tres meses, ¿En cuántas ocasiones se ha emborrachado usted?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NINGÚN DÍA/ NUNCA 97	
120	Durante los últimos tres meses, ¿Cuántos días tomó usted bebidas alcohólicas?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NINGÚN DÍA/ NUNCA 97	
121	¿Le han puesto (se ha puesto) alguna inyección durante los últimos tres meses?	SI..... 1 NO..... 2	201
122	¿Cuántas veces la inyectaron (se inyectó) durante los últimos tres meses?	NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODOS LOS DÍAS..... 96	
123	La última vez que la inyectaron, ¿cuál fue la persona que le aplicó la inyección?	PROFESIONAL DE LA SALUD 01 FARMACEUTICO(A) 02 PRACTICANTE..... 03 CURANDERO..... 04 AMIGO(A)/ O PARIENTE..... 05 ELLA MISMA..... 06 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos nacidos vivos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
202	De los hijos/hijas que usted tuvo, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 204
203	¿Cuántos hijos viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está vivo, pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
205	Cuántos hijos están vivos pero NO viven con usted? Cuántas hijas están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> HIJAS FUERA..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 208
207	¿Cuántos hijos han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS MUERTOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NO <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NINGÚN NACIDO VIVO <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> →	→ 226

↓
211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS.

ORDEN DE NAC.	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto simple o múltiple?	¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTÁ VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTÁ VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTÁ VIVO REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR (REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO)	SI ESTÁ MUERTO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
03	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
04	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
05	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
06	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
07	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR.. 1 HEM.. 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
08	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2

O R D E N D E L N A C .	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
		¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto simple o múltiple?	¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTA VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTA VIVO REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO)	SI ESTA MUERTO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MAS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?	
09	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2	
10	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2	
11	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2	
12	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2	
13	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2	
222 ¿Ha tenido usted algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?										SI..... 1	
SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.										NO..... 2	
223 COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA											
223 A	VERIFIQUE:	PARA CADA NACIMIENTO:	SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)								<input type="checkbox"/>
		PARA CADA HIJO VIVO:	SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)								<input type="checkbox"/>
		PARA CADA HIJO MUERTO:	SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)								<input type="checkbox"/>
223 B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.							1. _____	2. _____		
223 C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1997. SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 226.									<input type="checkbox"/>	
225	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1997 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACION DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. (NOTA: EL NUMERO DE LETRAS 'E' SERA IGUAL A LA DURACION DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 → 229 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8 → 229	
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
230	¿En qué mes y año terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VERIFIQUE 230 ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="text"/> EN ENERO DE 1997 O DESPUÉS	ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="text"/> ANTES DE ENERO DE 1997 → 237	
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232A	ESCRIBA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto después de enero de 1997?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 1997. PONGA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero de 1997?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
236	¿En qué mes y año terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
238	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 → 301 NO SABE..... 8 → 301	
239	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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

301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTÍNUÉ CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.	302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">01</td> <td style="width: 55%;"> ESTERILIZACIÓN FEMENINA (PREPARARSE) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos. </td> <td style="width: 15%; text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td> ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> ¿Ha tenido un esposo (marido) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td> PASTILLAS (PÍLDORAS) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">04</td> <td> DIU (APARATICO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato (espiral, "T" de cobre) en la matriz. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05</td> <td> INYECCIONES Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">06</td> <td> NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">07</td> <td> CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">08</td> <td> CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">09</td> <td> MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td> MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td> RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td> RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td> ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas. </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td> OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos? </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;"> SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> </table>	01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (PREPARARSE) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ha tenido un esposo (marido) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	03	PASTILLAS (PÍLDORAS) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	04	DIU (APARATICO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato (espiral, "T" de cobre) en la matriz.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	05	INYECCIONES Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	06	NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	07	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	08	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	09	MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	10	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	11	RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	12	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	13	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	14	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">303</td> <td style="width: 85%;"> VERIFIQUE 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> PASE A 307 </div> </div> </td> </tr> </table>	303	VERIFIQUE 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> PASE A 307 </div> </div>
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (PREPARARSE) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2																																																								
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ha tenido un esposo (marido) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2																																																								
03	PASTILLAS (PÍLDORAS) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
04	DIU (APARATICO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato (espiral, "T" de cobre) en la matriz.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
05	INYECCIONES Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
06	NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
07	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
08	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
09	MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
10	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
11	RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
12	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
13	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																								
14	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2																																																								
303	VERIFIQUE 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> PASE A 307 </div> </div>																																																										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
304	¿Ha usado usted o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A		329
306	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301 SI ES NECESARIO)		
307	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2, 8 226=1	318
310	¿Actualmente está usted o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	318
311	¿Qué método está(n) usando? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... H MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... I RITMO..... J RETIRO..... K OTRO MÉTODO:..... X (ESPECIFIQUE)	312A 313 316A
311A	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312A	Antes de hacerse la operación/esterilización, ¿firmó usted un papel donde daba su autorización para hacerse esa operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
312B	¿Le hicieron la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo? SI 'SI' ¿fue este nacimiento por cesárea?	SI POR CESÁREA 1 NORMAL..... 2 NO 3	
313	¿Dónde tuvo lugar la esterilización?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE SESPAS 11 HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DEL IDSS 12 HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE FF.AA/P.N. 13 OTRO PÚBLICO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 OTRO PRIVADO: 23 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
314	VERIFIQUE 311: CÓDIGO 'A' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'B' MARCADO <input type="checkbox"/> Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo/marido que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
316	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/esterilizaron?	MES..... <input type="text"/>	
316A	En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	AÑO..... <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																								
317	<p>VERIFIQUE 316/316A:</p> <p>EL AÑO ES 1996 O ANTES <input type="checkbox"/></p> <p>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DE 1997</p> <p>DESPUÉS PASE A → 327</p>	<p>EL AÑO ES 1997 O DESPUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZO A USARLO. ANOTE EL CÓDIGO DEL LUGAR DE OBTENCIÓN DEL MÉTODO EN EL PRIMER MES DE USO EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO</p> <p>DESPUÉS PASE A → 318</p>																																																									
318	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1997. USE LOS NOMBRES DE LO(A)S HIJO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO, O '0' PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 1: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?</p> <p>EN LA COLUMNA 2, ANOTE EL CÓDIGO DEL LUGAR DE OBTENCIÓN DEL MÉTODO EN EL PRIMER MES DE CADA USO. EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 2: ¿Dónde consiguió el método cuando comenzó a usarlo? ¿Dónde consiguió información sobre cómo usar el método [para MELA, RITMO, O RETIRO]?</p> <p>EN LA COLUMNA 3, ANOTE EL CÓDIGO PARA DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO. EL NÚMERO DE CÓDIGOS EN LA COLUMNA 3 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DE METODOS MARCADOS EN LA COLUMNA 1.</p> <p>PREGUNTE POR QUÉ DEJÓ DE USAR EL MÉTODO. SI ESTA SEGUIDO DE UN EMBARAZO, PREGUNTE SI EL EMBARAZO OCURRIÓ MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI DEJÓ DE USAR EL MÉTODO PORQUE QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 3: ¿Por qué dejó usted de usar ese método? ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (MÉTODO), o usted lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones?</p> <p>SI DELIBERADAMENTE DEJÓ DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE:</p> <p> ¿Cuántos meses le tomó a usted quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)? Y ANOTE '0' EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.</p>																																																										
321	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	<table border="0"> <tr><td>NO CÓDIGOS MARCADOS.....</td><td>00</td><td>→</td><td>329</td></tr> <tr><td>ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....</td><td>01</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....</td><td>02</td><td>→</td><td>331</td></tr> <tr><td>PASTILLAS.....</td><td>03</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIU.....</td><td>04</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>INYECCIONES.....</td><td>05</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IMPLANTE O NORPLANT.....</td><td>06</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONDÓN.....</td><td>07</td><td>→</td><td>328</td></tr> <tr><td>TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....</td><td>08</td><td>→</td><td>328</td></tr> <tr><td>MELA (LACTANCIA Y AMENORREA).....</td><td>09</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RITMO.....</td><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RETIRO.....</td><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO MÉTODO: _____</td><td>96</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	NO CÓDIGOS MARCADOS.....	00	→	329	ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....	01			ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....	02	→	331	PASTILLAS.....	03			DIU.....	04			INYECCIONES.....	05			IMPLANTE O NORPLANT.....	06			CONDÓN.....	07	→	328	TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....	08	→	328	MELA (LACTANCIA Y AMENORREA).....	09			RITMO.....	10			RETIRO.....	11			OTRO MÉTODO: _____	96			(ESPECIFIQUE)				
NO CÓDIGOS MARCADOS.....	00	→	329																																																								
ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....	01																																																										
ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....	02	→	331																																																								
PASTILLAS.....	03																																																										
DIU.....	04																																																										
INYECCIONES.....	05																																																										
IMPLANTE O NORPLANT.....	06																																																										
CONDÓN.....	07	→	328																																																								
TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....	08	→	328																																																								
MELA (LACTANCIA Y AMENORREA).....	09																																																										
RITMO.....	10																																																										
RETIRO.....	11																																																										
OTRO MÉTODO: _____	96																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																											
322	<p>Usted consiguió (MÉTODO ACTUAL) en (FUENTE DE MÉTODO EN EL CALENDARIO) en (FECHA).</p> <p>¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?</p>	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td>1</td><td>→</td><td>324</td></tr> <tr><td>NO.....</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> </table>	SI.....	1	→	324	NO.....	2																																																			
SI.....	1	→	324																																																								
NO.....	2																																																										
323	<p>¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?</p>	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td>2</td><td>→</td><td>327</td></tr> </table>	SI.....	1			NO.....	2	→	327																																																	
SI.....	1																																																										
NO.....	2	→	327																																																								
324	<p>¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema?</p>	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> </table>	SI.....	1			NO.....	2																																																			
SI.....	1																																																										
NO.....	2																																																										
327	<p>VERIFIQUE 311/311A:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	<table border="0"> <tr><td>ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....</td><td>01</td><td>→</td><td>331</td></tr> <tr><td>ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....</td><td>02</td><td>→</td><td>331</td></tr> <tr><td>PASTILLAS.....</td><td>03</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIU.....</td><td>04</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>INYECCIONES.....</td><td>05</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IMPLANTES.....</td><td>06</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONDÓN.....</td><td>07</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....</td><td>08</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MELA (LACTANCIA/AMENORREA).....</td><td>09</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RITMO.....</td><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RETIRO.....</td><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO: _____</td><td>96</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....	01	→	331	ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....	02	→	331	PASTILLAS.....	03			DIU.....	04			INYECCIONES.....	05			IMPLANTES.....	06			CONDÓN.....	07			TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....	08			MELA (LACTANCIA/AMENORREA).....	09			RITMO.....	10			RETIRO.....	11			OTRO: _____	96			(ESPECIFIQUE)								
ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....	01	→	331																																																								
ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....	02	→	331																																																								
PASTILLAS.....	03																																																										
DIU.....	04																																																										
INYECCIONES.....	05																																																										
IMPLANTES.....	06																																																										
CONDÓN.....	07																																																										
TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA.....	08																																																										
MELA (LACTANCIA/AMENORREA).....	09																																																										
RITMO.....	10																																																										
RETIRO.....	11																																																										
OTRO: _____	96																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
328	¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE SESPAS 11 HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DEL IDSS 12 HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE FF.AA/P.N. 13 PROMOTOR(A) DE SESPAS 14 OTRO PÚBLICO: 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA 22 COLMADO/SUPERMERCADO 23 HOTEL/MOTEL 24 FARMACIA 25 PROMOTOR(A) ONG's..... 26 OTRO PRIVADO: 27 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	331
329	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	331
330	¿Cuál es ese lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS DE LA INFORMANTE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE SESPAS A HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DEL IDSS B HOSPITAL/CLÍNICA/DISPENSARIO DE FF.AA/P.N. C PROMOTOR(A) DE SESPAS D OTRO PÚBLICO: E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/CONSULTORIO O MÉDICO PRIVADO F CLÍNICA DE PROFAMILIA G COLMADO/SUPERMERCADO H HOTEL/MOTEL I FARMACIA J PROMOTOR(A) ONG's..... K OTRO PRIVADO: L (ESPECIFIQUE) OTRA X (ESPECIFIQUE)	
331	¿En los últimos 12 meses ha sido visitada por una promotora/voluntaria que le habló sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
332	¿En los últimos 12 meses ha visitado alguna clínica u hospital para el cuidado suyo o de su(s) hijo(s)?	SI..... 1 NO..... 2	334
333	¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
334	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen de papanicolau?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen (con las manos o rayos X) de los senos para ver si tenía algún tumor? Si 'SI', ¿Qué tipo de examen le hicieron?	MAMOGRAFÍA 1 TACTO 2 AMBOS 3 NO SE HIZO 4	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1997	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1997	<input type="checkbox"/> → PASE A 485	
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1997. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS VIVOS ANOTE TAMBIEN EL NOMBRE	<p align="center">ÚLTIMO NACIDO VIVO</p> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (ÚLTIMA LINEA LLENADA) NOMBRE _____	<p align="center">PENÚLTIMO NACIDO VIVO</p> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PENÚLTIMA LINEA LLENADA) NOMBRE _____	<p align="center">ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</p> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (ANTEPENÚLTIMA LINEA LLENADA) NOMBRE _____
404	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más tarde, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 423) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 423) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿Se chequeó el embarazo alguna vez? SI 'SI', ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE VIO.	<p align="center">PROFESIONAL DE LA SALUD</p> MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C ENFERMERA..... D <p align="center">OTRA PERSONA</p> COMADRONA/PARTERA..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y (PASE A 415) ←		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se chequeó por primera vez?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
409	¿Cuántas veces la examinaron o la chequearon durante ese embarazo?	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
410	VERIFIQUE 409: NUMERO DE VECES QUE RECIBIO ATENCION PRENATAL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MAS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASE A 412)		
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a chequearse ese embarazo por última vez?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
412	Durante ese embarazo, ¿cuántas veces A la pesaron? B le escucharon los latidos del corazón al bebé? C le tomaron la presión arterial? D le hicieron un examen de orina? E le hicieron un examen de sangre? F le midieron la barriga?	<p align="center">No. Veces</p> PESARON..... <input type="text"/> <input type="text"/> LATIDOS BEBE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PRESION ARTERIAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> EXAMEN DE ORINA..... <input type="text"/> <input type="text"/> EXAMEN DE SANGRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> BARRIGA..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
413	¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 415) ←		
414	¿Le dijeron a donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO SE ACUERDA..... 8		
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ←		
416	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa inyección?	VECES / DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
417	Durante ese embarazo, ¿Tomó hierro en pastilla o jarabe, o recibió inyecciones de hierro (sulfato ferroso)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←		
418	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días recibió hierro en inyección pastillas o jarabe ? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE EL NUMERO DE DIAS APROXIMADO.	TOTAL DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
419	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
420	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
421	Durante ese embarazo, ¿Le hicieron la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 423) ←		
421A	¿Alguien le pidió permiso para hacerle la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
421B	¿Le dieron alguna charla u orientación relacionada con esa prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
421C	¿Le entregaron los resultados de esa prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
423	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
424	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←
425	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? SOLICITE QUE LE MUESTRE LA TARJETA DE SALUD Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	Lbs. Onz. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Lbs. Onz. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Lbs. Onz. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? SONDEE: ¿Alguién más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C ENFERMERA..... D OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... E AMIGO/PARIENTE..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C ENFERMERA..... D OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... E AMIGO/PARIENTE..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C ENFERMERA..... D OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... E AMIGO/PARIENTE..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y
427	¿Dónde usted dió a luz a (NOMBRE)?	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CLÍNICA RURAL..... 13 OTRO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CLÍNICA RURAL..... 13 OTRO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CLÍNICA RURAL..... 13 OTRO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←
428	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←
428A	¿Cuál fue la razón principal por la que su médico le dijo que tenía que hacerse cesárea?	POSICIÓN ANORMAL (DE PIE/DE NALGA)..... 01 PRESIÓN ALTA..... 02 POR CESÁREA ANTERIOR..... 03 PLACENTA PREVIA..... 04 NIÑO MUY GRANDE..... 05 PELVIS MUY ESTRECHA..... 06 PROBLEMA CON CORDÓN UMBILICAL..... 07 SANGRADO..... 08 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	POSICIÓN ANORMAL (DE PIE/DE NALGA)..... 01 PRESIÓN ALTA..... 02 POR CESÁREA ANTERIOR..... 03 PLACENTA PREVIA..... 04 NIÑO MUY GRANDE..... 05 PELVIS MUY ESTRECHA..... 06 PROBLEMA CON CORDÓN UMBILICAL..... 07 SANGRADO..... 08 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	POSICIÓN ANORMAL (DE PIE/DE NALGA)..... 01 PRESIÓN ALTA..... 02 POR CESÁREA ANTERIOR..... 03 PLACENTA PREVIA..... 04 NIÑO MUY GRANDE..... 05 PELVIS MUY ESTRECHA..... 06 PROBLEMA CON CORDÓN UMBILICAL..... 07 SANGRADO..... 08 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
429	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún profesional de la salud o partera/comadrona le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←
430	¿A los cuántos días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo médico? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
431	¿Quién la chequeó en ese momento? INDAGUE POR LA PERSONA MÁS CALIFICADA	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... 1 GINECÓLOGO/OBSTETRA..... 2 MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... 3 ENFERMERA..... 4 OTRO PERSONAL COMADRONA/PARTERA 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)		
432	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo?	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CLÍNICA RURAL..... 13 OTRO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
433	Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2		
434	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2 (PASE A 437) ←		
435	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←
436	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
437	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)		
438	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←		
439	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
440	¿Le dió el seno (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←
441	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el seno? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz y antes de que le comenzara a usted a salir la leche regularmente ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←
443	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a usted le comenzara a salir la leche regularmente? SONDEE: ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA A AGUA SOLA B DEXTOSA GLUCOSADA C AGUA AZUCARADA D JUGO DE FRUTA E FÓRMULA PARA BEBÉS F TÉ / INFUSIONES G MIEL H OTRO X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA A AGUA SOLA B DEXTOSA GLUCOSADA C AGUA AZUCARADA D JUGO DE FRUTA E FÓRMULA PARA BEBÉS F TÉ / INFUSIONES G MIEL H OTRO X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA A AGUA SOLA B DEXTOSA GLUCOSADA C AGUA AZUCARADA D JUGO DE FRUTA E FÓRMULA PARA BEBÉS F TÉ / INFUSIONES G MIEL H OTRO X (ESPECIFIQUE)
444	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 446)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 446)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 446)
445	¿Todavía le está dando el seno a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2
446	¿Durante cuántos meses le dió usted el seno a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____			
447	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 454)
448	¿Cuántas veces le dió el seno a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
449	¿Cuántas veces le dió el seno a (NOMBRE) durante el día de ayer (6a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
450	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón (diferente del seno)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
451	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
451A	¿Durante el día de ayer y anoche cuántas veces le dió a (NOMBRE) puré o alimentos sólidos o semi-sólidos? SI 7 VECES O MÁS, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8			
452	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE) ha recibido durante los últimos 7 días, incluyendo el día de ayer. PREGUNTE PRIMERO 452A PARA TODOS LOS ALIMENTOS SI 7 VECES O MÁS, ANOTE '7'. SI NO SABE, ANOTE '8'. SI NADA, ANOTE '0'. PREGUNTE DESPUES 452B PARA CADA UNO DE LOS ALIMENTOS RECIBIDOS POR LO MENOS UNA VEZ	452A ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días le dió a (NOMBRE) (ALIMENTO)? NÚMERO DE DÍAS	452B ¿En total, cuántas veces durante el día de ayer y anoche le dió a (NOMBRE) (ALIMENTO)? NÚMERO DE VECES				
A	Agua?	a <input type="text"/>	a <input type="text"/>				
B	Leche de fórmula para bebé?	b <input type="text"/>	b <input type="text"/>				
C	Otro tipo de leche como leche entera, leche en polvo, o leche fresca (vaca, cabra)?	c <input type="text"/>	c <input type="text"/>				
D	Jugos de fruta?	d <input type="text"/>	d <input type="text"/>				
E	Otros líquidos como agua de azúcar, te café, refrescos o caldo?	e <input type="text"/>	e <input type="text"/>				
F	Algún alimento hecho a base de cereales (Ej. Maíz, arroz, trigo, avena, etc.)?	f <input type="text"/>	f <input type="text"/>				
G	Auyama, batata, zanahorias?	g <input type="text"/>	g <input type="text"/>				
H	Algún otro alimento hecho de víveres (Ej. Papa, ñame, yautía, plátano verde, casabe, etc.)?	h <input type="text"/>	h <input type="text"/>				
I	Algunas verduras de color verde oscuro (espinacas, brócoli, berro)?	i <input type="text"/>	i <input type="text"/>				
J	Mango maduro, lechoza madura, zapote?	j <input type="text"/>	j <input type="text"/>				
K	Alguna otra fruta o vegetal (Ej. guineos, naranjas, plátano maduro, manzanas, aguacate, tomates)?	k <input type="text"/>	k <input type="text"/>				
L	Carne, pollo, pescado, mariscos, o huevos?	l <input type="text"/>	l <input type="text"/>				
M	Alimento hecho de granos (Ej. Soya, frijoles, guandules, o mani)?	m <input type="text"/>	m <input type="text"/>				
N	Queso o yoghurt?	n <input type="text"/>	n <input type="text"/>				
O	Algún alimento preparado con grasa, mantequilla, o aceite?	o <input type="text"/>	o <input type="text"/>				
453		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 454			

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

454	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1997. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIOS ADICIONALES PARA CADA UNO.																																																																																																																																																												
455	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 21:	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																																																																																																																																																									
456	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484)																																																																																																																																																									
457	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A en los últimos 6 meses? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																									
458	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI' ¿Puedo verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE TARJETA..... 3																																																																																																																																																									
459	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←																																																																																																																																																									
460	1) COPIE DE LA TARJETA, LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SAR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SAR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SAR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HB2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PE3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																											
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																											
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																											
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
SAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
HR	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
PE3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
V A	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																											
461	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en esta tarjeta, incluyendo vacunas recibidas en jornadas nacionales de vacunación? ANOTE 'SI' SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, POLIO 0-3,DPT 1-3, Y/O SARAMPION, HEPATITIS 1-R,PENTA 1-3, VITAMINA A	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 460) ← NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 460) ← NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 460) ← NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																									
462	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de jornadas nacionales de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←																																																																																																																																																									
463A	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																									
463B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←																																																																																																																																																									
463C	¿Cuándo recibio (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el POLIO, cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2																																																																																																																																																									
463D	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra el POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																																																																																																																																																									

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
463E	¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en las nalgas o en la pierna, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←
463F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
463G	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el SARAMPIÓN?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463H	¿Recibió la vacuna Hepatitis B, que es una inyección que se pone al niño(a) cuando nace, al mes, y a los seis meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463J) ←
463I	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
463J	¿Recibió la vacuna Penta, que es una inyección que se pone a los niños a los dos meses, a los cuatro y a los seis meses de nacido?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←
463K	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
464	¿Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante los últimos dos años fueron parte de una campaña nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
466	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
467	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←
468	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y rápidas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
469	VERIFIQUE 466 Y 467: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472) ←
471	¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la fiebre o tos? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ANOTE TODOS LOS LUGARES/ PERSONAS MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PUBLICO..... A POLICLÍNICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA, CONSULTORIO, MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO, BRUJO L EN LA CASA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PUBLICO..... A POLICLÍNICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA, CONSULTORIO, MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO, BRUJO L EN LA CASA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PUBLICO..... A POLICLÍNICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA, CONSULTORIO, MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO, BRUJO L EN LA CASA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)
472	VERIFIQUE 466 SI TUVO FIEBRE:	"SI" EN 466 <input type="checkbox"/> NO/NO SABE EN 466 <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 <input type="checkbox"/> NO/NO SABE EN 466 <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 <input type="checkbox"/> NO/NO SABE EN 466 <input type="checkbox"/> (PASE A 475)
473	¿Le dió a (NOMBRE) alguna medicina/ medicamento para la fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO		
	NÚMERO DE ORDEN			NÚMERO DE ORDEN			NÚMERO DE ORDEN		
	NOMBRE _____			NOMBRE _____			NOMBRE _____		
474	¿Cuáles medicinas / medicamentos tomó (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro medicamento? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	ACETAMINOFEN A FANSIDAR B CLOROQUINA C ASPIRINA D IBUPROFENO E OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ACETAMINOFEN A FANSIDAR B CLOROQUINA C ASPIRINA D IBUPROFENO E OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ACETAMINOFEN A FANSIDAR B CLOROQUINA C ASPIRINA D IBUPROFENO E OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z					
475	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←					
476	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8					
477	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dió más o le dió menos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8					
478	Le dió a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre? B ¿Pedialite? C ¿Suero casero?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 PEDIALITE..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 PEDIALITE..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 PEDIALITE..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8					
479	¿Le dió algo más para tratar la diarrea a (NOMBRE) distinto a los sueros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←					
480	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCION..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCION..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCION..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)					
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←					
482	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A POLICLINICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO L EN LA CASA M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A POLICLINICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO L EN LA CASA M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A POLICLINICA..... B DISPENSARIO PÚBLICO..... C CLÍNICA RURAL..... D PROMOTORA DE SESPAS E OTRO _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... H OTRA PROMOTORA I FARMACIA..... J OTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE CURANDERO/ BRUJO L EN LA CASA M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)					
483		REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 484					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
484	VERIFIQUE 478A Y 478B, TODOS LOS NIÑOS: NINGÚN NIÑO RECIBIÓ SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL O PEDIALITE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ALGÚN NIÑO RECIBIÓ SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL O PEDIALITE <input type="checkbox"/>	486
485	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre o, del Pedialite que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
486	VERIFIQUE 215 Y 218: ENTREVISTADA TIENE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1997 QUE VIVEN CON ELLA UNO O MÁS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	496
487	¿Qué pasa usualmente con las materiales fecales (cacá) de su hijo (el más pequeño) cuando éste no usa el sanitario?	SIEMPRE USA SANITARIO/LETRINA..... 01 LA TIRA EN EL SANITARIO/LETRINA..... 02 LO ECHA AL ZAFACON DE LA BASURA 03 LA TIRA FUERA DEL PATIO..... 04 LA ENTIERRA EN EL PATIO 05 LE ECHA AGUA 06 SE DEJA AHI/ NO SE HACE NADA 07 USA PAMPER 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
488	Cuando (su hijo/uno de sus hijos) está seriamente enfermo, ¿Es usted misma quien decide si es necesario llevarlo al médico?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3	
496	¿Actualmente usted fuma cigarrillos o tabaco? SI 'SI': ¿Qué fuma? ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.	SI, CIGARRILLOS A SI, PIPA B SI, OTRO TABACO C NO Y	500
497	VERIFIQUE 496 CODIGO 'A' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CODIGO 'A' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	500
498	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
517	¿Con quién tuvo su última relación sexual?	ESPOSO/MARIDO 01 EX-ESPOSO/EX-MARIDO 02 NOVIO/PROMETIDO..... 03 AMIGO..... 04 CONOCIDO CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADOR SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	519
518	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
519	Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?	SI..... 1 NO..... 2	523A
520	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa otra persona, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	521
520A	¿Cuál fue la razón principal por la cual usted usó condón en esa ocasión?	PARA PROTEGERSE DEL VIH/SIDA..... 01 PARA PROTEGERSE DE UNA ETS..... 02 PARA EVITAR UN EMBARAZO..... 03 PARA PREVENIR AMBOS: VIH/SIDA Y EMBARAZO 04 NO CONFIABA EN SU PAREJA/PIENSA QUE ÉL TIENE OTRAS PAREJAS 05 SU PAREJA SE LO PIDIO/INSISTIÓ 06 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
521	¿Cuál es (era) su relación con esa otra persona es decir, quién es (era) esa otra persona?	ESPOSO/COMPAÑERO 01 EX-ESPOSO/EX-MARIDO 02 NOVIO/PROMETIDO..... 03 AMIGO..... 04 CONOCIDO CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADOR SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	522A
522	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
522A	Aparte de esas dos personas ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	523A
522B	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa otra persona ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	522D
522C	¿Cuál fue la razón principal por la cual usted usó condón en esa otra ocasión?	PARA PROTEGERSE DEL VIH/SIDA..... 01 PARA PROTEGERSE DE UNA ETS..... 02 PARA EVITAR UN EMBARAZO..... 03 PARA PREVENIR AMBOS: VIH/SIDA Y EMBARAZO 04 NO CONFIABA EN SU PAREJA/PIENSA QUE ÉL TIENE OTRAS PAREJAS 05 SU PAREJA SE LO PIDIO/INSISTIÓ 06 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
522D	¿Cuál es (era) su relación con esa otra persona, es decir, quién es (era) esa otra persona?	ESPOSO/COMPAÑERO 01 EX-ESPOSO/EX-MARIDO 02 NOVIO/PROMETIDO..... 03 AMIGO..... 04 CONOCIDO CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADOR SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	523

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
522E	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>	
523	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	NÚMERO DE PAREJAS <input type="text"/>	
523A	¿Alguna vez usted ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	SI..... 1 NO..... 2	
523B	VERIFIQUE 515 RELACIONES SEXUALES ÚLTIMOS 3 MESES <input type="checkbox"/>	NO RELACIONES SEXUALES ÚLTIMOS 3 MESES <input type="checkbox"/>	524
523C	Durante los últimos 3 meses ¿Ha usado condón en sus relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	524
523D	Durante los últimos 3 meses, usted y su pareja usaron el condón ¿Siempre, casi siempre, algunas veces, rara vez o nunca?	SIEMPRE 1 CASI SIEMPRE 2 ALGUNAS VECES 3 RARA VEZ 4 NUNCA 5	601
524	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	601
525	¿Cuál es ese lugar? ANOTE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS	SECTOR PUBLICO HOSPITAL/POLICLÍNICA A CLÍNICA RURAL B CONSULTORIO/DISPENSARIO C PROMOTOR(A) D OTRO PUBLICO E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO PROFAMILIA Y CLÍNICAS ASOCIADAS..... F CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... G OTRO PRIVADO H (ESPECIFIQUE) OTRAS FUENTES COLMADO/SUPERMERCADO..... I FARMACIA J BARBERIA, SALÓN DE BELLEZA..... K PROMOTORA DE ONG's L AMIGOS/PARIENTES..... M HOTEL/MOTEL..... N OTRO X (ESPECIFIQUE)	
526	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA 8	

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>		614
602	<p>VERIFIQUE 226: 226=2, 8</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=1</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1</p> <p>NO MÁS HIJOS/ NINGUN HIJO 2 → 604</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 614</p> <p>INDECISA/NO SABE/INSEGURA PARA NO EMBARAZADAS..... 4 → 608</p> <p>PARA EMBARAZADAS..... 5 → 610</p>	
603	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo?</p> <p>¿Después del nacimiento que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?</p>	<p>MESES..... 1 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>PRONTO/AHORA..... 993 → 609</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614</p> <p>DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995</p> <p>OTRO: _____ 996 → 609 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 998</p>	
604	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		610
605	<p>VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO:</p> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p>		608
606	<p>VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 603. QUIERE ESPERAR:</p> <p>24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>MENOS DE 24 MESES O MENOS DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		610
607	<p>VERIFIQUE 602:</p> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/> 602=1</p> <p>NO QUIERE MÁS HIJOS <input type="checkbox"/> 602=2</p> <p>Usted me dijo que <u>no quería un (otro) hijo pronto</u>, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada.</p> <p>¿Me podría decir por qué no está usando un método?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>Usted me dijo que <u>no quería tener (más) hijos</u>, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada.</p> <p>¿Me podría decir por qué no está usando método?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO EN UNIÓN A</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/ HISTERECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p>OPOSICIÓN A USAR:</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... O</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</p> <p>RAZONES DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>USO INCONVENIENTE..... R</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S</p> <p>RAZONES DE ACCESO/COSTO</p> <p>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... T</p> <p>MUY COSTOSO..... U</p> <p>OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	<p>Si en las semanas siguientes usted descubriera que está embarazada, ¿para usted sería esto un gran problema, un pequeño problema, o no sería problema?</p>	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERÍA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 4</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
609	VERIFIQUE EN 310 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: NO ESTÁ USANDO O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	SÍ, USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	614
610	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SÍ..... 1 NO..... 2 → 612 NO SABE..... 8 → 612	
611	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 614 CONDÓN FEMENINO..... 08 DIAFRAGMA..... 09 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA..... 98	
612	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FREC..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.. 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	VERIFIQUE 612 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>	614
613	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 → 616 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA..... 96 → 616 _____ (ESPECIFIQUE)	
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas hembras, y para cuántos no le importaría el sexo?	VARONES MUJERES CUALQUIERA NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar un embarazo?	DE ACUERDO 1 DESACUERDO 2 NO SABE/INSEGURA 3	
617	¿Durante los últimos meses usted ha: escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? visto en la televisión algo sobre planificación familiar? leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	SI NO RADIO 1 2 TELEVISION 1 2 PERIODICOS / REVISTAS 1 2	
619	¿En los últimos meses, ha hablado sobre planificación familiar con amigos, vecinos o parientes?	SI 1 NO 2 → 621	
620	¿Con quién ha hablado? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPOSO/COMPAÑERO A MADRE B PADRE C HERMANA(S) D HERMANO(S) E HIJA(S) F HIJO(S) G SUEGRA H AMIGOS/VECINOS I OTRO X (ESPECIFIQUE)	
621	VERIFIQUE 501: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=2 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3 → 628		
622	VERIFIQUE 311/311A: SI USA ACTUALMENTE ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> → 624		
623	Usted me ha dicho que está usando (MÉTODO). ¿Usted diría que el uso de (MÉTODO) fue su decisión, la de su esposo (marido) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 ESPOSO/MARIDO 2 → 625 DECISIÓN CONJUNTA 3 → 625 OTRA 6 (ESPECIFIQUE)	
624	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (marido) sobre la planificación familiar. ¿Usted piensa que su esposo (marido) aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar los embarazos?	APRUEBA 1 DESAPRUEBA 2 NO SABE 8	
625	¿Con qué frecuencia usted habla con su esposo (marido) acerca de la planificación familiar?	NUNCA 1 ALGUNAS VECES 2 MUY A MENUDO 3	
626	VERIFIQUE 311/311A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> → 628		
627	¿Usted piensa que su esposo (marido) desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO 1 MÁS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 8	
628	Marido y mujer no siempre están de acuerdo en lo que concierne a los derechos y deberes de cónyuges. Dígame por favor si usted está de acuerdo en que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo cuando: A ¿Ella sabe que su marido tiene una enfermedad de transmisión sexual (venérea)? B ¿Ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otra mujer? C ¿Ella ha tenido recientemente un parto? D ¿Ella está cansada o no está de humor? E ¿Ella está con la regla? F ¿Ella no quiere salir embarazada? G ¿Él la golpea? H ¿Él está borracho?	SI NO NO SABE TIENE UNA ETS 1 2 8 OTRA MUJER 1 2 8 PARTO RECIENTE 1 2 8 CANSADA 1 2 8 REGLA 1 2 8 NO EMBARAZO 1 2 8 GOLPEA 1 2 8 BORRACHO 1 2 8	

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	<p>VERIFIQUE 501, 502:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> 501=1,2</p> <p>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> 502=1,2</p> <p style="text-align: right;">NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 502=3</p>	<p>703</p> <p>707</p>	
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/marido?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
703	¿Su (último) esposo/marido alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706
704	¿Cuál es el nivel educativo más alto al que asistió: primaria, secundaria o universitaria?	PREESCOLAR..... 1 PRIMARIA..... 2 SECUNDARIA..... 3 UNIVERSITARIA..... 4 NO SABE..... 8	706
705	¿Cuál fué el último año de estudios que aprobó en ese nivel?	GRADO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE..... 98	
706	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la ocupación de su esposo/marido? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace (hacia) él principalmente?</p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/marido? Es decir, ¿qué clase de trabajo <u>hacía</u> él principalmente?</p>	<p><input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
707	Además del trabajo del hogar ¿Actualmente está usted trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	710
708	<p>Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia.</p> <p>¿En la actualidad está usted haciendo alguno de estos trabajos?</p>	SI..... 1 NO..... 2	710
709	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	721
710	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?	<p>_____ <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
711	<p>VERIFIQUE 710</p> <p>TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>	713	
712	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4	
713	¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
715	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	
716	<p>¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?</p> <p>INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo?</p>	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	721 721

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																												
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que usted gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y EL ESPOSO (MARIDO)..... 3 OTRA PERSONA 4 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 5																																													
718	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6																																													
721	VERIFIQUE 202, 204: TIENE HIJOS VIVOS: UNO O MÁS HIJOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> → 727																																														
722	¿Quién en su casa tiene (o tenía) la última palabra en: A la educación de los hijos? B en qué hacer cuando un niño se enferma? C en cómo disciplinar a los niños? D en sí tener otro hijo?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ELLA</th> <th>ESPOSO/ COMPA- ÑERO</th> <th>AMBOS</th> <th>OTRA PER- SONA</th> <th>ELLA Y OTRA PER- SONA</th> <th>NA- DIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDUCACIÓN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ENFERMEDAD....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>DISCIPLINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>OTRO HIJO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ELLA	ESPOSO/ COMPA- ÑERO	AMBOS	OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	NA- DIE	EDUCACIÓN	1	2	3	4	5	6	ENFERMEDAD....	1	2	3	4	5	6	DISCIPLINA.....	1	2	3	4	5	6	OTRO HIJO	1	2	3	4	5	6										
	ELLA	ESPOSO/ COMPA- ÑERO	AMBOS	OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	NA- DIE																																									
EDUCACIÓN	1	2	3	4	5	6																																									
ENFERMEDAD....	1	2	3	4	5	6																																									
DISCIPLINA.....	1	2	3	4	5	6																																									
OTRO HIJO	1	2	3	4	5	6																																									
727	Ahora me gustaría tener su opinión acerca de algunos aspectos de la vida familiar. Por favor, dígame si usted está de acuerdo o en desacuerdo: A Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres de la familia. B Si la mujer trabaja fuera del hogar, el esposo/marido debe ayudar en los quehaceres del hogar. C No se debe permitir que una mujer casada trabaje fuera de la casa, aunque ella quiera. D La esposa tiene el derecho a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que el esposo/marido dice. E Una esposa debe aguantar que su esposo (marido) le pegue con el objetivo de mantener la familia unida. F Es mejor educar a un hijo que a una hija .	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DE ACUERDO</th> <th>DESA- CUERDO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POR EL HOMBRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARIDO DEBE AYUDAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO SE DEBE PERMITIR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DERECHO OPINIÓN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DEBE AGUANTAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EDUCAR HIJO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	DESA- CUERDO	NS	POR EL HOMBRE	1	2	8	MARIDO DEBE AYUDAR	1	2	8	NO SE DEBE PERMITIR.....	1	2	8	DERECHO OPINIÓN	1	2	8	DEBE AGUANTAR.....	1	2	8	EDUCAR HIJO.....	1	2	8																	
	DE ACUERDO	DESA- CUERDO	NS																																												
POR EL HOMBRE	1	2	8																																												
MARIDO DEBE AYUDAR	1	2	8																																												
NO SE DEBE PERMITIR.....	1	2	8																																												
DERECHO OPINIÓN	1	2	8																																												
DEBE AGUANTAR.....	1	2	8																																												
EDUCAR HIJO.....	1	2	8																																												
728	Ahora le voy hacer una serie de preguntas, por favor responda sí o no. A ¿Se siente usted libre de hacer lo que quiera? B ¿Considera usted que tiene igual derecho que los hombres? C ¿Se siente usted sometida u oprimida en su hogar? D ¿Cree usted que se le respeta y se toma en cuenta su opinión? E ¿Sería importante para usted la posibilidad de tener un puesto de responsabilidad en el trabajo? F ¿Se siente usted esclava en la casa? G ¿Tiene usted tiempo de compartir con sus amigas y salir juntas? H ¿Está usted interesada en cuestiones políticas? I ¿Es importante para usted trabajar fuera de la casa? SI ES SOLTERA NO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA J ¿Dedica usted mucho tiempo al marido y/o los hijos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIBRE DE HACER</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>IGUAL DERECHO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SOMETIDA/OPRIMIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RESPECTA SU OPINIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RESPONSAB. EN TRABAJO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ESCLAVA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COMPARTIR CON AMIGAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INTERESADA EN POLÍTICA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO FUERA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	LIBRE DE HACER	1	2	8	IGUAL DERECHO	1	2	8	SOMETIDA/OPRIMIDA	1	2	8	RESPECTA SU OPINIÓN.....	1	2	8	RESPONSAB. EN TRABAJO	1	2	8	ESCLAVA	1	2	8	COMPARTIR CON AMIGAS	1	2	8	INTERESADA EN POLÍTICA	1	2	8	TRABAJO FUERA	1	2	8	TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																																												
LIBRE DE HACER	1	2	8																																												
IGUAL DERECHO	1	2	8																																												
SOMETIDA/OPRIMIDA	1	2	8																																												
RESPECTA SU OPINIÓN.....	1	2	8																																												
RESPONSAB. EN TRABAJO	1	2	8																																												
ESCLAVA	1	2	8																																												
COMPARTIR CON AMIGAS	1	2	8																																												
INTERESADA EN POLÍTICA	1	2	8																																												
TRABAJO FUERA	1	2	8																																												
TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS	1	2	8																																												
730	Aproximadamente ¿Cuántas horas diarias dedica usted a las tareas domésticas?	NÚMERO DE HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNA00																																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
731	Durante los últimos 7 días ¿Usted o alguien de su hogar se fue a dormir con hambre porque no había que comer?		SI..... 1 NO..... 2		734
732	Durante los últimos 7 días ¿Cuántas veces se ha ido usted a dormir con hambre?		NINGÚN DIA (CERO DIAS)..... 0 DE 1 A 7 <input type="checkbox"/>		
733	Durante los últimos 7 días ¿Quién (más) en su hogar se ha ido a dormir con hambre? SONDEE: ¿Alguien más?		ESPOSO/MARIDO A HIJO(S) B HIJA(S) C OTRO PARIENTE MASCULINO D OTRO PARIENTE FEMENINO E NADIE MÁS Y		
734	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre asuntos económicos. Le hago estas preguntas sólo para tener un mejor entendimiento de la posición económica de la mujer				
736					
A	Por favor dígame si usted sola o con alguien más ¿Tiene tierra?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	→ A En caso de emergencia, ¿Podría usted vender la tierra, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
B	¿Usted sola o con alguien más es dueña de esta casa (apartamento)?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	→ B En caso de emergencia, ¿Podría usted vender esta casa (apartamento), sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
C	¿Usted sola o con alguien más es dueña de otra casa o apartamento?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	→ C En caso de emergencia, ¿Podría usted vender la otra casa o apartamento, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
D	¿Usted sola o con alguien más es dueña de algún negocio / empresa?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIO..... 2 NO TIENE..... 3	→ D En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el negocio (empresa), sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
E	¿Usted sola o con alguien más tiene ganado?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIO..... 2 NO TIENE..... 3	→ E En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el ganado, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
F	¿Usted sola o con alguien más tiene vehículo?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIO..... 2 NO TIENE..... 3	→ F En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el vehículo, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
G	¿Usted sola o con alguien más tiene joyas / piedras preciosas?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	→ G En caso de emergencia, ¿Podría usted vender las joyas (piedras preciosas), sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
738	¿Tiene dinero propio que sólo usted decide cómo gastar?		SI..... 1 NO..... 2		
739	¿Tiene usted cuenta bancaria o una cuenta en cualquier otra institución de ahorros bajo su nombre o junto con otra persona?		SI, EN SU PROPIO NOMBRE..... 1 SI, JUNTO A OTRA PERSONA..... 2 AMBAS 3 NO 4		741
740	¿Usted misma maneja su cuenta, es decir, firma cheques, hace depósitos y retira dinero?		SI..... 1 NO..... 2		
741	¿Conoce usted algún programa/institución en este lugar que le haga préstamos a las mujeres para que ellas puedan iniciar o agrandar su propio negocio?		SI..... 1 NO..... 2		
742	¿Alguna vez usted tomó o recibió algún préstamo para iniciar o agrandar un negocio?		SI..... 1 NO..... 2		
743	¿Es usted miembro de alguna asociación, grupo o club que hace reuniones regularmente?		SI..... 1 NO..... 2		745
744	¿Qué tipo de asociación, grupo, club es ese? ANOTE TODOS LOS GRUPOS QUE MENCIONE		RELIGIOSO A GRUPO VECINAL B ORGANIZACIÓN DE MUJERES..... C SINDICATO D POLÍTICA E OTRO X (ESPECIFIQUE)		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
745	<p>Cuando hay elecciones locales o nacionales de cualquier tipo ¿Usted vota siempre, algunas veces o nunca?</p>	<p>SIEMPRE VOTA 1 A VECES VOTA 2 NUNCA VOTA 3 MUY JOVEN PARA VOTAR 4</p>																									
746	<p>Algunas veces, al hombre le molesta o le disgusta las cosas que una mujer hace.</p> <p>En su opinión, está usted de acuerdo o en desacuerdo con que un esposo/marido le pegue a su esposa/compañera en las siguientes situaciones:</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ACUERDO</th> <th style="text-align: center;">DESA- CUERDO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>B ¿Si ella descuida/desatiende los niños?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>C ¿Si ella discute con él?</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>D ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él?</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>E ¿Si se le queman los alimentos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		ACUERDO	DESA- CUERDO	NS	A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?	1	2	8	B ¿Si ella descuida/desatiende los niños?	1	2	8	C ¿Si ella discute con él?	1	2	8	D ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él?	1	2	8	E ¿Si se le queman los alimentos?	1	2	8	
	ACUERDO	DESA- CUERDO	NS																								
A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?	1	2	8																								
B ¿Si ella descuida/desatiende los niños?	1	2	8																								
C ¿Si ella discute con él?	1	2	8																								
D ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él?	1	2	8																								
E ¿Si se le queman los alimentos?	1	2	8																								

SECCIÓN 8. SIDA Y ETS (ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																		
801	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VIH.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIDA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO		VIH.....	1	2		SIDA.....	1	2																																																								
	SI	NO																																																																			
VIH.....	1	2																																																																			
SIDA.....	1	2																																																																			
801A	VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/>	NINGÚN SI <input type="checkbox"/>	834A																																																																		
802	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA o del virus que causa el SIDA?	<table border="0"> <tr> <td>SI.....</td> <td align="center">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td align="center">2</td> <td align="center">807</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td align="center">8</td> <td align="center">807</td> </tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2	807	NO SABE.....	8	807																																																										
SI.....	1																																																																				
NO.....	2	807																																																																			
NO SABE.....	8	807																																																																			
803	¿Qué puede hacer una persona para evitar contagiarse del virus que causa el SIDA? SONDEE: ¿Algo más? ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS	<table border="0"> <tr><td>ABSTENERSE DE TENER SEXO.....</td><td align="center">A</td><td></td></tr> <tr><td>USAR CONDONES.....</td><td align="center">B</td><td></td></tr> <tr><td>TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA.....</td><td align="center">C</td><td></td></tr> <tr><td>DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....</td><td align="center">D</td><td></td></tr> <tr><td>NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS.....</td><td align="center">E</td><td></td></tr> <tr><td>NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA.....</td><td align="center">F</td><td></td></tr> <tr><td>NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES.....</td><td align="center">G</td><td></td></tr> <tr><td>NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS.....</td><td align="center">H</td><td></td></tr> <tr><td>EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE.....</td><td align="center">I</td><td></td></tr> <tr><td>EVITAR INYECCIONES.....</td><td align="center">J</td><td></td></tr> <tr><td>NO BESARSE.....</td><td align="center">K</td><td></td></tr> <tr><td>NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA.....</td><td align="center">L</td><td></td></tr> <tr><td>EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO.....</td><td align="center">M</td><td></td></tr> <tr><td>NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR.....</td><td align="center">N</td><td></td></tr> <tr><td>TENER BUENA DIETA.....</td><td align="center">O</td><td></td></tr> <tr><td>EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS.....</td><td align="center">P</td><td></td></tr> <tr><td>NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL.....</td><td align="center">Q</td><td></td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td align="center">W</td><td></td></tr> <tr><td align="center">(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td align="center">X</td><td></td></tr> <tr><td align="center">(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">Z</td><td></td></tr> </table>	ABSTENERSE DE TENER SEXO.....	A		USAR CONDONES.....	B		TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA.....	C		DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....	D		NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS.....	E		NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA.....	F		NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES.....	G		NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS.....	H		EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE.....	I		EVITAR INYECCIONES.....	J		NO BESARSE.....	K		NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA.....	L		EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO.....	M		NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR.....	N		TENER BUENA DIETA.....	O		EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS.....	P		NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL.....	Q		OTRO.....	W		(ESPECIFIQUE)			OTRO.....	X		(ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	Z		
ABSTENERSE DE TENER SEXO.....	A																																																																				
USAR CONDONES.....	B																																																																				
TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA.....	C																																																																				
DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....	D																																																																				
NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS.....	E																																																																				
NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA.....	F																																																																				
NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES.....	G																																																																				
NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS.....	H																																																																				
EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE.....	I																																																																				
EVITAR INYECCIONES.....	J																																																																				
NO BESARSE.....	K																																																																				
NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA.....	L																																																																				
EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO.....	M																																																																				
NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR.....	N																																																																				
TENER BUENA DIETA.....	O																																																																				
EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS.....	P																																																																				
NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL.....	Q																																																																				
OTRO.....	W																																																																				
(ESPECIFIQUE)																																																																					
OTRO.....	X																																																																				
(ESPECIFIQUE)																																																																					
NO SABE.....	Z																																																																				
804	¿Pueden las personas evitar contagiarse del virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td></td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2		NO SABE.....	8																																																											
SI.....	1																																																																				
NO.....	2																																																																				
NO SABE.....	8																																																																				
805	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td></td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2		NO SABE.....	8																																																											
SI.....	1																																																																				
NO.....	2																																																																				
NO SABE.....	8																																																																				
806	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td></td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2		NO SABE.....	8																																																											
SI.....	1																																																																				
NO.....	2																																																																				
NO SABE.....	8																																																																				
807	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td></td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2		NO SABE.....	8																																																											
SI.....	1																																																																				
NO.....	2																																																																				
NO SABE.....	8																																																																				
808	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td></td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2		NO SABE.....	8																																																											
SI.....	1																																																																				
NO.....	2																																																																				
NO SABE.....	8																																																																				
809	¿Piensa usted que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiada del SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad de contagiarse o estar contagiada?	<table border="0"> <tr><td>PEQUEÑAS.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>MODERADAS.....</td><td align="center">2</td><td></td></tr> <tr><td>GRANDES.....</td><td align="center">3</td><td></td></tr> <tr><td>NINGUNA.....</td><td align="center">4</td><td></td></tr> <tr><td>TIENE SIDA.....</td><td align="center">5</td><td></td></tr> </table>	PEQUEÑAS.....	1		MODERADAS.....	2		GRANDES.....	3		NINGUNA.....	4		TIENE SIDA.....	5																																																					
PEQUEÑAS.....	1																																																																				
MODERADAS.....	2																																																																				
GRANDES.....	3																																																																				
NINGUNA.....	4																																																																				
TIENE SIDA.....	5																																																																				
810	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo?	<table border="0"> <tr><td>SI.....</td><td align="center">1</td><td></td></tr> <tr><td>NO.....</td><td align="center">2</td><td align="center">813</td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">8</td><td align="center">813</td></tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2	813	NO SABE.....	8	813																																																										
SI.....	1																																																																				
NO.....	2	813																																																																			
NO SABE.....	8	813																																																																			
811	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo: A durante el embarazo? B durante el parto? C mientras está lactando o amamantando?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE		DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8		DURANTE EL PARTO.....	1	2	8		DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																																																
	SI	NO	NO SABE																																																																		
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																																																																		
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																																																																		
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																																																																		
812	¿Cómo se puede evitar la transmisión del SIDA de la madre al hijo? SONDEE: ¿Algo más?	<table border="0"> <tr><td>TOMANDO LA MADRE MEDICAMENTOS ESPECIALES.....</td><td align="center">A</td><td></td></tr> <tr><td>HACIÉNDOLE CESÁREA.....</td><td align="center">B</td><td></td></tr> <tr><td>NO LACTANDO AL NIÑO.....</td><td align="center">C</td><td></td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td align="center">X</td><td></td></tr> <tr><td align="center">(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SE PUEDE EVITAR.....</td><td align="center">Y</td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td align="center">Z</td><td></td></tr> </table>	TOMANDO LA MADRE MEDICAMENTOS ESPECIALES.....	A		HACIÉNDOLE CESÁREA.....	B		NO LACTANDO AL NIÑO.....	C		OTRO.....	X		(ESPECIFIQUE)			NO SE PUEDE EVITAR.....	Y		NO SABE.....	Z																																															
TOMANDO LA MADRE MEDICAMENTOS ESPECIALES.....	A																																																																				
HACIÉNDOLE CESÁREA.....	B																																																																				
NO LACTANDO AL NIÑO.....	C																																																																				
OTRO.....	X																																																																				
(ESPECIFIQUE)																																																																					
NO SE PUEDE EVITAR.....	Y																																																																				
NO SABE.....	Z																																																																				

813	<p>VERIFIQUE 501:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> O UNIDA</p> <p>NO CASADA/NI UNIDA <input type="checkbox"/></p>		815																								
814	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposo (compañero) sobre las formas de evitar contagiarse del virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2																									
815	¿Alguna vez, ha hablado usted con sus hijos e hijas sobre las formas de evitar contagiarse del virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 HIJOS MUY PEQUEÑOS 3 NO TIENE HIJOS 4																									
816	<p>En su opinión ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que se dé información sobre SIDA en:</p> <p>A la radio?</p> <p>B la televisión?</p> <p>C el periódico?</p> <p>D escuela/colegio?</p> <p>E en los muñequitos?</p> <p>F en las novelas?</p> <p>G a través de folletos/afiches?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>DE ACUERDO</th> <th>DESA-CUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESCUELA/COLEGIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN MUÑEQUITOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NOVELAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FOLLETOS/AFICHES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	DESA-CUERDO	RADIO.....	1	2	TELEVISIÓN.....	1	2	PERIÓDICO.....	1	2	ESCUELA/COLEGIO.....	1	2	EN MUÑEQUITOS.....	1	2	NOVELAS.....	1	2	FOLLETOS/AFICHES.....	1	2	
	DE ACUERDO	DESA-CUERDO																									
RADIO.....	1	2																									
TELEVISIÓN.....	1	2																									
PERIÓDICO.....	1	2																									
ESCUELA/COLEGIO.....	1	2																									
EN MUÑEQUITOS.....	1	2																									
NOVELAS.....	1	2																									
FOLLETOS/AFICHES.....	1	2																									
817	Si una persona sabe que él/ella tiene el virus que causa el SIDA, ¿Esa información debería ser personal y privada o esta información debería saberla toda la comunidad?	PERSONAL/PRIVADA 1 COMUNIDAD DEBE SABERLO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8																									
818	Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8																									
819	Una persona que tiene el virus del SIDA y que trabaja con otras personas, así como en un colmado, una oficina o en el campo ¿Se le debe permitir seguir trabajando?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8																									
820	¿Si un estudiante tiene el virus del SIDA, se le debe permitir seguir asistiendo a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8																									
821	¿Se le debe hablar a los niños y niñas entre 12-14 años de edad sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8																									
822	<p>VERIFIQUE 421: PRUEBA DE SIDA DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>PRUEBA DE SIDA <input type="checkbox"/> 421=1</p> <p>OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/></p> <p>¿En algún momento se ha hecho una prueba de SIDA que no haya sido durante un embarazo?</p> <p>¿Alguna vez se ha hecho la prueba del SIDA?</p>	SI..... 1 NO..... 2	825																								
823	¿Fue usted a buscar los resultados de esa prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	827A																								
824	¿Le entregaron los resultados de manera confidencial, es decir, en privado?	SI..... 1 NO..... 2	827A																								
825	<p>VERIFIQUE EN 822 SI SE HIZO PRUEBA DE SIDA</p> <p>PRUEBA DE SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/></p>		828																								
825A	¿Le gustaría hacerse la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8																									
826	¿Sabe de algún lugar donde pueda ir a hacerse la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	828																								
827	¿Cuál es ese lugar?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 DISPENSARIO PÚBLICO 12 CLÍNICA RURAL 13 LABORATORIO PÚBLICO..... 14 OTRO PÚBLICO: 15 (ESPECIFIQUE)																									
827A	¿A qué lugar fue usted a hacerse esa prueba del SIDA?	SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 21 CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 22 LABORATORIO PRIVADO 23 FUNDACIÓN / PATRONATO 24 OTRO PRIVADO: 25 (ESPECIFIQUE) OTRO 26 (ESPECIFIQUE)																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
828	¿Si usted tuviera el virus del SIDA, a cuáles personas se lo diría? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	PADRES A ESPOSO/COMPAÑERO/MARIDO B HIJO(A)S..... C NOVIO D AMIGO(S)/AMIGA(S)..... E OTRO(S) PARIENTE(S) F CURA/PASTOR G OTRO X (ESPECIFIQUE) A NADIE Z	
829	¿Conoce o ha oído hablar de algún medicamento para tratar a las personas que tienen el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	831
830	¿Para qué sirve ese medicamento? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	CURA EL SIDA 1 EVITA QUE SE DESARROLLE RAPIDAMENTE EL SIDA 2 NO HACE NADA 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RESPONDE 8	
831	¿Sabe usted de algún lugar donde le ofrezcan ayuda a las personas que tienen el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	833
832	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ONG's QUE TRABAJAN CON SIDA A HOSPITAL PÚBLICO B CLÍNICAS PRIVADAS C ESTABLECIMIENTOS DE LA IGLESIA D OTRO X (ESPECIFIQUE)	
833	¿Conoce usted o ha oído hablar de la Ley 55-93 sobre SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
834	Aparte del SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI..... 1	
834A	¿Usted ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	NO..... 2	837
835	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que <u>UN HOMBRE</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE ¿Algún otro síntoma?	DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ULCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS GENITALES H SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K IMPOTENCIA..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
836	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que <u>UNA MUJER</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE ¿Algún otro síntoma?	DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN GENITAL B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS GENITALES H SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
837	VERIFIQUE 514: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>	850
837A	VERIFIQUE 834 Y 834A CONOCE ETS <input type="checkbox"/>	NO CONOCE ETS <input type="checkbox"/>	838
837B	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual (venérea) durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
838	Por favor dígame si en los últimos 12 meses ha experimentado alguno de los siguientes síntomas:		
		SI NO	
A	¿Ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor?	ARDOR O COMEZÓN..... 1 2	
B	¿Llagas o úlceras en sus genitales o región anal?	LLAGAS/ÚLCERAS 1 2	
C	¿Verrugas o cresta de gallo en sus genitales o región anal?	VERRUGAS/CRESTA DE GALLO..... 1 2	
D	¿Ampollas en sus genitales?	AMPOLLAS..... 1 2	
842	VERIFIQUE 837B Y 838: AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		849
843	La última vez que usted tuvo alguno de esos problemas hizo algo de lo siguiente:		
		SI NO	
A	¿Buscó consejo o tratamiento en un hospital, clínica o consultorio particular?	HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO..... 1 2	
B	¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?	CURANDERO..... 1 2	
C	¿Buscó consejo o medicina en una farmacia o botica?	FARMACIA/BOTICA 1 2	
D	¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?	AMIGO/PARIENTE 1 2	
E	¿Se autorecetó (se recetó usted misma)?	AUTORECETÓ..... 1 2	
845	Cuando usted tuvo alguno de esos problemas ¿Se lo informó a la(s) persona(s) con quién había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 ALGUNOS/NO A TODOS..... 3 NO TIENE PAREJA..... 4	848
846	Cuando usted tuvo alguno de esos problemas ¿Hizo algo para evitar contagiar a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 MARIDO (COMPAÑERO) INFECTADO 3	848
847	Por favor dígame que hizo usted para evitar contagiar a su pareja:		
		SI NO	
A	¿Dejó de tener relaciones sexuales?	NO RELACIONES SEXUALES..... 1 2	
B	¿Usaron condón en las relaciones sexuales?	USARON CONDÓN 1 2	
C	¿Tomó medicamentos?	TOMÓ MEDICAMENTOS..... 1 2	
848	VERIFIQUE 837B: HA TENIDO UNA ETS <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO ETS <input type="checkbox"/> Por el hecho de haber tenido una enfermedad de transmisión sexual ¿Usted considera que tiene un mayor riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA? Si usted tuviera una enfermedad de transmisión sexual (venérea), ¿considera que tendría un mayor riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
849	En sus prácticas sexuales, ¿incluye usted sexo anal?	SI..... 1 NO..... 2	
850	VERIFIQUE EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO SI LA MUJER ESTA SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SELECCIONADA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> NO SELECCIONADA <input type="checkbox"/>		1000

SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS						
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron . Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su madre?	TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
902	VERIFIQUE 901: DOS O MÁS HIJO(A)S <input style="width: 20px;" type="text"/> SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input style="width: 20px;" type="text"/> → PASE A 1028							
903	De todos lo(a)s hermano(a)s que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?	NÚMERO DE HERMANO(A)S ANTERIORES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
904	Nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?	(1) <hr/> (NOMBRE)	(2) <hr/> (NOMBRE)	(3) <hr/> (NOMBRE)	(4) <hr/> (NOMBRE)	(5) <hr/> (NOMBRE)	(6) <hr/> (NOMBRE)	(7) <hr/> (NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es varón o hembra?	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (2)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (3)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (4)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (5)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (6)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (7)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (8)
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2
913	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028

Continuación

		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
904	Nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es varón o hembra?	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2	VARÓN .. 1 HEMBRA 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1028
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1028
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (9)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (10)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (11)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (12)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (13)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (14)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN (FINALICE)
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2
913	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2	SI 1 (PASE A 915) ← NO 2
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 1028	<input type="text"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1028

SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																												
1000	<p>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</p> <p>NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</p> <p style="text-align: center;">HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2</p>		1028																												
1000A	<p>LEA:</p> <p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.</p>																														
1001	<p>VERIFIQUE 501, 502, 504: ESTADO CONYUGAL</p> <p style="text-align: center;">ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p>		1013B																												
1002	<p>Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (marido):</p> <p>A ¿ Podría usted decirme si el pasa (pasaba) su tiempo libre con usted?</p> <p>B ¿ Podría usted decirme si el consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?</p> <p>C ¿ Podría usted decirme si el es (era) cariñoso con usted?</p> <p>D ¿ Podría usted decirme si el la respeta(ba) y le respeta(ba) sus deseos?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUEN- TEMENTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIEMPO LIBRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CARIÑOSO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPETUOSO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUEN- TEMENTE	A VECES	NUNCA	TIEMPO LIBRE	1	2	3	CONSULTAS.....	1	2	3	CARIÑOSO	1	2	3	RESPETUOSO	1	2	3									
	FRECUEN- TEMENTE	A VECES	NUNCA																												
TIEMPO LIBRE	1	2	3																												
CONSULTAS.....	1	2	3																												
CARIÑOSO	1	2	3																												
RESPETUOSO	1	2	3																												
1003	<p>Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (marido):</p> <p>A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?</p> <p>B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel?</p> <p>C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amigas?</p> <p>D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?</p> <p>E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba?</p> <p>F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO</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>INFIEL</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>VISITA AMIGAS</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>VISITA FAMILIA</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>SABER DONDE VA.....</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>DESCONFIANZA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO	1	2	8	INFIEL	1	2	8	VISITA AMIGAS	1	2	8	VISITA FAMILIA	1	2	8	SABER DONDE VA.....	1	2	8	DESCONFIANZA	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOSO	1	2	8																												
INFIEL	1	2	8																												
VISITA AMIGAS	1	2	8																												
VISITA FAMILIA	1	2	8																												
SABER DONDE VA.....	1	2	8																												
DESCONFIANZA	1	2	8																												
1004	<p>Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (marido).</p> <p>Su (último) esposo (marido) alguna vez:</p>																														
A	<p>¿le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?</p> <p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?</p> <p>MUCHA FRECUENCIA 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																													
B	<p>¿la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?</p> <p>SI 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	<p>¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?</p> <p>MUCHA FRECUENCIA 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1005	Su (último) esposo (marido) alguna vez:		
A	¿la empujó, sacudió o le tiró algo? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
B	¿la abofeteó o le retorció el brazo? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
C	¿la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
D	¿la ha pateado o arrastrado? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
E	¿trató de estrangularla o quemarla? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
F	¿la atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
G	¿la amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
H	¿ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
I	¿la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
1006	VERIFIQUE 1005: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		1009
1007	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (marido) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'	NÚMERO DE AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96	
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (marido) le hizo:		
A	¿Tuvo moretones y dolores? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
B	¿Tuvo una herida (lesión) o hueso roto? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo? SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
1009	¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente? SI..... 1 NO..... 2 →		1011
1010	Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3		
1011	¿Su esposo (marido) toma(ba) bebidas alcohólicas? SI..... 1 NO..... 2 →		1013A
1012	¿Su esposo (marido) se emborracha(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.		
1013	<p style="text-align: center;">VERIFIQUE 501, 502, 504: ESTADO CONYUGAL</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">1013A</p> <p>CASADA/EN UNIÓN LIBRE/SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">1013B</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">1013A</p> <p>CASADA/EN UNIÓN LIBRE/SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p>	<p style="text-align: center;">1013B</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 1018</p> <p>NO RESPONDE 8 → 1018</p>	
<p style="text-align: center;">1013A</p> <p>CASADA/EN UNIÓN LIBRE/SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p>	<p style="text-align: center;">1013B</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?</p>				
1014	<p>¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p style="text-align: center;">ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	<p>MADRE A</p> <p>PADRE B</p> <p>MADRASTRA C</p> <p>PADRASTRO D</p> <p>HERMANA E</p> <p>HERMANO F</p> <p>HIJA G</p> <p>HIJO H</p> <p>EX-ESPOSO/EX-MARIDO I</p> <p>SUEGRA J</p> <p>SUEGRO K</p> <p>OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... L</p> <p>OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... M</p> <p>OTRO PARIENTE FEMENINO N</p> <p>OTRO PARIENTE MASCULINO O</p> <p>AMIGA/CONOCIDA P</p> <p>AMIGO/CONOCIDO Q</p> <p>MAESTRO(A)/PROFESOR(A) R</p> <p>EMPLEADOR(A) S</p> <p>EXTRAÑO(A) T</p> <p>OTRA X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>			
1015	<p>VERIFIQUE 1014:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 1017 </td> </tr> </table>		MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 1017	
MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 1017				
1016	<p>De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?</p>	<p>MADRE 01</p> <p>PADRE 02</p> <p>MADRASTRA 03</p> <p>PADRASTRO 04</p> <p>HERMANA 05</p> <p>HERMANO 06</p> <p>HIJA 07</p> <p>HIJO 08</p> <p>EX-ESPOSO/EX-MARIDO 09</p> <p>SUEGRA 10</p> <p>SUEGRO 11</p> <p>OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... 12</p> <p>OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... 13</p> <p>OTRO PARIENTE FEMENINO 14</p> <p>OTRO PARIENTE MASCULINO 15</p> <p>AMIGA/CONOCIDA 16</p> <p>AMIGO/CONOCIDO 17</p> <p>MAESTRO(A)/PROFESOR(A) 18</p> <p>EMPLEADOR(A) 19</p> <p>EXTRAÑO(A) 20</p> <p>OTRA 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>			
1017	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p>	<p>NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
1018	<p>VERIFIQUE 210, 226 Y 229 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1021 </td> </tr> </table>		ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1021	
ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1021				
1019	<p>¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 1021</p>			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																
1020	<p>¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO/MARIDO A MADRE B PADRE C MADRASTRA D PADRASTRO E HERMANA F HERMANO G HIJA H HIJO I EX-ESPOSO/EX-MARIDO J SUEGRA K SUEGRO L OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... M OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... N OTRO PARIENTE FEMENINO O OTRO PARIENTE MASCULINO P AMIGA/CONOCIDA Q AMIGO/CONOCIDO R MAESTRO(A) / PROFESOR(A) S EMPLEADOR(A) T EXTRAÑO(A) U OTRA X (ESPECIFIQUE)																	
1021	VERIFIQUE 1005, 1008, 1013 Y 1019: POR LO MENOS <input type="checkbox"/> UN 'SI' NINGUN 'SI' <input type="checkbox"/>		1025																
1022	Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1023A																
1023	<p>¿A quién le ha pedido ayuda?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE</p>	MADRE A PADRE B HERMANA C HERMANO D ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO (MARIDO)..... E SUEGRA F SUEGRO G OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... H OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... I OTRO PARIENTE FEMENINO J OTRO PARIENTE MASCULINO K AMIGO(A) L VECINO(A) M OTRA X (ESPECIFIQUE)																	
1023A	Cuando la han maltratado, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?	INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN A LA MUJER..... A ONG B POLICIA C FISCALIA D OTRO X (ESPECIFIQUE) NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	1025																
1024	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	NO SABIA DONDE IR..... 01 DE NADA SIRVE/NO ERA NECESARIO..... 02 COSAS DE LA VIDA..... 03 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACION 04 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO 05 MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO 06 VERGUENZA..... 07 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)																	
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8																	
1026	AGRADEZCA DE NUEVO A LA ENTREVISTADA Y REGISTRE SI DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTA SECCIÓN HUBO NIÑOS PRESENTES TODO EL TIEMPO O ALGUNAS VECES	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TODO EL TIEMPO</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NO PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MENOR 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MAYOR 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.	MENOR 10 AÑOS.....	1	2	3	MAYOR 10 AÑOS.....	1	2	3					
	TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.																
MENOR 10 AÑOS.....	1	2	3																
MAYOR 10 AÑOS.....	1	2	3																
1027	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFERIERON DE ALGUNA OTRA FORMA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI, UNA VEZ</th> <th>SI, MAS DE UNA VEZ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER ADULTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI, UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO ..	1	2	3	OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3	
	SI, UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO																
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3																
OTRO HOMBRE ADULTO ..	1	2	3																
OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3																
1028	ANOTE LA HORA DE TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO. LAS COLUMNAS 1 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: NACIMIENTO, EMBARAZO, USO DE ANTICONCEPTIVO

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES
- 0 NINGÚN MÉTODO
- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 PASTILLAS
- 4 DIU
- 5 INYECCIONES
- 6 IMPLANTES O NORPLANT
- 7 CONDÓN
- 8 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA
- 9 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)
- J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)
- K RETIRO
- X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 2: FUENTE DE MÉTODO

- 1 HOSPITAL PÚBLICO
- 2 CLÍNICA RURAL PÚBLICA
- 3 DISPENSARIO PÚBLICO
- 4 PROMOTOR(A) PÚBLICO
- 5 OTRO PÚBLICO
- 6 PROFAMILIA Y CLÍNICAS ASOCIADAS
- 7 MÉDICO PRIVADO
- 8 CLÍNICA PRIVADA
- 9 COLMADO/SUPERMERCADO
- A FARMACIA
- B BARBERIA/SALÓN DE BELLEZA
- C PROMOTOR(A) DE ONG
- D AMIGOS/PARIENTES
- E ESPOSO/COMPAÑERO
- F HOTEL/MOTEL
- X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 3: DISCONTINUIDAD DE USO ANTICONCEPTIVO

- 1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
- 2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
- 3 MARIDO DESAPROBO
- 4 EFECTOS COLATERALES
- 5 MOTIVOS DE SALUD
- 6 ACCESO / DISPONIBILIDAD
- 7 DESEABA MÉTODO MAS EFECTIVO
- 8 USO INCONVENIENTE
- 9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
- C COSTO
- F FATALISTA
- A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
- D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN
- X OTRO _____
(ESPECIFIQUE)
- Z NO SABE

COL 4: MATRIMONIO/UNIÓN

- X EN UNIÓN (CASADA O EN UNIÓN LIBRE)
- 0 NO EN UNIÓN

	1	2	3	4
12 DIC			01	DIC
11 NOV			02	NOV
10 OCT			03	OCT
09 SEP			04	SEP
2 08 AGO			05	AGO 2
0 07 JUL			06	JUL 0
0 06 JUN			07	JUN 0
2 05 MAY			08	MAY 2
04 ABR			09	ABR
03 MAR			10	MAR
02 FEB			11	FEB
01 ENE			12	ENE
12 DIC			13	DIC
11 NOV			14	NOV
10 OCT			15	OCT
09 SEP			16	SEP
2 08 AGO			17	AGO 2
0 07 JUL			18	JUL 0
0 06 JUN			19	JUN 0
1 05 MAY			20	MAY 1
04 ABR			21	ABR
03 MAR			22	MAR
02 FEB			23	FEB
01 ENE			24	ENE
12 DIC			25	DIC
11 NOV			26	NOV
10 OCT			27	OCT
09 SEP			28	SEP
2 08 AGO			29	AGO 2
0 07 JUL			30	JUL 0
0 06 JUN			31	JUN 0
0 05 MAY			32	MAY 0
04 ABR			33	ABR
03 MAR			34	MAR
02 FEB			35	FEB
01 ENE			36	ENE
12 DIC			37	DIC
11 NOV			38	NOV
10 OCT			39	OCT
09 SEP			40	SEP
1 08 AGO			41	AGO 1
9 07 JUL			42	JUL 9
9 06 JUN			43	JUN 9
9 05 MAY			44	MAY 9
04 ABR			45	ABR
03 MAR			46	MAR
02 FEB			47	FEB
01 ENE			48	ENE
12 DIC			49	DIC
11 NOV			50	NOV
10 OCT			51	OCT
09 SEP			52	SEP
1 08 AGO			53	AGO 1
9 07 JUL			54	JUL 9
9 06 JUN			55	JUN 9
8 05 MAY			56	MAY 8
04 ABR			57	ABR
03 MAR			58	MAR
02 FEB			59	FEB
01 ENE			60	ENE
12 DIC			61	DIC
11 NOV			62	NOV
10 OCT			63	OCT
09 SEP			64	SEP
1 08 AGO			65	AGO 1
9 07 JUL			66	JUL 9
9 06 JUN			67	JUN 9
7 05 MAY			68	MAY 7
04 ABR			69	ABR
03 MAR			70	MAR
02 FEB			71	FEB
01 ENE			72	ENE

