

CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN COMUNIDADES RURALES CENTINELA DE MUNICIPIOS FRONTERIZOS DE EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS

Hora de Inicio: _____

1. Código de Boleta: _____ (no llenar)

SECCIÓN A: UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y DATOS GENERALES

2. País _____ 3. Departamento _____ 4. Municipio: _____

5. Comunidad _____ 6. No. De la vivienda 7. Dirección _____

7a Latitud: _____ 7b Longitud: _____ 8. Total de familias que viven en la vivienda 9. Número de personas que viven en la vivienda

10. Número de personas que forman esta familia 11. Número de familia nuclear entrevistada

12. Tipo de familia: Nuclear 1 Extensa 2 13. Nombre y código del Encuestador: _____

14. Fecha de la entrevista: 1 4 15. Nombre y código del Informante _____

DÍA MES AÑO

16. Estado Civil del Jefe de Familia Nuclear: (1. Soltero/a con hijos, 2. Soltero/a sin hijos, 3. Viudo/a, 4. Divorciado/a, 5. Separado/a, 6. Unión libre, 7. Casado/a)

17. Anote el nombre de los/as jefes/as de familia de esta vivienda (Jefe/a de familia, es el que es reconocido/a como tal por los otros miembros de la familia y es único)

1. No. De familia	2. Nombres completos	3. Apellidos completos	4. Teléfono
1			
2			
3			
4			
5			

NOTA DE CONSENTIMIENTO: Buen@s (días, tardes). Me llamo "XXX", trabajo en el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en este municipio, y estamos visitando a todas las familias de esta comunidad (decir el nombre) para tener datos de salud de la familia, sobre comida, agricultura y también vamos a pesar y medir a todos. Me permite platicar con usted? Está de acuerdo?. Gracias por su colaboración.

SECCIÓN B: DATOS DE LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA Y ANTROPOMETRÍA

1. Descripción de la familia (Datos del jefe/a de familia, esposo/a, hijos/as y agregado, etc.) Los códigos a utilizar en cada columna se encuentran debajo de esta tabla

No. De Orden	Nombres completos	Apellidos completos	1 Parentesco	2 Sexo marque con X		3 Fecha de nacimiento			4 Edad actual (años)	5 Menos de un año (meses)	6 Estado fisiológico* Mujer edad fértil	7 Edad de Menarquía	8 Grupo étnico	9 último año de estudios ganado	10 ¿Ocupación o fuente de ingresos?	11 ¿Aporta al presupuesto o familiar?		12 ANTROPOMETRÍA												
				M	F	dd	mm	aa								Si	No	13 CIRCUNFERENCIA CINTURA(cm) MAYOR DE 45 AÑOS			14 PESO EN KILOS			15 TALLA EN CENTÍMETROS						
1				1	2											1	2													
2				1	2											1	2													
3				1	2											1	2													
4				1	2											1	2													
5				1	2											1	2													
6				1	2											1	2													
7				1	2											1	2													
8				1	2											1	2													
9				1	2											1	2													
10				1	2											1	2													
11				1	2											1	2													
12				1	2											1	2													
13				1	2											1	2													
14				1	2											1	2													

1		6-7			8		9				10				
1. Código de parentesco con el Jefe de hogar		Código de Estado fisiológico de la Mujer en Edad Fértil (mujeres 10-49 años)			Código de Grupo Étnico		Código de Escolaridad - 5 AÑOS EN ADELANTE				Código de ocupación y fuente de ingresos - DE 7 AÑOS EN ADELANTE (Escoger la que genera más ingresos)				
01. Jefe de familia	concuño/a	00. Nunca embarazada			01. Ladino o mestizo		00 está en la escuela, no ha ganado (cursado) grado				01. Ama de casa				
02. Esposo/a y/o Compañero/a	11. Padre/madre de él o ella	01. No embarazada ni lactante a la fecha de la entrevista			02. Chorotega		01-06 grados de primaria				11. Estudiante				
03. Hijo/a de ambos	12. Abuelos/as de él/ella	02. Embarazada y lactante			03. Nahuati-Pipil		07-12 grados de secundaria y diversificado				02. De remesas				
04. Hijos/as sólo de él	13. Hermanos/as de él/ella	03. Embarazada			04. Lenka		13-22 grados superior/universitario				03. Agricultor (especifique)				
05. Hijos/as sólo de ella	14. Otros familiares	04. Lactante			05. Mopán		95.no han iniciado la escuela, niños de 5 años a menores de 15 años				04. Comerciante ambulante				
06. Sobrinos/as de él o ella	15. Otros, no parientes	RESTO DEJAR EN BLANCO			06. Chorti		96. Pre Escolar				05. Comerciante fijo				
07. Nietos/as		* Para este grupo, códigos 1 a 4, se llenarán las preguntas 14 a 19 de la página 4.			07. Otro (especifique)		97 sólo lee y escribe				06. Comerciante agropecuario				
08. Hijos/as adoptivos		1. Menarquía: edad en años					98 analfabeta mayor de 15 años				07. Crianza de animales				
09. Yerno/Nuera							RESTO DEJAR EN BLANCO				08. empleado no oficinista				
10. Cuñado/a y/o											09. Empleado oficinista				
											10. Profesional				
											16. Obrero no especializado de fábrica o granja				
											17. Trabajador oficios domésticos				
											18. Trabajador en manufacturas caseras				
											19. Desempleado				
											20. Vive de sus rentas o jubilado				
											21. Otro (especificar)				

SECCIÓN B: DATOS DE LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA Y ANTROPOMETRÍA

1. Descripción de la familia (Datos del jefe/a de familia, esposo/a, hijos/as y agregado, etc.) Los códigos a utilizar en cada columna se encuentran debajo de esta tabla

No. De Orden	Nombres completos	Apellidos completos	1 Parentesco	2 Sexo marque con X		3 Fecha de nacimiento			4 Edad actual (años)	5 Menos de un año (meses)	6 Estado fisiológico* Mujer edad fértil	7 Edad de Menarquía	8 Grupo étnico	9 último año de estudios ganado	10 ¿Ocupación o fuente de ingresos?	11 ¿Aporta al presupuesto o familiar?		12 ANTROPOMETRÍA																						
				M	F	dd	mm	aa								Sí	No	12 CIRCUNFERENCIA CINTURA(cm) MAYOR DE 45 AÑOS			13 PESO EN KILOS			14 TALLA EN CENTÍMETROS																
15				1	2											1	2																							
16				1	2											1	2																							
17				1	2											1	2																							
18				1	2											1	2																							
19				1	2											1	2																							
20				1	2											1	2																							
21				1	2											1	2																							
22				1	2											1	2																							
23				1	2											1	2																							
24				1	2											1	2																							
25				1	2											1	2																							
26				1	2											1	2																							
27				1	2											1	2																							
28				1	2											1	2																							

1		6-7		8		9		10		
1. Código de parentesco con el Jefe de hogar		Código de Estado fisiológico de la Mujer en Edad Fértil (mujeres 10-49 años)		Código de Grupo Étnico		Código de Escolaridad - 5 AÑOS EN ADELANTE		Código de ocupación y fuente de ingresos - DE 7 AÑOS EN ADELANTE (Escoger la que genera más ingresos)		
01. Jefe de familia 02. Esposo/a y/o Compañero/a 03. Hijo/a de ambos 04. Hijos/as sólo de él 05. Hijos/as sólo de ella 06. Sobrinos/as de él o ella 07. Nietos/as 08. Hijos/as adoptivos 09. Yerno/Nuera 10. Cuñado/a y/o	concuño/a 11. Padre/madre de él o ella 12. Abuelos/as de él/ella 13. Hermanos/as de él/ella 14. Otros familiares 15. Otros, no parientes	00. Nunca embarazada 01. No embarazada ni lactante a la fecha de la entrevista 02. Embarazada y lactante 03. Embarazada 04. Lactante RESTO DEJAR EN BLANCO * Para este grupo, códigos 1 a 4, se llenarán las preguntas 14 a 19 de la página 4. 1. Menarquía: edad en años	01. Ladino o mestizo 02. Chorotega 03. Nahuatl-Pipil 04. Lenka 05. Mopán 06. Chorti 07. Otro (especifique)	00 está en la escuela, no ha ganado (cursado) grado 01-06 grados de primaria y diversificado 07-12 grados de secundaria y diversificado 13-22 grados superior/universitario 95.no han iniciado la escuela, niños de 5 años a menores de 15 años 96. Pre Escolar 97 sólo lee y escribe 98 analfabeta mayor de 15 años RESTO DEJAR EN BLANCO	01. Ama de casa 02. De remesas 03. Agricultor (especifique) 04. Comerciante ambulante 05. Comerciante fijo 06. Comerciante agropecuario 07. Crianza de animales 08. empleado no oficinista 09. Empleado oficinista 10. Profesional	11. Estudiante 12. Incapacitado permanente 13. Jornalero agrícola *LLENAR FORMULARIO DEL CAFÉ 14. Jornalero no agrícola 15. Obrero especializado 16. Obrero no especializado de fábrica o granja 17. Trabajador oficios domésticos 18. Trabajador en manufacturas caseras 19. Desempleado 20. Vive de sus rentas o jubilado 21. Otro (especificar)				

2. Información de la Jefe Femenina o pareja del Jefe. Si es Mujer que nunca ha estado embarazada, no se aplica esta pregunta (va en blanco), y pase a la Sección C

Identificación según Sección B	14. ¿Cuántos embarazos ha tenido, en Total?	15. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?	16. ¿Actualmente, cuántos hijos vivos tiene?	17. ¿Cuántos hijos se le han muerto?	18. ¿Cuántos hijos nacieron muertos (mortinatos)?	19. ¿Cuántas pérdidas o abortos ha tenido?

SECCIÓN C. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1. ¿Participa alguien de la familia entrevistada en alguna organización comunitaria? (Marque con X sobre el número de respuesta). Respuesta múltiple, leer opciones.

1. Comité comunitario de desarrollo	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	2. Comité o grupo de madres	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
3. Comité local de agua y saneamiento	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	4. Grupo religioso	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
5. Grupo de jóvenes	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	6. Otro (especifique) _____	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2

2. ¿Ha oído mencionar al programa PRESANCA?

SI 1 NO 2

3. ¿Qué religión tiene la familia?

0=Ninguna; 1=Católica; 2=Evangélica; 3=Otra _____

4. ¿Son beneficiarios del Proyecto Hambre Cero?

SI 1 NO 2

SECCIÓN D. DATOS DE LA VIVIENDA (Marque con X sobre el número de la respuesta) (Solo una respuesta)

Tipo y Materiales de construcción y servicios de la vivienda

(Anote apoyándose de observación, los materiales de construcción, resto pregunte)

1. Tipo de la vivienda	2. ¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de la vivienda?	3. ¿Cuál es el material predominante en el techo de la vivienda?
Casa improvisada o covacha 1	Palo, caña o lepa 1	Material de desecho (Cartón, plástico, nylon, etc.) ¹
Rancho 2	Bahareque 2	Paja, palma o similar 2
Casa semi-formal 3	Lámina de zinc 3	Teja de barro 3
Casa formal 4	Madera 4	Lámina de zinc 4
Otro (especifique) _____ 5	Adobe 5	Lámina de canaleta 5
	Block o bloque 6	Concreto 6
	Ladrillo 7	Otro (especifique) _____ 7
	Otro (especifique) _____ 8	
4. ¿Cuál es el material predominante en el piso donde habita la familia?	5. ¿Qué tipo de estufa utiliza para cocinar sus alimentos?	6. ¿Cuál es el principal tipo de alumbrado que utiliza en su vivienda?
Tierra 1	En el suelo 1	Ocote 1
Plancha de cemento 2	Poyo o Poyetón (fogón tradicional) 2	Vela, candela 2
Madera rústica 3	Estufa mejorada (fogón mejorado) 3	Candil o lámpara de gas kerosene 3
Ladrillo de barro 4	Estufa de gas propano 4	Eléctrico de motor propio 4
Piso de cemento o granito 5	Estufa eléctrica 5	De panel solar 5
Piso cerámico 6	Otro (especifique) _____ 6	Eléctrico del sistema público 6
Otro (especifique): _____ 7		Otro (especifique) _____ 7
7. La vivienda que ocupa esta familia es:	8. Sin contar baños, cocina y pasillos ¿Cuántas habitaciones/cuartos en total utiliza la familia?	9. ¿Cuántas habitaciones/cuartos utiliza esta familia como dormitorio?
Alquilada 1	Total de habitaciones <input type="text"/> <input type="text"/>	Total de dormitorios <input type="text"/> <input type="text"/>
Prestada o cedida sin pago 2		
Propia pagándola a plazos 3		
Propia 4		
Casa de familiar 5		
Otro (especifique): _____ 6		
10. ¿La familia dispone de un cuarto/habitación destinado sólo para cocinar?	10. a ¿Cocina aparte? (Cuando es familia extensa).	
SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	

11. ¿Cómo obtiene el agua que utiliza esta familia para beber?		12. ¿Le da tratamiento al agua de beber? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		13. ¿Principalmente, qué hace con la basura?	
Va a traerla a vertiente, río, arroyo, lago o laguna		12a. Si la respuesta es sí, qué tipo de tratamiento le da: (Respuesta múltiple)		La tira en su terreno, calle o río 1	
De captación por lluvia 2		SI NO		La quema 2	
De camión o tanque aguatero 3		Hervida 1 2		La entierra 3	
De chorro o pila pública (fuera de la casa) 4		Clorada 1 2		Paga a particulares para que la tiren 4	
De pozo fuera del sitio de la vivienda (bomba, Malacate, brocal) 5		Filtrada 1 2		La recoge el carro de la basura 5	
De pozo propio dentro del sitio de la vivienda (bomba, Malacate, brocal) 6		Método Sodis 1 2		Otro (especifique): _____ 6	
De chorro domiciliar de uso compartido 7		12b. Si la respuesta es NO, por qué?			
De chorro domiciliar de uso exclusivo 8		_____			
Otro (especifique): _____ 9					
14. ¿Tiene letrina o inodoro? SÍ = 1 NO = 2 (si la respuesta es NO pase a la pregunta 15)			15. ¿Cómo se deshace esta familia de las aguas grises?		
14a. Tipo de letrina			A la calle o al aire libre 1		
Inodoro con descarga a río, quebrada, laguna 1			A la quebrada, río, lago 2		
Inodoro, Letrina, pozo ciego, escusado de pozo simple 2			Por pozo ciego 3		
Inodoro o letrina conectado a pozo séptico 3			Por fosa séptica 4		
Inodoro conectado al alcantarillado 4			Por alcantarillado 5		
Letrina abonera 5			Tratamiento para riego o infiltración 6		
Otro (especifique): _____ 6			Otro (Especifique): _____ 7		
Tenencia de Animales de Carga, Transporte y Bienes					
16. ¿Tiene usted los siguientes animales de carga y medios de transporte? (marque con X sobre el número de respuesta) (lea las opciones)			17. ¿Tiene esta familia estos otros bienes? (marque con X sobre el número de respuesta) (lea las opciones)		
	SI	NO		SI	NO
1. Buey	1	2	1. Radio	1	2
2. Caballo, mula o burro	1	2	2. Televisor	1	2
3. Bicicleta	1	2	3. Teléfono fijo o celular	1	2
4. Tractor	1	2	4. Refrigerador	1	2
5. Motocicleta	1	2	5. Licuadora	1	2
6. Automóvil	1	2	6. Plancha eléctrica	1	2
7. Pick up o camión	1	2	7. Máquina de coser	1	2
8. Otro (especifique) _____	1	2	8. Horno de microondas	1	2
			9. Computadora	1	2

SECCIÓN E. DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS A NIVEL FAMILIAR							
1. ¿Cómo obtiene los alimentos su familia? Lea las opciones (códigos de cantidad: 0=nada; 1=muy poco; 2=mitad; 3=casi todo; 4=todo)					2. De estos alimentos, indique los que tuvo en su casa el día de ayer (lea las opciones)		
Tipo de alimento	a. Compra	b. Producción	c. Donación	d. Intercambio	Tipo de alimento	SI	NO
1. Maíz, masa, tortilla					1. Maíz, masa, tortilla	1	2
2. Frijol					2. Frijol	1	2
3. Arroz					3. Arroz	1	2
4. Azúcar					4. Azúcar	1	2
5. Plátano/banano/yuca/malanga					5. Plátano/banano/yuca/malanga	1	2
6. Huevos					6. Huevos	1	2
7. Pollo					7. Pollo	1	2
8. Carne Res/Cerdo					8. Carne Res/Cerdo	1	2
9. Leche o queso					9. Leche o queso	1	2
10. Vegetales y hierbas					10. Vegetales y hierbas	1	2
11. Fruta					11. Fruta	1	2
12. Aceites y grasas					12. Aceites y grasas	1	2
13. Pan					13. Pan	1	2

SECCIÓN F. PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS (Enero 2013 a la fecha)

1. ¿Tiene su familia producción agrícola? (Marque con una X sobre el número de respuesta)

SI 1 NO 2 (pase a la pregunta 6)

2. El lugar donde cultiva es:

(Marque con una X sobre el número de respuesta)
(Respuesta múltiple)

	SI	NO
1. Propio	1	2
2. Alquilado	1	2
3. Prestado o familiar	1	2
4. Comunitario	1	2
5. Otro, especifique _____	1	2

3. Cultivos, área (manzanas) y producción: marcar con una X la respuesta

Siembra			Área de siembra					Producción Total Anotar cantidad según Unidad de medida		
Cultivo	SI	NO	0-½mz	½-1.0 mz	1.1-2.0 mz	2.1-3.0 mz	>3.1 mz	Quintal	Libra	Unidad
1. Maíz	1	2	1	2	3	4	5			
2. Frijol	1	2	1	2	3	4	5			
3. Sorgo	1	2	1	2	3	4	5			
4. Café **	1	2	1	2	3	4	5			
5. Plátano, Banano	1	2	1	2	3	4	5			
6. Frutas	1	2	1	2	3	4	5			
7. Vegetales	1	2	1	2	3	4	5			

Se deberá especificar la producción que se obtuvo en el mismo tiempo.
En una hectárea existen 1.4 manzanas.
Un quintal (qq) es igual a 100 libras

Tomate=libras; Cebolla=libras; Repollo=Unidades; Chile Verde (Chiltoma)=Unidad, **LLENAR FROMULARIO DE CAFE

4. ¿Cuál es el destino de la producción agrícola? (códigos de cantidad: 0=nada; 1=muy poco; 2=mitad; 3=casi todo; 4=todo)

5. Si la familia produce granos como maíz, frijol y/o sorgo/maicillo ¿Tiene un lugar específico para guardarlos?

SI 1 NO 2

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 6. Respuesta múltiple

	SI	NO
1. En un corredor de la casa	1	2
2. En un tapanco o tabanco	1	2
3. Cuarto exclusivo -bodega	1	2
4. En silo o granero	1	2
5. Otro especifique: _____	1	2

Tipo de alimento	a-Para la venta	b-Auto consumo	c-Consumo animales	d-Uso de semillas	e-Pérdida
1. Maíz					
2. Frijol					
3. Sorgo					
4. Café					
5. Plátano/Banano/yuca/malanga					
6. Frutas					
7. Vegetales					

6. ¿Tiene su familia crianza de animales? (Marque con una X sobre el número de respuesta)

SI 1 NO 2 (Si la respuesta es NO pase a la sección G)

7. ¿Cuál es el destino de la crianza de animales y sus productos? (códigos de cantidad: 0=nada; 1=muy poco; 2=mitad; 3=casi todo; 4=todo)

Tipo de animales y derivados (leer las opciones y marque con X la respuesta)	Marque X sobre el número de respuesta				a-Para la venta	b-Auto consumo
	Animales o derivados que tiene		Animales encerrados			
	SI	NO	SI	NO		
0. Patos	1	2	1	2		
1. Pollos, gallinas, gallos	1	2	1	2		
2. Chompipes o pavos	1	2	1	2		
3. Ganado	1	2	1	2		
4. Cerdos	1	2	1	2		
5. Conejos	1	2	1	2		
6. Cabras	1	2	1	2		
7. Ovejas	1	2	1	2		
8. Huevos	1	2				
9. Queso y crema (mantequilla)	1	2				
10. Leche	1	2				
11. Otros (especifique) _____	1	2	1	2		

SECCIÓN G. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y CUIDADO DEL PREESCOLAR

Instrucciones: Las preguntas de esta sección, realizarlas a la madre de familia de niños menores de 36 meses. (si hay más de un niño, preguntar por el menor)

1a Nombre e identificación del niño (de sección B): _____

1. ¿Hay niños menores de 36 meses? (Marque con una X sobre el número de respuesta)

SI 1 NO 2 (Si la respuesta es NO pase a la pregunta 10)

2. ¿Está dando de mamar?

SI 1 pase a la pregunta 3
NO 2 pase a la pregunta 4

3. Si está dando de mamar:

edad actual meses
Pase a la pregunta 5

4. Si NO está dando de mamar:

edad a la que dejó de mamar meses

5. ¿A qué edad le empezó a dar otra bebida (agua, jugo, biberón, etc.) además de la leche materna?

(99 = si no le ha dado meses)

6. ¿A qué edad le empezó a dar otro alimento (frutas, verduras, purés, etc.) además de bebida o líquidos? (99 = si no le ha dado, pasar a pregunta 8)

meses

7. ¿Cuántas veces al día le ofrece comida a sus niños menores de tres años, sin tomar en cuenta la lactancia materna? veces

8. ¿Algún personal de los servicios de salud pesó a su niño, de enero 2013 a la fecha? (Marque X sobre el número de respuesta) SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 (Si la respuesta es NO pase a la Pregunta 9)				8a. ¿Cada cuánto? (Marque X sobre el número de respuesta) Casi nunca <input type="checkbox"/> 0 Una vez al mes <input type="checkbox"/> 1 Cada dos meses <input type="checkbox"/> 2 Cada seis meses <input type="checkbox"/> 3																																																																																																																																																																																																																																																																																														
9 ¿Algún personal de los servicios de salud midió a su niños, de enero 2013 a la fecha? (Marque X sobre el número de respuesta) SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 (Si la respuesta es NO pase a la Pregunta 10)				9a. ¿Cada cuánto? (Marque X sobre el número de respuesta) Casi nunca <input type="checkbox"/> 0 Una vez al mes <input type="checkbox"/> 1 Cada dos meses <input type="checkbox"/> 2 Cada seis meses <input type="checkbox"/> 3																																																																																																																																																																																																																																																																																														
10. ¿Hay niños menores de 5 años? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Si la respuesta es NO, pase a la sección H																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
10.a Nombre e identificación del niño (de sección B): Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/>		10.b Nombre e identificación del niño: (de sección B) Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/>		10.c Nombre e identificación del niño: (de sección B) Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																														
11a Tiene carné de vacunación y registro de suplementos? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 (Si la respuesta es NO, pase a pregunta 14)		11b Tiene carné de vacunación y registro de suplementos? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 (Si la respuesta es NO, pase a pregunta 14)		11c Tiene carné de vacunación y registro de suplementos? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 (Si la respuesta es NO, pase a pregunta 14)																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vacuna</th> <th colspan="3">Fecha</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hepatitis B</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 1 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 2 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 3 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR/MMR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REFUERZOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 1)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 2)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo (Refuerzo) (ELS)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR Refuerzo (ELS,HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Vacuna	Fecha			Día	Mes	Año	Hepatitis B				BCG				Penta 1				Polio/Sabin/OPV 1				Rotavirus 1				Neumococo 1 (ELS, HON)				Penta 2				Polio/Sabin/OPV 2				Rotavirus 2				Neumococo 2 (ELS, HON)				Penta 3				Polio/Sabin/OPV 3				Rotavirus 3				Neumococo 3 (ELS, HON)				SPR/MMR				REFUERZOS				Penta/DPT (Refuerzo 1)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)				Penta/DPT (Refuerzo 2)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)				Neumococo (Refuerzo) (ELS)				SPR Refuerzo (ELS,HON)				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vacuna</th> <th colspan="3">Fecha</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hepatitis B</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 1 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 2 (ELS, HON, NIC)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 3 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR/MMR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REFUERZOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 1)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 2)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo (Refuerzo) (ELS)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR Refuerzo (ELS,HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Vacuna	Fecha			Día	Mes	Año	Hepatitis B				BCG				Penta 1				Polio/Sabin/OPV 1				Rotavirus 1				Neumococo 1 (ELS, HON)				Penta 2				Polio/Sabin/OPV 2				Rotavirus 2				Neumococo 2 (ELS, HON, NIC)				Penta 3				Polio/Sabin/OPV 3				Rotavirus 3				Neumococo 3 (ELS, HON)				SPR/MMR				REFUERZOS				Penta/DPT (Refuerzo 1)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)				Penta/DPT (Refuerzo 2)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)				Neumococo (Refuerzo) (ELS)				SPR Refuerzo (ELS,HON)				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vacuna</th> <th colspan="3">Fecha</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hepatitis B</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 1 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 2 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rotavirus 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo 3 (ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR/MMR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REFUERZOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 1)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta/DPT (Refuerzo 2)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neumococo (Refuerzo) (ELS)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR Refuerzo (ELS,HON)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Vacuna	Fecha			Día	Mes	Año	Hepatitis B				BCG				Penta 1				Polio/Sabin/OPV 1				Rotavirus 1				Neumococo 1 (ELS, HON)				Penta 2				Polio/Sabin/OPV 2				Rotavirus 2				Neumococo 2 (ELS, HON)				Penta 3				Polio/Sabin/OPV 3				Rotavirus 3				Neumococo 3 (ELS, HON)				SPR/MMR				REFUERZOS				Penta/DPT (Refuerzo 1)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)				Penta/DPT (Refuerzo 2)				Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)				Neumococo (Refuerzo) (ELS)				SPR Refuerzo (ELS,HON)			
Vacuna	Fecha																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	Día	Mes	Año																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis B																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 1 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 2 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 3 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR/MMR																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
REFUERZOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 1)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 2)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo (Refuerzo) (ELS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR Refuerzo (ELS,HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Vacuna	Fecha																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	Día	Mes	Año																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis B																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 1 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 2 (ELS, HON, NIC)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 3 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR/MMR																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
REFUERZOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 1)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 2)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo (Refuerzo) (ELS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR Refuerzo (ELS,HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Vacuna	Fecha																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	Día	Mes	Año																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepatitis B																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 1 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 2 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Rotavirus 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo 3 (ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR/MMR																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
REFUERZOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 1)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 1) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Penta/DPT (Refuerzo 2)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Polio/Sabin/OPV (Refuerzo 2) (GUA, ELS, HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Neumococo (Refuerzo) (ELS)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPR Refuerzo (ELS,HON)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SUPLEMENTOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
12. a ¿Ha recibido su niño, vitamina A? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		12. b ¿Ha recibido su niño, vitamina A? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		12. c ¿Ha recibido su niño, vitamina A? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2																																																																																																																																																																																																																																																																																														
13. a ¿Ha recibido su niño, hierro? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		13. b ¿Ha recibido su niño, hierro? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		13. c ¿Ha recibido su niño, hierro? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2																																																																																																																																																																																																																																																																																														
MORBILIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
14. a ¿En los últimos 15 días, le ha dado diarrea (asientos) a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		14. b ¿En los últimos 15 días, le ha dado diarrea (asientos) a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		14. c ¿En los últimos 15 días, le ha dado diarrea (asientos) a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2																																																																																																																																																																																																																																																																																														
15. a ¿En los últimos 15 días, le ha dado tos, dificultad para respirar o catarro a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		15b ¿En los últimos 15 días, le ha dado tos, dificultad para respirar o catarro a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		15c ¿En los últimos 15 días, le ha dado tos, dificultad para respirar o catarro a su niño? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2																																																																																																																																																																																																																																																																																														

SECCIÓN H. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Morbilidad por enfermedades crónicas en adultos, hombres y mujeres, de 45 años y más:

1. Hay un adulto hombre o mujer mayor de 45 años y más: SI 1 NO 2 Si no, pase a la pregunta no. 2
2. ¿Según su conocimiento alguien de la familia ha padecido o padece de las siguientes enfermedades y/o fumo o bebe alcohol?
- a. Padece de esta enfermedad: (1=si 2=No) (si no b, va en blanco)
- b. Toma medicina recetada por un médico: (1=si 2=No)

No. De orden	Nombres y apellidos completos	1 Diabetes tipo 2 1=si 2=No		2 Hipertensión 1=si 2=No		3 Colesterol alto 1=si 2=No		4 Ataque cardíaco 1=si 2=No		5 Enf. Del corazón * 1=si 2=No		6 Enf. Respiratoria ** 1=si 2=No		7 Algún tipo de cáncer *** 1=si 2=No		8 Fuma cigarrillos o Tabaco		9 Alcohol 2 o más veces por semana		
		a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	a. Enf	b. Med	Si	No	Si	No	
																	1	2	1	2
																	1	2	1	2
																	1	2	1	2
																	1	2	1	2

* 5 Enfermedades del corazón que no sea ataque cardíaco

** 6 Enfermedades respiratorias como enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica, asma

*** 7 Tipos de cáncer como un tumor, leucemia, linfoma, cáncer de piel u otros

2. ¿Ha muerto algún niño menor de 5 años (hijos de ambos jefes o sólo de él, o sólo ella, y/o alguna mujer de 10 a 49 años, durante los últimos 5 años (2009-2013)? (Marque X sobre el número de respuesta) SI 1 NO 2 (Si la respuesta es NO pase a la Sección I)

De los fallecidos durante los últimos 5 años, indique:

No.	Nombres y Apellidos completos	1 Sexo Marcar X		2 Fecha de nacimiento			3 Fecha de muerte			4 Causa de muerte	5 Si la persona fallecida es mujer entre 10 y 49 años, marque con una X si fue por alguna de estas causas:			
		M	F	dd	mm	aa	dd	mm	aa		Durante el embarazo	Durante el parto	En los dos meses después del parto	Otra causa
1		1	2								1	2	3	4
2		1	2								1	2	3	4
3		1	2								1	2	3	4
4		1	2								1	2	3	4
5		1	2								1	2	3	4

4. Causa de muerte

1. Diarrea (Asientos)
2. Problemas respiratorios
3. Paludismo
4. Dengue
5. Desnutrición
6. Calentura
7. Otro (especificar)
8. No sabe

SECCION I. MIGRACIÓN

1. Anote los miembros que vivían con la familia nuclear y salieron PERMANENTEMENTE a otro lugar dentro o fuera del país (no hay límite de tiempo):

Salieron: SI 1 NO 2 Si la respuesta es NO pase a la pregunta 2.

No.	Nombres y apellidos completos	1 Sexo Marque X		2 Edad	3 Parentes co con el jefe de familia	Departamento	4 Código	Municipio	5 Código	País al que fueron	6 Código	7 Fecha en que salieron		8 Envía dinero Marque X	
		M	F									Mes	Año	SI	NO
1		1	2											1	2
2		1	2											1	2
3		1	2											1	2
4		1	2											1	2

Código de parentesco con el Jefe de familia

1. Jefe de familia
2. Esposo/a y/o Compañero/a
3. Hijo/a de ambos
4. Hijos/as sólo de él
5. Hijos/as sólo de ella
6. Sobrinos/as de él o ella

12. Abuelos/as de él/ella
13. Hermanos/as de él/ella
14. Otros familiares
15. Otros, no parientes

Código de Departamento y Municipio

Ver anexo al final del instructivo

Códigos de País

- 1-Guatemala
- 2- Honduras
- 3- El Salvador
- 4- Nicaragua
- 5- Costa Rica
- 6- Panamá
- 7- México
- 8- Estados Unidos de América
- 9- España
- 10 Otro, especifique

2. Anote los miembros que actualmente viven con la familia, que salieron a trabajar a otro lugar dentro del país, durante los últimos seis meses (de septiembre a febrero), y regresaron: SI 1 NO 2 Si la respuesta es NO pase a la pregunta 3.

No. De Orden Sección B.	Nombres y apellidos completos	Departamento	1 Código	Municipio	2 Código	3 En qué fecha se fueron		4 En qué fecha regresaron		5 Enviaron dinero Marque con una X	
						mm	aa	mm	aa	SI	NO
										1	2
										1	2
										1	2

3. Anote los miembros que actualmente viven con la familia, que tienen planificado ir a trabajar a otro lugar dentro del país o fuera del país:

SI 1 NO 2 Si la respuesta es NO pase a la pregunta 4.

No. De Orden Sección B.	Nombres y apellidos completos	Departamento	1 Código	Municipio	2 Código	País al que irá	3 Código	4 En qué fecha tiene planificado viajar	
								mm	aa

4. Anote los miembros que actualmente viven con la familia, que salieron a trabajar a otro país en los últimos 5 años (2009-2014) y regresaron:

SI 1 NO 2 Si la respuesta es NO finalice la entrevista.

No. De orden Sección B	Nombres y apellidos completos	País al que fueron	1 Código país	2 En qué fecha salieron		3 En qué fecha regresaron		4 Enviaron dinero Marque con X	
				mm	aa	mm	aa	SÍ	NO
								1	2
								1	2
								1	2
								1	2

Código de Departamento y Municipio	Códigos de País
Ver anexo al final del instructivo	1-Guatemala 2- Honduras 3- El Salvador 4- Nicaragua 5- Costa Rica 6- Panamá 7- México 8- Estados Unidos de América 9- España 10 Otro, especifique

NOTA: Antes de salir de la vivienda, revise que el formulario esté completo y legible para cualquier persona. Agradezca a sus informantes la atención

Hora en que finalizó: _____

FORMULARIO del Consumo Familiar Aparente de Alimentos

FORMULARIO A: Composición de la familia – Asistencia a Comidas

FORMULARIO B: Consumo familiar e individual – Recordatorio de 24 horas

FORMULARIO C: Hoja de Registros de Peso (R24h)

FORMULARIO de la escala de Seguridad Alimentaria y Nutricional