





PRESIDENCIA  
DEL CONSEJO DE MINISTROS

INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

**ENCUESTA  
DEMOGRÁFICA  
Y DE SALUD  
FAMILIAR  
(ENDES - 2024)**



**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**  
**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR**  
**ENDES - 2024**

**CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS**

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

**CONSENTIMIENTO**

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

SI, ACEPTE: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTE LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA

EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : \_\_\_\_\_

--	--

MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

SI = 1      NO = 2

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL								
FECHA	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.									
FECHA						FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....								
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO..... ENTREVISTADORA..... RESULTADO FINAL.....								
RESULTADO***														
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA						NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....								
<b>**CÓDIGOS DE RESULTADO:</b> 1 COMPLETA 2 AUSENTA 3 APLAZADA 4 RECHAZADA 5 INCOMPLETA						6 DISCAPACITADA (marque con X) <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Ver</td></tr> <tr><td>Oír</td></tr> <tr><td>Harlar</td></tr> <tr><td>Moverse</td></tr> <tr><td>Entender</td></tr> <tr><td>Relacionarse</td></tr> </table> 7 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	Ver	Oír	Harlar	Moverse	Entender	Relacionarse	<input type="checkbox"/> TOTAL NIÑAS / OS < 5 AÑOS <input type="checkbox"/> TOTAL NIÑAS / OS CON CARNÉ	
Ver														
Oír														
Harlar														
Moverse														
Entender														
Relacionarse														
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISIÓN		SUPERVISORA LOCAL		SUPERVISORA NACIONAL		DIGITADOR (A)								
NOMBRE Y FECHA DE REVISIÓN		_____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>								

**TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN EL 2024**

(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual	Año de Nacimiento		No Sabe	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2024	Ha cumplido años en 2024		Edad Actual	No ha cumplido años en 2024
	No Sabe				Ha cumplido años en 2024
0 >	2023	---		30 >	1993
1 >	2022	2023		31 >	1992
2 >	2021	2022		32 >	1991
3 >	2020	2021		33 >	1990
4 >	2019	2020		34 >	1989
5 >	2018	2019		35 >	1988
6 >	2017	2018		36 >	1987
7 >	2016	2017		37 >	1986
8 >	2015	2016		38 >	1985
9 >	2014	2015		39 >	1984
10 >	2013	2014		40 >	1983
11 >	2012	2013		41 >	1982
12 >	2011	2012		42 >	1981
13 >	2010	2011		43 >	1980
14 >	2009	2010		44 >	1979
15 >	2008	2009		45 >	1978
16 >	2007	2008		46 >	1977
17 >	2006	2007		47 >	1976
18 >	2005	2006		48 >	1975
19 >	2004	2005		49 >	1974
20 >	2003	2004		50 >	1973
21 >	2002	2003		51 >	1972
22 >	2001	2002		52 >	1971
23 >	2000	2001		53 >	1970
24 >	1999	2000		54 >	1969
25 >	1998	1999		55 >	1968
26 >	1997	1998		56 >	1967
27 >	1996	1997		57 >	1966
28 >	1995	1996		58 >	1965
29 >	1994	1995		59 >	1964

## SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																		
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> MINUTOS..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
<input type="text"/>	<input 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 una ciudad, en un pueblo o en el campo?  SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5																																			
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	<input type="text"/>	<input type="text"/>	105																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo?  SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5																																			
105	¿En qué día, mes y año nació Ud.?	DIA..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> NO SABE EL DIA..... 98 MES..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> NO SABE EL AÑO..... 9998	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? <b>COMPARÉ 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	114																																		
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?  - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">CIRCULE</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">ANOTE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">NIVEL</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">AÑO GRADO</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 50%;"><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td><table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> </table>	CIRCULE	ANOTE	NIVEL	AÑO GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	5	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CIRCULE	ANOTE																																				
NIVEL	AÑO GRADO																																				
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
PRIMARIA.....	1	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
SECUNDARIA.....	2	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
POSTGRADO.....	5	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
110	VERIFIQUE 106: 24 AÑOS O MENOS <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MÁS <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	113																																
<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>																																					
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2																																			
112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ / SE UNIÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LAS NIÑAS / OS MAS PEQUEÑOS..... 03 TENÍA QUE AYUDAR EN LA CHACRA O NEGOCIO FAMILIAR ..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA TRABAJAR PARA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 ESTUDIA EN ACADEMIA PREUNIVERSITARIA/ CARRERA CORTA..... 13 OTRA: _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE..... 98																																			

113	VERIFIQUE 108:		PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/>	115
114	<p>Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de estas frases:  <b>MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA</b>  <b>SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE:</b>          ¿Puede Ud. leer parte de alguna de estas frases?</p>		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  _____ <b>ESPECIFIQUE EL IDIOMA</b> CIEGA/PROBLEMAS VISUALES..... 5		
114A	<p>¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que le enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?</p>		SI..... 1 NO..... 2		
114 B	VERIFIQUE 114:		CIRCULÓ CÓDIGO 2, 3 ó 4 <input type="checkbox"/>	CIRCULÓ CÓDIGO 1 ó 5 <input type="checkbox"/>	116
115	<p>¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?</p>		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4		
116	<p>¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?</p>		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4		
117	<p>¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?</p>		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4		
119	<p>¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Quechua?</li> <li>2. Aimara?</li> <li>3. Ashaninka?</li> <li>4. Awajún/Agaruna?</li> <li>5. Shipibo/Konibo?</li> <li>6. Shawi/Chayahuita?</li> <li>7. Matsigenka/ Machiguenga?</li> <li>8. Achuar?</li> <li>9. Otra lengua nativa u originaria?</li>   <li>10 Castellano?</li> <li>11 Portugués?</li> <li>12 Otra lengua extranjera?</li> </ul>		QUECHUA..... 1 AIMARA..... 2 ASHANINKA..... 3 AWAJUN / AGUARUNA..... 4 SHIPIVO / KONIBO..... 5 SHAWI / CHAYAHUITA..... 6 MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7 ACHUAR..... 8 OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9  (ESPECIFIQUE) CASTELLANO ..... 10 PORTUGUES..... 11 OTRA LENGUA EXTRANJERA ..... 12  (ESPECIFIQUE)		
119A	<p>¿Cuál es el idioma o lengua materna de su madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Quechua?</li> <li>2. Aimara?</li> <li>3. Ashaninka?</li> <li>4. Awajún/Agaruna?</li> <li>5. Shipibo/Konibo?</li> <li>6. Shawi/Chayahuita?</li> <li>7. Matsigenka/ Machiguenga?</li> <li>8. Achuar?</li> <li>9. Otra lengua nativa u originaria?</li>   <li>10 Castellano?</li> <li>11 Portugués?</li> <li>12 Otra lengua extranjera?</li> </ul>		QUECHUA..... 1 AIMARA..... 2 ASHANINKA..... 3 AWAJUN / AGUARUNA..... 4 SHIPIVO / KONIBO..... 5 SHAWI / CHAYAHUITA..... 6 MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7 ACHUAR..... 8 OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9  (ESPECIFIQUE) CASTELLANO ..... 10 PORTUGUES..... 11 OTRA LENGUA EXTRANJERA ..... 12  (ESPECIFIQUE) ES SORDOMUDA..... 13 NO SABE ..... 98		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
119B	<p>¿Cuál es el idioma o lengua materna de su padre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quechua?</li> <li>2. Aimara?</li> <li>3. Ashaninka?</li> <li>4. Awajún/Agaruna?</li> <li>5. Shipibo/Konibo?</li> <li>6. Shawi/Chayahuita?</li> <li>7. Matsigenka/ Machiguenga?</li> <li>8. Achuar?</li> <li>9. Otra lengua nativa u originaria?</li>   <li>10 Castellano?</li> <li>11 Portugués?</li> <li>12 Otra lengua extranjera?</li> </ol>	<p>QUECHUA..... 1  AIMARA..... 2  ASHANINKA..... 3  AWAJUN / AGUARUNA..... 4  SHIPIVO / KONIBO..... 5  SHAWI / CHAYAHUITA..... 6  MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7  ACHUAR..... 8  OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9    (ESPECIFIQUE)  CASTELLANO ..... 10  PORTUGUES..... 11  OTRA LENGUA EXTRANJERA ..... 12    (ESPECIFIQUE)  ES SORDOMUDO..... 13  NO SABE ..... 98</p>	
119C	<p>¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quechua?</li> <li>2. Aimara?</li> <li>3. Ashaninka?</li> <li>4. Awajún/Agaruna?</li> <li>5. Shipibo/Konibo?</li> <li>6. Shawi/Chayahuita?</li> <li>7. Matsigenka/ Machiguenga?</li> <li>8. Achuar?</li> <li>9. Otra lengua nativa u originaria?</li>   <li>10 Castellano?</li> <li>11 Portugués?</li> <li>12 Otra lengua extranjera?</li> </ol>	<p>QUECHUA..... 1  AIMARA..... 2  ASHANINKA..... 3  AWAJUN / AGUARUNA..... 4  SHIPIVO / KONIBO..... 5  SHAWI / CHAYAHUITA..... 6  MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7  ACHUAR..... 8  OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9    (ESPECIFIQUE)  CASTELLANO ..... 10  PORTUGUES..... 11  OTRA LENGUA EXTRANJERA ..... 12    (ESPECIFIQUE)</p>	
119D	<p>Por sus costumbres y sus antepasados, ¿Usted se siente o considera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quechua?</li> <li>2. Aimara?</li> <li>3. Nativo o Indígena de la Amazonía?</li>   <li>4. Perteneciente o parte de otro Pueblo indígena u originario?</li>   <li>5. Negro /Moreno/ Zambo/ Mulato /Pueblo Afroperuano o Afrodescendiente?</li> <li>6. Blanco?</li> <li>7. Mestizo?</li> <li>8. ¿Otro?</li> </ol>	<p>QUECHUA..... 1  AIMARA..... 2  NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONIA    (ESPECIFIQUE)  PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U  ORIGINARIO..... 4    (ESPECIFIQUE)  NEGRO /MORENO/ ZAMBO/MULATO/PUEBLO AFROPERUANO  O AFRODESCENDIENTE..... 5    BLANCO..... 6    MESTIZO..... 7    OTRO ..... 8    (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... 98</p>	

## SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿ Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántas hijas viven con usted?  ¿Cuántos hijos viven con usted?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="checkbox"/>  HIJOS EN CASA..... <input type="checkbox"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con usted?  ¿Cuántos hijos no están viviendo con usted?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="checkbox"/>  HIJOS FUERA..... <input type="checkbox"/>	
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 alguna (otra) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida, aunque sólo viviera pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántas hijas han muerto?  ¿Cuántos hijos han muerto?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="checkbox"/>  HIJOS MUERTOS..... <input type="checkbox"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL  SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="checkbox"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
209	<p><b>VERIFIQUE 208:</b> Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:</p> <p>¿Usted ha tenido en <b>total</b> <input type="checkbox"/> hijo(s) nacido(s) vivo(s) durante toda su vida?</p> <p>¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → <b>INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO</b></p>		
210	<p><b>VERIFIQUE 208:</b></p> <p>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → <b>226</b></p>	211	

## HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivas/os o no, viven o no con Ud. empezando con el primero que tuvo.

**ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LAS HIJAS E HIJOS EN 212: LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS.**

**SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA FUTURA REFERENCIA.**

CUADRO PARA DETERMINAR SI LA PERSONA HA TENIDO MELÉZOS Y TRILLÉZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA OTRO REFERENCIA											
212 ¿Cuál es el nombre de su (primera), (segunda), (tercera), etc. hija o hijo?	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parte única o múltiple?	214 ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 ¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	216 ¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	217 <u>SI ESTA VIVO</u> ¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	218 <u>SI ESTA VIVO</u> ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	219 <u>SI ESTA VIVO</u> REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	220 <u>SI ESTA MUERTO</u> ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	220A <u>NACIDOS DESDE ENERO DEL 2019</u> ¿Cuantos meses duró el embarazo de (NOMBRE)?	221 ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?  SI: SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO: PRÓXIMO NACIMIENTO	
01  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PROXIMO NACIMIENTO	DIAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DIAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
02  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
03  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
04  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
05  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
06  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
07  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	
08  (NOMBRE)	ÚNICO... 1 H..... 1  MULT.... 2 M..... 2	DIA MES AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES.... 2  AÑOS..... 3  ↓ PASE A 221		SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO	

212	213	214	215	216	217	218	219	220	220A	221			
¿Cuál es el nombre de su (primera), (segunda), (tercera), etc. hija o hijo?		¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple?		¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?		¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	<u>SI ESTA VIVO</u>	<u>SI ESTA VIVO</u>	<u>SI ESTA MUERTO</u>	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?		
						<b>INDAGUE:</b> ¿Cuándo es SU cumpleaños?	¿Cuántos años cumplidos tiene?	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	SI "1 AÑO" INDAGUE:	En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: - DIAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS  - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	NACIDOS DESDE ENERO DEL 2019	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
							ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO				SI: SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO: PRÓXIMO NACIMIENTO		
09	ÚNICO... 1	H..... 1	DIA MES AÑO	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	NUMERO	DIAS..... 1	SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS				
	MULT.... 2	M..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2	NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO				
	(NOMBRE)			220			PASE A 221	AÑOS..... 3					
10	ÚNICO... 1	H..... 1	DIA MES AÑO	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	NUMERO	DÍAS..... 1	SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS				
	MULT.... 2	M..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2	NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO				
	(NOMBRE)			220			PASE A 221	AÑOS..... 3					
11	ÚNICO... 1	H..... 1	DIA MES AÑO	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	NUMERO	DÍAS..... 1	SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS				
	MULT.... 2	M..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2	NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO				
	(NOMBRE)			220			PASE A 221	AÑOS..... 3					
12	ÚNICO... 1	H..... 1	DIA MES AÑO	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	NUMERO	DÍAS..... 1	SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS				
	MULT.... 2	M..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2	NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO				
	(NOMBRE)			220			PASE A 221	AÑOS..... 3					
13	ÚNICO... 1	H..... 1	DIA MES AÑO	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	NUMERO	DÍAS..... 1	SI.... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS				
	MULT.... 2	M..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2	NO... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO				
	(NOMBRE)			220			PASE A 221	AÑOS..... 3					
221A	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?									SI..... 1			
										NO..... 2 → 223			
222	¿Ha tenido Ud. Alguna hija o hijo nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									SI..... 1			
										NO..... 2			
223	COMPARA EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE:												
	NÚMEROS IGUALES		NÚMEROS DIFERENTES		→ INDAGUE Y CORRIJA								
223A	VERIFIQUE:	PARA CADA NACIMIENTO:		SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)									
		PARA CADA HIJA / HIJO VIVO:		SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)									
		PARA CADA HIJA / HIJO MUERTO:		SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)									
223B	PARA CADA HIJA / HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES '12 MESES' O '1 AÑO' ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.					1. _____		2. _____		3. _____			
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.					<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2019. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.										<input type="text"/>		
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2019 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO (VERIFIQUE 220A). ESCRIBA EL NOMBRE DE LA NIÑA / NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229B
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES.....	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL 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) hijas o hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJAS / OS..... 3	
229	<p>¿Se ha hecho control del embarazo?</p> <p>SI RESPONDE SÍ PREGUNTE: ¿En dónde?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS</p> <hr/> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD ..... B FFAA Y PNP ..... C CENTRO DE SALUD MINSA ..... D PUESTO DE SALUD MINSA ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO POSTA DE ESSALUD ..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... I CASA DE PARTERA ..... J <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... K HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA ..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE HIZO CONTROL PRENATAL ..... Y	229B
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	
229AA	¿Actualmente está consumiendo hierro en pastilla, en jarabe o lo recibe en inyección?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	
229B	¿Tiene Ud. seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	230
229C	<p>¿A que institución corresponde el seguro de salud que Ud. tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)..... A ESSALUD / IPSS..... B FUERZAS ARMADAS O POLICIALES..... C ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D SEGURO PRIVADO..... E OTRO_____ X (ESPECIFIQUE )	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	236
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES.....	
		AÑO.....	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
232	VERIFIQUE 231: ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DEL 2019 O DESPUÉS	ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2019	<input type="checkbox"/> → 236
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?	MESES.....	<input type="checkbox"/>
233A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
234	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto desde enero del 2019?	SI..... 1 NO..... 2	→ 236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO, QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO POSTERIOR A ENERO DEL 2019 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
235A	¿Tuvo Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2019?	SI..... 1 NO..... 2	→ 236
235B	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... AÑO.....	<input type="checkbox"/>
236	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  FECHA, SI LA DA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 2 <input type="checkbox"/> MESES..... 3 <input type="checkbox"/> AÑOS..... 4 <input type="checkbox"/>  HISTERECTOMIZADA/MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996 NO SABE..... 998	
237	Entre una regla y otra regla ¿Cree usted que hay ciertos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	<input type="checkbox"/> → 239

#### PERIODO MENSTRUAL



238	Para Ud. ¿Cuáles son esos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada?  ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	DÍAS ANTES AL INICIO DE LA REGLA / MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA REGLA/MENSTRUACIÓN..... 02 DÍAS DESPUÉS DE TERMINADA LA REGLA / MENSTRUACIÓN..... 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 04 EN CUALQUIER DÍA / MOMENTO..... 05 OTRO..... 96 NO SABE..... 98	
239	¿Qué documentos de identificación tiene Ud. ? ¿Algún otro documento? CIRCULE TODOS LOS TIPOS DE DOCUMENTO QUE MENCIONE	PARTIDA / ACTA DE NACIMIENTO..... A DNI..... C NO TIENE..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

### DISCAPACIDAD

240	<p>VEA EN 212 Y 215 EL NÚMERO DE ORDEN Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS MENORES DE 6 AÑOS, Y ANOTE EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE</p>	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	
	<p>VEA EN 212, 216 Y 218 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑA(O) MENOR DE 6 AÑOS Y REGISTRE LA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA</p>	<b>NOMBRE</b> VIVO / VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	<b>NOMBRE</b> VIVO / VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	<b>NOMBRE</b> VIVO / VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	
	<p>SI NO HAY NIÑA(O) MENOR DE 6 AÑOS PREGUNTE SOLO A LA MUJER DE 12 A 49 AÑOS</p>	<b>MUJER ELEGIBLE (12 A 49 AÑOS)</b>			
	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted (o alguna de sus hijas o hijos, menores de 6 años) presenta alguna dificultad o limitación PERMANENTE, que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.</p> <p>(NOMBRE) ¿ Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ver, aún usando anteojos?</li> <li>2. Oír, aún usando audífonos?</li> <li>3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro?</li> <li>4. Moverse o caminar para usar brazos y/o piernas?</li> <li>5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?</li> <li>6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?</li> </ol>	SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2	SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2	SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2	SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2 SI.....1    NO....2
	<p>SI TIENE NIÑA O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA, SI NO HAY MENOR DE 6 AÑOS PASE 300.</p>	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,

### SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

300	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.		
302	¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?		
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijas o hijos.	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijas o hijos? SI..... 1 NO..... 2	
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijas o hijos? SI..... 1 NO..... 2	
03	PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	
04	DIU El médico o la obstetra puede colocar dentro de la matriz de la mujer una "T" de cobre, "T" de plata, "T" de oro o una "T" liberador de progeserona	SI..... 1 NO..... 2	
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección <b>cada mes</b> para evitar quedar embarazadas. Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección <b>cada 3 meses</b> para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 SI..... 1	NO..... 2 NO..... 2
06	IMPLANTES El médico o la obstetra puede colocar debajo de la piel de la parte superior interna del brazo de la mujer unas varillas delgadas, flexibles, las cuales pueden prevenir el embarazo durante algunos años.	SI..... 1 NO..... 2	
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	
08	PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden usar dentro de la vagina una bolsita de plástico especial antes de cada relación sexual para evitar el embarazo.	SI..... 1 NO..... 2	
09	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una espuma, jalea, óvulo, crema, diafragma o anillo antes de la relación sexual.	SI..... 1 NO..... 2	
10	MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA	SI..... 1 NO..... 2	
11	ABSTINENCIA PERIODICA: REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS, COLLAR DEL CICLO Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	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	
13	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo.	SI..... 1 NO..... 2	
14	OTROS MÉTODOS ¿Ha usado otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?  SI RESPONDE "SI", ANOTE EL METODO EN ESPECIFIQUE	SI..... 1  (ESPECIFIQUE)  NO..... 2	
303	VERIFIQUE 302:  NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> → AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/> → PASE A 307

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306 → 306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A		327D → 327D
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? <b>CORRIJA 302 Y 303</b>		
307	¿Cuántas hijas e hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJAS / OS.....	□ □
308	VERIFIQUE 302 (01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A → 311A
309	VERIFIQUE 226: 226=2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		226=1 → 319
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	319 → 319
311	¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada?  SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE DEL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... PÍLDORA..... DIU..... INYECCIÓN..... IMPLANTES..... CONDÓN..... CONDÓN FEMENINO..... ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... ABSTINENCIA PERIÓDICA..... RETIRO..... ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA..... OTRO: _____ (SPECIFIQUE)	A <input type="checkbox"/> → 312 B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> → 316
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA ..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 HOSPITAL DE ESSALUD ..... 12 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD ..... 13 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP ..... 14 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... 15 OTRO GOBIERNO: _____ (SPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR ..... 20 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 21 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA ..... 32 OTRO: _____ (SPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	16 20 21 31 32 96 98
313	VERIFIQUE 311 SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/>  ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijas e hijos a causa de esta operación? ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su esposo/ compañero que no podría tener (más) hijas e hijos a causa de esta operación?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
315	<p>¿En qué mes y año la(lo) operaron?</p> <p>VERIFIQUE QUE FECHA DEBE SER POSTERIOR A TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO. SONDEE Y CORRIJA SI FUERE NECESARIO.</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	318
316	<p>¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL EN 311) la última vez?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317	<p><b>VERIFIQUE 311:</b></p> <p>PILDORA, DIU, INYECCIÓN, IMPLANTES, CONDÓN, VAGINALES, PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE</p>	<p><input type="checkbox"/> USUARIAS DE OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/></p>	318
317A	<p>La última vez que obtuvo (PRIMER METODO EN 311) ¿Cuánto pagó en total, incluyendo el costo del método y la consulta?  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A PREGUNTE POR EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	<p>COSTO..... <input type="text"/> S/. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO PAGÓ..... 995</p> <p>NO SABE..... 998</p>	
318	<p><b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b></p> <p>ANTES DE ENERO 2019 <input type="checkbox"/></p> <p>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 2019</p>	<p>ENERO DEL 2019 O DESPUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
318A	<p><b>VERIFIQUE CASILLAS EN 318:</b></p> <p>ANTES DE ENERO 2019 <input type="checkbox"/></p> <p>ENERO DEL 2019 O DESPUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>PASE A 320</p>	<p>CONTINUE CON 319</p>	
319	<p>Ahora, 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 2019;</li> <li>- USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA.</li> <li>- NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despúes del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de "(NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada?</li> <li>- ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó?</li> <li>- Despúes del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua?</li> <li>- ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción?</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 2:</b></p> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Por qué dejó de usar (EL MÉTODO)? ¿Dejó de utilizar (EL MÉTODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</li> <li>- ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO.</li> <li>- EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1.</li> <li>- SI DEJÓ DE USAR INTENCIONALMENTE (EL MÉTODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? ANOTE "0" EN CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL PRIMER MES DE USO.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Dónde obtuvo el método cuándo Ud. empezó a usarlo?</li> <li>- ¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)?</li> </ul>		
320	<p><b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b></p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311 / 311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 → 330</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>CONDÓN.FEMENINO..... 08 → 327</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11</p> <p>RETIRO..... 12 → 328</p> <p>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA..... 13</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
321	<p><b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b></p> <p>EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2019 O DESPUÉS</p> <p>FECHA: <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p>	<p>EMPEZÓ A USAR ANTES DEL 2019 <input type="checkbox"/></p>	327

321A

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321A	<p><b>SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01, PASE 322</b></p> <p>Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL EN 320) en (FECHA EN 321). En ese momento, ¿dónde le prescribieron o indicaron dicho método?</p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <hr/> <p style="text-align: center;">NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA .. 11 PUESTO DE SALUD MINSA .. 12 PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... 16 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... 17 OTRO GOBIERNO:_____ 18 (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 22</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 PROMOTORES DE ONG..... 32 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 33</p> <p><b>OTRO</b></p> <p>TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... 41 AMIGOS/ PARIENTES..... 42 NADIE/ SE AUTOMEDICÓ..... 95 OTRO:_____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
322	A Ud. le <b>prescribieron</b> (MÉTODO ACTUAL EN 320) de (FUENTE DE MÉTODO EN 312/321A) en (FECHA EN 321). ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	SI..... 1 → 324 NO..... 2	
323	¿En algún otro momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud / farmacéutico sobre los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con ese método?	SI..... 1 NO..... 2 → 324A	
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	SI..... 1 NO..... 2	
324A	<p><b>VERIFIQUE 323:</b></p> <p>CIRCULÓ CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> NO CIRCULÓ "1" O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?      Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar?</p>	SI..... 1 → 325A NO..... 2	
325	¿En algún momento, Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	SI..... 1 → 326 NO..... 2 NO TENÍA PREFERENCIA..... 3 NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 → 325D OTRO_____ 6 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES ..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN.FEMENINO..... 08 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 OTRO: _____ 96 (SPECIFIQUE)	
325C	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA MÉTODO EN ESTAB. SALUD..... A MUY COSTOSO..... B OTRO: _____ X (SPECIFIQUE)	
325D	¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usando?	MI ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 MÉDICO, OBSTETRIZ, ENFERMERA..... 02 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 03 PROMOTOR DE SALUD DE ONG..... 04 ELLA MISMA..... 05 OTRO_____ 96 (SPECIFIQUE)	
325E	¿Por qué usted aceptó usar el método que actualmente usa?	FUE RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD..... 01 NO HABÍA OTRO MÉTODO DISPONIBLE..... 02 ESPOSO/COMPAÑERO QUERÍA ESE MÉTODO..... 03 ME OFRECIERON VÍVERES/SERVICIOS DE SALUD GRATIS..... 04 DEJARÍA DE SER BENEFICIARIA DE ALGÚN PROGRAMA..... 05 OTRO _____ 96 ESPECIFIQUE	
326	<b>VERIFIQUE 320:</b>  CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → 327B INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES ..... 06 → 327B ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09	
327	¿Dónde obtuvo usted (METODO), la última vez?  <b>SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01, PASE A 330</b>  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 PUESTO DE SALUD MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 15 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP ..... 16 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 17 OTRO GOBIERNO: _____ 18 (SPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 22 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 PROMOTORES DE ONG..... 32 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 33 <b>OTRO</b> TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... 41 AMIGAS /AMIGOS / PARIENTES..... 42 OTRO: _____ 96 (SPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327A	PASE A		→ 330
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del (DIU/Implantes)?	SI..... 1 NO..... 2	→ 330
327C	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Cuántos controles del (DIU/Implantes) le han hecho?	NÚMERO DE CONTROLES.....	□ → 330
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<p><b>NO EN UNIÓN</b>..... 11</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSIA..... 23 HISTERECTOMÍA..... 24 INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MÁS HIJAS / OS..... 27 EMBARAZADA..... 28</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPILEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54</p> <p><b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMAISIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)..... 96 NO SABE..... 98</p>	→ 330
328	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
330	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿La ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
331	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 401
332	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

## SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	<b>VERIFIQUE 215:</b> UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2019 <input type="checkbox"/> ALGÚN NACIMIENTO ANTES DE ENERO DEL 2019 Y SEA MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> → PASE A TRAMO 6A NINGÚN NACIDO MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> → PASE A 480A			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2019 Y ANÓTELLO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑA O NIÑO DESDE ENERO DEL 2019. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijas e hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno.  Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijas o hijos?	ENTONCES..... 1 (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 (PASE A 426) ←	ENTONCES..... 1 (PASE A 426) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)?  Sí, ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TECNICO EN ENFERMERIA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: _____ X  NO SE CONTROLÓ..... Y (PASE A 413) ←		
408	¿Dónde se controló?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PART..... I CASA DE PARTERA..... J  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... K HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
410	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
410A	VERIFIQUE 410:  NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ O NS <input type="checkbox"/> (PASE A 411)		
410B	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
411	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente:  a. ¿La pesaron? b. ¿Le midieron la barriga? c. ¿Le tomaron la presión arterial? d. ¿Le hicieron un examen de orina? e. ¿Le hicieron un examen de sangre? f. ¿Escucharon los latidos del corazón del bebé? g. ¿Le hicieron la prueba para descartar Sífilis? h. ¿Le hicieron la prueba para descartar el VIH/SIDA? i. ¿Le informaron como alimentarse? j. ¿Le informaron sobre sus derechos? k. ¿Le enseñaron como preparar pezones para la lactancia materna? l. ¿Le enseñaron como darle el pecho a su bebé? m. ¿Le hicieron la prueba para descartar Hepatitis B?	SÍ NO NS PESO..... 1 2 8 BARRIGA..... 1 2 8 PRESIÓN ARTERIAL..... 1 2 8 EXAMEN DE ORINA..... 1 2 8 EXAMEN DE SANGRE..... 1 2 8 LATIDOS BEBÉ..... 1 2 8 PRUEBA SÍFILIS..... 1 2 8 PRUEBA VIH/SIDA..... 1 2 8 ALIMENTARSE..... 1 2 8 DERECHOS..... 1 2 8 PREPARAR PEZONES ..... 1 2 8 PECHO A SU BEBÉ 1 2 8 PRUEBA HEPATITIS B... 1 2 8		
411A	VERIFIQUE: 411 (d.), 411 ( e.), 411 ( g.), 411(h.) y 411 (m.)  CIRCULÓ "SI", EN: 411 (d.), 411 ( e.), 411 ( g.), 411(h.) o 411 (m.)	OTRAS <input type="checkbox"/> → 412 RESPUESTAS  <input type="checkbox"/>		
411B	EN 411 (d) CIRCULÓ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 411C ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron el primer Examen de Orina?	MES / MESES .....	<input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98	
411C	EN 411 (e) CIRCULÓ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 411D ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron el primer Examen de Sangre?	MES / MESES .....	<input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98	
411D	EN 411 (g) CIRCULÓ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 411E ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar Sífilis?	MES / MESES .....	<input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98	
411E	EN 411 (h) CIRCULÓ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 411F ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar VIH/SIDA?	MES / MESES .....	<input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98	
411F	EN 411 (m) CIRCULÓ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 412 ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar Hepatitis B?	MES / MESES .....	<input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98	
412	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 413) ←		
412A	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
413	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud?	SI..... 1 NO..... 2		
414	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en el brazo o la nalga para prevenir al bebe contra el tétanos? DE SER NECESARIO LEA: ¿Es decir, convulsiones después del nacimiento? ( SI DICE "NO" SONDEE )	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ←		
415	Durante el embarazo de ( NOMBRE ) ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
416	<b>VERIFIQUE 415:</b> NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA	OTRO <input type="checkbox"/> 2 O MAS DOSIS <input type="checkbox"/>  <b>(PASE A 421)</b>		
417	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 421)</b>		
418	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?.	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	MES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>(PASE A 421)</b> ← NO SABE..... 9998		
420	Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE), ¿hace cuántos años recibió usted la vacuna contra el tétanos?.	AÑOS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
421	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 422A)</b> ←		
422	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998 NRO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
422A	Durante el embarazo de (NOMBRE) a usted: a. ¿Algun personal de salud le realizó una prueba o análisis para descartar anemia? b. ¿Le diagnosticaron o le dijeron que tenía anemia? c. ¿Le indicaron tratamiento con hierro? SI DICE "NO" SONDEE ¿Qué indicación le dieron? d. ¿Consumió el hierro tal como le indicó el personal de salud?	SI NO NS/NR PRUEBA O ANÁLISIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8  <b>(PASE A 423)</b> DIAGNÓSTICO..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8  <b>(PASE A 423)</b> TRATAMIENTO..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8  <b>(PASE A 423)</b> CONSUMIO..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8		
423	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
424	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Algún más?  TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON  SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X  (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X  (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X  (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
426A	¿Dónde dio a luz a (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21  <b>(PASE A 426D)</b> ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25  <b>(PASE A 426D)</b> ← POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21  <b>(PASE A 426D)</b> ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25  <b>(PASE A 426D)</b> ← POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21  <b>(PASE A 426D)</b> ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25  <b>(PASE A 426D)</b> ← POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	
426B	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD.. 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO.. 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN.. 20 PERSONAL ES DESCUIDADO.. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER.. 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN. 20 PERSONAL ES DESCUIDADO. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO. 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER. 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN. 20 PERSONAL ES DESCUIDADO.. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER.. 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	
426C	VERIFIQUE 426 A  DIÓ A LUZ EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	<b>CÓDIGO:</b> 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 <input type="checkbox"/> (PASE A 426 G)	<b>CÓDIGO:</b> 11, 33 ó 96 <input type="checkbox"/> (PASE A 426 G)	<b>CÓDIGO:</b> 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 <input type="checkbox"/> (PASE A 427)	<b>CÓDIGO:</b> 11, 33 ó 96 <input type="checkbox"/> (PASE A 427)
426D	(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426F) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426F) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426F) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426F) ←
426E	¿La cesárea de (NOMBRE) fue programada?	SI..... 1 (PASE A 426G) ←	SI..... 1 (PASE A 427) ←	SI..... 1 (PASE A 427) ←	SI..... 1 NO..... 2
426F	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó al establecimiento de salud, para dar a luz, hasta que fue examinada por el personal de salud?  SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> DÍAS..... 2 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 3 <input type="checkbox"/> ESTUVO CASA DE ESPERA..... 4 NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> DÍAS..... 2 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 3 <input type="checkbox"/> ESTUVO CASA DE ESPERA..... 4 NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> DÍAS..... 2 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 3 <input type="checkbox"/> ESTUVO CASA DE ESPERA..... 4 NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> DÍAS..... 2 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 3 <input type="checkbox"/> ESTUVO CASA DE ESPERA..... 4 NO SABE..... 998
426G	Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo:  a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. ¿Sangrado excesivo después del parto? c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? e. ¿Alguna otra complicación?	SI NO LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO.... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA: _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)			
427	Después del parto de (NOMBRE) ¿tuvo Ud. algún chequeo o revisión médica?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427D) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428A) ←	
427A	¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer chequeo o revisión médica?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 <input type="checkbox"/> DÍAS..... 2 <input type="checkbox"/> SEMANAS..... 3 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	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 _____
427B	¿Quién le hizo el chequeo o revisión médica?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		
427C	¿Dónde se chequeo Ud.?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO	<b>SU DOMICILIO</b> ..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		
427D	Durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas como consecuencia del parto?:  a. ¿Sangrado abundante por la vagina? b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento? c. ¿Fiebre alta o escalofríos? d. ¿Dolor, enrojecimiento y endurecimiento de los senos? e. ¿Dolor y ardor al orinar? f. ¿Flujos o líquidos vaginales con mal olor? g. ¿Pérdida involuntaria de orina?	<b>SI</b> <b>NO</b>	SANGRADO ABUNDANTE... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1 2  DOLOR, ENROJECIMIENTO 1 2  DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA DE ORINA..... 1 2	
427E	VERIFIQUE 427D:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 427G)		
427F	Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) ¿Recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2		
427G	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2		
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 428B) <input type="checkbox"/> NO..... 2 (PASE A 428C) <input type="checkbox"/>		
428A	¿Le volvió su regla (el período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429A) <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429A) <input type="checkbox"/>
428B	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	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

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	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 _____
428C	VERIFIQUE 226:  ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/>  (PASE A 429A)		
429	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2  (PASE A 430) ←		
429A	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?  SI ES UN EMBARAZO MULTIPLE, PARA EL PENÚLTIMO O ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO, REGISTRAR "99" NO APLICA 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  NO APLICA.....99	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE.....98  NO APLICA.....99
430	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
430A	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  (PASE A 430C) ←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  (PASE A 430C) ←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  (PASE A 430C) ←
430B	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?  SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	GRAMOS DEL CARNÉ.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  GRAMOS SEGÚN RECUERDA.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE.....9998	GRAMOS DEL CARNÉ.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  GRAMOS SEGÚN RECUERDA.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE.....9998	GRAMOS DEL CARNÉ.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  GRAMOS SEGÚN RECUERDA.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE.....9998
430C	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué inscrito en la Municipalidad / Oficina Registral de RENIEC?  SI RESPONDE "SI" SOLICITE PARTIDA DE NACIMIENTO Y/O DNI	SI, muestra Partida Nac. / DNI.....1 SI, no muestra Partida Nac. / DNI.. 2 NO .....3 NO SABE.....8  (PASE A 431) ←	SI, muestra Partida Nac. / DNI.... 1 SI, no muestra Partida Nac. / DNI 2 NO .....3 NO SABE.....8  (PASE A 432) ←	SI, muestra Partida Nac. / DNI.....1 SI, no muestra Partida Nac. / DNI 2 NO .....3 NO SABE.....8  (PASE A 432) ←
430D	VERIFIQUE SI LA PARTIDA / ACTA TIENE CÓDIGO UNICO DE IDENTIDAD ( CUI ) Y REGISTRELO; O COPIE EL CUI DEL DNI	SI TIENE N° CUI: PARTIDA / ACTA.....0 SI TIENE N° CUI: DNI.....1  NO TIENE.....2	SI TIENE N° CUI: PARTIDA / ACTA.....0 SI TIENE N° CUI: DNI.....1  NO TIENE.....2	SI TIENE N° CUI: PARTIDA / ACTA.....0 SI TIENE N° CUI: DNI.....1  NO TIENE.....2
431	VERIFIQUE 426A:  ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 33 Y 96 <input type="checkbox"/> → (PASE A 432)  OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>		
431A	Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón a la(el) niña(o)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8		
432	¿(NOMBRE), está afiliado(a) al Seguro Integral de Salud (SIS)?	SI ESTA AFILIADO (A).....1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8	SI ESTA AFILIADO (A).....1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8	SI ESTA AFILIADO (A).....1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
433	Durante el primer mes, después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Le hicieron al bebé algún chequeo o revisión médica?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 434) ←		
433A	¿A las cuántas horas, días o semanas después de que (NOMBRE) nació tuvo su primer chequeo o revisión médica?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 998		
433B	¿Quién le hizo el chequeo o revisión médica?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: ..... 96  (ESPECIFIQUE)		
433C	¿Dónde le hicieron el chequeo o revisión médica a (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SU DOMICILIO..... 11  SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27  SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART... 32 CASA DE PARTERA..... 33  ORGANISMOS NO GUBERNA- MENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: ..... 96  (ESPECIFIQUE)		
434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2
435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL.... 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96  (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL.. 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.. 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96  (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL.. 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.. 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96  (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho?  SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "0". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE..... 0 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 0 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 0 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
436A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 436C) ←

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	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 _____
436B	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)?  ¿Algo más?  ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO _____ X (SPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO _____ X (SPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO _____ X (SPECIFIQUE)
436C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con usted, inmediatamente después que nació?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
437	VERIFIQUE 404:  NIÑA / O VIVA / O	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>  (PASE A 439)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>  (PASE A 439)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>  (PASE A 439)
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 440A)  NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 440A)  NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 440A)  NO..... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) 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
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL..... 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL..... 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL..... 02 NIÑA / O MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA..... 07 NIÑA / O REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)
440A	VEA: PREG 215 Y 436A	SI EN 215 < 6 MESES <input type="checkbox"/> → PASE A 441  436A = 2 u 8 <input type="checkbox"/> 436A = 1 <input type="checkbox"/>  PASE A PREG. 441	SI EN 215 < 6 MESES <input type="checkbox"/> → PASE A 441  436A = 2 u 8 <input type="checkbox"/> 436A = 1 <input type="checkbox"/>  PASE A PREG. 441	SI EN 215 < 6 MESES <input type="checkbox"/> → PASE A 441  436A = 2 u 8 <input type="checkbox"/> 436A = 1 <input type="checkbox"/>  PASE A PREG. 441
440B	<b>SI EN 439 ES MENOS DE 6 MESES, PASE A 441</b>  ¿Durante los 6 primeros meses de vida, (NOMBRE) recibió solo leche materna sin incluir otros alimentos ni líquidos? <b>LEA INMEDIATAMENTE:</b> Se entiende por lactancia materna exclusiva al consumo de solo leche materna durante los 6 primeros meses de vida, incluso si le dio leche extraída de otra mujer, sales de rehidratación oral (SRO), vitaminas, minerales y medicinas. No considere el consumo de otro alimento o bebida, tampoco el agua (aguas, mates, caldos, juguetes de fruta, chupete).	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 OTRO: _____ 96  (SPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna durante el embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 443) 	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 443) 	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 443) 

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	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 _____
442	<p>¿En qué lugar recibió la capacitación (charla, enseñanza)?</p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA..... 33</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA..... 33</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA..... 33</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>
443	<p><b>VERIFIQUE 404:</b> NIÑA / O VIVA / O</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNAS O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNAS O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNAS O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)</p>
443A	<p><b>VERIFIQUE 438:</b> LACTANDO</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(PASE A 446)</p>		
444	<p>¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO</p>	<p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
445	<p>¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO</p>	<p>NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
446	<p>¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>
447	<p>¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>
448	<p>Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? Sí, cuántas veces?</p>	<p>NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98 PASE A 449</p>	<p>NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98 PASE A 449</p>	<p>NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98 PASE A 449</p>
449		<p>REGRESE A 405 EN LA COLUMNAS SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451</p>	<p>REGRESE A 405 EN LA COLUMNAS SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451</p>	<p>REGRESE A 405 EN LA COLUMNAS SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451</p>

## SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL

451	ANOTE EL NÚMERO Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2019 HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL FORMULARIO ADICIONAL).																																																																																							
452	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																				
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE  DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____  <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <small>(PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480)</small>	NOMBRE _____  <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <small>(PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480)</small>	NOMBRE _____  <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <small>(PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480)</small>																																																																																				
454	¿Tiene usted el carné de atención integral de salud de (NOMBRE)?  ¿Me permite verlo por favor?	SÍ, VISTA..... 1- (PASE A 456X) ←  SÍ, NO VISTA..... 2- (PASE A 458) ←  SIN CARNÉ..... 3	SÍ, VISTA..... 1- (PASE A 456X) ←  SÍ, NO VISTA..... 2- (PASE A 458) ←  SIN CARNÉ..... 3	SÍ, VISTA..... 1- (PASE A 456X) ←  SÍ, NO VISTA..... 2- (PASE A 458) ←  SIN CARNÉ..... 3																																																																																				
455	¿Tuvo usted alguna vez el carné de atención integral de salud de (NOMBRE)?	SI..... 1- NO..... 2- (PASE A 458) ←	SI..... 1- NO..... 2- (PASE A 458) ←	SI..... 1- NO..... 2- (PASE A 458) ←																																																																																				
456X	CIRCULE "1" SI AL MENOS TIENE UNA DOSIS DE VITAMINA "A".  CIRCULE "2" SI NO TIENE NINGUNA DOSIS DE VITAMINA "A"  ENTREVISTADORA  1. COPIE DEL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LAS FECHAS PARA CADA DOSIS DE VITAMINA "A"  2. ANOTE "44" EN LA COLUMNA DÍA, SI EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MUESTRA QUE SE DIO LA VITAMINA "A", PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.	SI..... 1 NO..... 2  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>DOSIS</th><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	DOSIS	DÍA	MES	AÑO	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>DOSIS</th><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	DOSIS	DÍA	MES	AÑO	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>DOSIS</th><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	DOSIS	DÍA	MES	AÑO	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
DOSIS	DÍA	MES	AÑO																																																																																					
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
DOSIS	DÍA	MES	AÑO																																																																																					
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
DOSIS	DÍA	MES	AÑO																																																																																					
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																					
457	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no están registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en Campañas de Vacunación y/o de Salud?  MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO, PENTAVALENTÉ, DPT, DT, ANTIHEPATÍTIS, ANTHAEMOPHILUS, TETRAVALENTE, HEXAVALENTE, ROTAVIRUS, NEUMOCOCO, INFLUENZA, ANTISARAMPIONOSA, SPR, ANTIAMARÍLICA, VARICELA, VITAMINA "A".	SI..... 1- (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456 Y/O PGTA. 456X)  (PASE A 465) ←  NO..... 2- NO SABE..... 8- (PASE A 465) ←	SI..... 1- (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456 Y/O PGTA. 456X)  (PASE A 465) ←  NO..... 2- NO SABE..... 8- (PASE A 465) ←	SI..... 1- (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456 Y/O PGTA. 456X)  (PASE A 465) ←  NO..... 2- NO SABE..... 8- (PASE A 465) ←																																																																																				
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de Campaña de Vacunación y/o de salud ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8- (PASE A 465B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8- (PASE A 465B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8- (PASE A 465B) ←																																																																																				

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica al <b>recién nacido</b> en el hombro y deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca o inyección en el muslo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461)</b> ←
460A	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
461	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en el muslo o el brazo cada vez que le ponen la vacuna contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461B)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461B)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461B)</b> ←
461A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
461B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B, que es una inyección que se pone al <b>recién nacido</b> en el muslo o el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461E)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461E)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 461E)</b> ←
461C	¿A los cuantos días o semanas de nacido (NOMBRE) recibió por 1ra. vez la vacuna contra la HEPATITIS B?	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 NO SABE..... 8	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 NO SABE..... 8	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 NO SABE..... 8
461D	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
461E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHAEMOPHILUS, que es una inyección que se pone en el muslo o el brazo para evitar la neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462)</b> ←
461F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENT, que es una inyección que se pone en el muslo o el brazo para evitar la DIFERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS, HEPATITIS B y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462B)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462B)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  <b>(PASE A 462B)</b> ←
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna TETRAVALENTE, que es para evitar la DIFERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____
463	¿(NOMBRE) recibió una vacuna contra el SARAPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA, que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463A	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
465	VERIFIQUE EN EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O SI APARECE FECHA PARA VITAMINA "A"	NO TIENE CARNÉ / NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A"  (PASE A 465B)	NO TIENE CARNÉ / NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A"  (PASE A 465B)	NO TIENE CARNÉ / NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A"  (PASE A 465B)
465A	De acuerdo al carné de atención integral de salud de (NOMBRE), recibió una dosis (la última dosis) de Vitamina A en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE)  ¿Después de esa fecha recibió (NOMBRE) otra dosis de Vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465D) ←
465B	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465DA) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465DA) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8  (PASE A 465DA) ←
465C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES.....  NO SABE..... 8	No. DE VECES.....  NO SABE..... 8	No. DE VECES.....  NO SABE..... 8
465D	En los últimos seis meses ¿(NOMBRE) recibió alguna (otra) dosis de VITAMINA A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
465DA	VEA: PREG 215, 217 (EDAD) Y 218 (VIVE O NO CON LA ENTREVISTADA)	DE 4 MESES A MÁS / VIVE CON MEF <input type="checkbox"/> MENOS DE 4 MESES / NO VIVE CON LA MEF <input type="checkbox"/> PASE A PREG. 465ED	DE 4 MESES A MÁS / VIVE CON MEF <input type="checkbox"/> MENOS DE 4 MESES / NO VIVE CON LA MEF <input type="checkbox"/> PASE A PREG. 465ED	DE 4 MESES A MÁS / VIVE CON MEF <input type="checkbox"/> MENOS DE 4 MESES / NO VIVE CON LA MEF <input type="checkbox"/> PASE A PREG. 465ED
465DB	<b>En los últimos 12 meses, ¿ (NOMBRE) recibió del personal del Ministerio de Salud algo para prevenir la anemia como:</b>  a. ¿Hierro en jarabe? b. ¿Hierro en gotas? c. ¿Hierro en polvo como Micronutrientes (chispitas, estrellitas o NUTROMIX)?  d. ¿Hierro en alguna otra presentación?  CONSIDERE TODA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO (SULFATO FERROSO) RECIBIDO DEL MINISTERIO DE SALUD	SI    NO    NS JARABE..... 1    2    8 GOTAS..... 1    2    8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1    2    8 OTRA_____ (ESPECIFIQUE) 1    2    8	SI    NO    NS JARABE..... 1    2    8 GOTAS..... 1    2    8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1    2    8 OTRA_____ (ESPECIFIQUE) 1    2    8	SI    NO    NS JARABE..... 1    2    8 GOTAS..... 1    2    8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1    2    8 OTRA_____ (ESPECIFIQUE) 1    2    8
465DC	VEA: PREG 465DB SUPLEMENTACION DE HIERRO POR EL MINSA	POR LO MENOS UN "SI" = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 ó NS=8 <input type="checkbox"/> PASE A 465DE	POR LO MENOS UN "SI" = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 ó NS=8 <input type="checkbox"/> PASE A 465DE	POR LO MENOS UN "SI" = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 ó NS=8 <input type="checkbox"/> PASE A 465DE
465DD	PREGUNTE SÓLO POR LA (S) ALTERNATIVA(S) CON CODIGO "1" CIRCULADO EN LA PREGUNTA 465DB  a. En los últimos 12 meses, ¿cuántos frascos de hierro en jarabe recibió (NOMBRE)? b. En los últimos 12 meses, ¿cuántos frascos de hierro en gotas recibió (NOMBRE)? c. En los últimos 12 meses, ¿cuántos sobre de Micronutrientes (chispitas, estrellitas o NUTROMIX) recibió (NOMBRE)? d. En los últimos 12 meses, ¿cuántas unidades de otra presentación de hierro recibió (NOMBRE)?  INDAGUE POR LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIERRO	CANTIDAD RECIBIDA      ¿Cuántos(as) consumió (NOMBRE)? FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO SABE REGISTRE 998 EN EL RECUADRO RESPECTIVO	CANTIDAD RECIBIDA      ¿Cuántas consumió (NOMBRE)? FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO SABE REGISTRE 998 EN EL RECUADRO RESPECTIVO	CANTIDAD RECIBIDA      ¿Cuántas consumió (NOMBRE)? FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FRASCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO SABE REGISTRE 998 EN EL RECUADRO RESPECTIVO
465DE	VERIFIQUE PREGUNTA 465DB  <b>SI TODAS LAS RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS "a, b, c y d" TIENEN CIRCULADO EL CÓDIGO "2", MARQUE EL RECUADRO DEL LADO IZQUIERDO  DE NO SER ASÍ, MARQUE EL RECUADRO DEL LADO DERECHO</b>	SI a, b, c y d = 2 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> PASE A 465DG	SI a, b, c y d = 2 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> PASE A 465DG	SI a, b, c y d = 2 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> PASE A 465DG
465DF	Dígame por favor, ¿Cuál es la razón por la cual no recibió hierro para (NOMBRE) de parte del <b>Ministerio de Salud?</b>  PASE A LA PREGUNTA 465E	NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... 1 SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... 2 NO LE CORRESPONDE POR LA EDAD..... 3 NO LE CORRESPONDE PORQUE NO TIENE ANEMIA..... 4 CONSUMIÓ POR SEIS MESES..... 5 NO ACUDE AL MINISTERIO DE SALUD..... 6 OTRA RAZÓN_____ (ESPECIFIQUE) 96	NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... 1 SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... 2 NO LE CORRESPONDE POR LA EDAD..... 3 NO LE CORRESPONDE PORQUE NO TIENE ANEMIA..... 4 CONSUMIÓ POR SEIS MESES..... 5 NO ACUDE AL MINISTERIO DE SALUD..... 6 OTRA RAZÓN_____ (ESPECIFIQUE) 96	NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... 1 SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... 2 NO LE CORRESPONDE POR LA EDAD..... 3 NO LE CORRESPONDE PORQUE NO TIENE ANEMIA..... 4 CONSUMIÓ POR SEIS MESES..... 5 NO ACUDE AL MINISTERIO DE SALUD..... 6 OTRA RAZÓN_____ (ESPECIFIQUE) 96

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
465DG	VERIFIQUE PREGUNTA 465DD ítem "c": (¿CUANTOS (AS) CONSUMIÓ (NOMBRE)?)  SI HAY RESPUESTA MAYOR A CERO, MARQUE EL RECUADRO DE LADO IZQUIERDO	SI 465DD ítem "c" RESPUESTA MAYOR A 0  SI 465DD "c" RESPUESTA = 0 ó NO HAY DATO  PASE A 465DI	SI 465DD ítem "c" RESPUESTA MAYOR A 0  SI 465DD ítem "c" RESPUESTA = 0 ó NO HAY DATO  PASE A 465DI	SI 465DD ítem "c" RESPUESTA MAYOR A 0  SI 465DD "c" RESPUESTA = 0 ó NO HAY DATO  PASE A 465DI
465DH	Dígome por favor, ¿De que forma (NOMBRE) consume los Micronutrientes (chispitas, estrellitas o NUTROMIX)?  SI RESPONDE QUE CONSUME MEZCLADO CON ALIMENTOS FRÍOS/TIBIOS PREGUNTE:  ¿(NOMBRE) consume toda la mezcla de Micronutrientes (chispitas, estrellitas o NUTROMIX)?  RECUERDE QUE ESTA PREGUNTA SÓLO SE APLICA PARA LA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO EN POLVO	DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3  MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4  OTRO_____ 96  (SPECIFIQUE)	DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3  MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4  OTRO_____ 96  (SPECIFIQUE)	DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2  MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3  MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4  OTRO_____ 96  (SPECIFIQUE)
465DI	VERIFIQUE PREGUNTA 465DD ¿Cuántos(as) consumió (NOMBRE)?  SI ALGÚN ÍTEM ("a, b, c ó d") LA CANTIDAD CONSUMIDA ES MENOR A LA CANTIDAD RECIBIDA	CANTIDAD CONSUMIDA ES MENOR A RECIBIDA  PASE A 465E	CANTIDAD CONSUMIDA ES IGUAL A RECIBIDA ó NO HAY DATO  PASE A 465E	CANTIDAD CONSUMIDA ES MENOR A RECIBIDA  PASE A 465E
465DJ	Dígome por favor, ¿Cuál es la razón por la cual (NOMBRE) no consumió los(el)(as) (Micronutrientes: chispitas, estrellitas o NUTROMIX) (jarabe de hierro) (gotas de hierro) que recibió?  ¿Alguna otra razón?  (*) LA ORIENTACIÓN NO FUE ADECUADA: INCLUYE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES RAZONES QUE DIGA LA MADRE:  - NO LE DIJERON CUANTO TIEMPO DEBE CONSUMIR EL NIÑO - NO LE DIJERON DE QUÉ SE PREVIE CON EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO - NO LE DIJERON COMO DEBE CONSUMIRLO - NO LE DIJERON CUANTO DEBE CONSUMIR - OTRA RAZÓN QUE TENGA QUE VER CON LA ORIENTACIÓN A LA MADRE  SI NO RECIBIÓ ORIENTACIÓN REGISTRE EN "OTRO"	EFFECTOS COLATERALES  LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  EDUCACION A LA MADRE  LA ORIENTACIÓN A LA MADRE NO FUE ADECUADA (*)  F  (SPECIFIQUE)	EFFECTOS COLATERALES  LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  EDUCACION A LA MADRE  LA ORIENTACIÓN A LA MADRE NO FUE ADECUADA (*)  F  (SPECIFIQUE)	EFFECTOS COLATERALES  LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  EDUCACION A LA MADRE  LA ORIENTACIÓN A LA MADRE NO FUE ADECUADA (*)  F  (SPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____																																																																																																																																																																											
465E	<p><b>En los últimos siete días ¿(NOMBRE) tomó:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Hierro en jarabe?</li> <li>b. ¿Hierro en polvo como Micronutrientes (chispitas, estrellitas o NUTROMIX)?</li> <li>c. ¿Hierro en gotas?</li> <li>d. ¿Hierro en otra presentación?</li> </ul> <p>CONSIDERE TODA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO (SULFATO FERROSO) RECIBIDA DE ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS</p>	<p>SI   NO   NS</p> <p>JARABE..... 1 2 8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1 2 8 GOTAS..... 1 2 8 OTRA _____ 1 2 8 (SPECIFIQUE)</p>	<p>SI   NO   NS</p> <p>JARABE..... 1 2 8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1 2 8 GOTAS..... 1 2 8 OTRA _____ 1 2 8 (SPECIFIQUE)</p>	<p>SI   NO   NS</p> <p>JARABE..... 1 2 8 MICRONUTRIENTES (CHISPITAS/ ESTRELLITAS / NUTROMIX)..... 1 2 8 GOTAS..... 1 2 8 OTRA _____ 1 2 8 (SPECIFIQUE)</p>																																																																																																																																																																											
465E1	<p><b>PARA CADA ITEM QUE CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE EN 465E, SI a=1, b=1, c=1 o d=1, PREGUNTE:</b></p> <p>¿En los últimos siete días, es decir desde el..... pasado hasta el día de ayer, (NOMBRE) que días consumió hierro en.....?</p> <p>IDENTIFIQUE LOS DIAS MENCIONADOS COMO "SI"</p> <table border="1"> <tr> <td>SELECCIONANDO EL CÓDIGO 1 DEL DÍA MENCIONADO</td> <td>AYER</td> <td>HACE 2 DÍAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>HACE 3 DÍAS</td> </tr> <tr> <td>DIAS DE REFERENCIA: INICIE REGISTRANDO EL DÍA ANTERIOR A LA ENTREVISTA</td> <td>HACE 4 DÍAS</td> <td>HACE 5 DÍAS</td> </tr> <tr> <td>RETROCEDIENDO HASTA EL DÍA DE LA SEMANA PASADA EN QUE SE ESTÁ REALIZANDO LA ENTREVISTA</td> <td>HACE 6 DÍAS</td> <td>HACE 7 DÍAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TODOS LOS DÍAS</td> <td>NO SABE</td> </tr> </table>	SELECCIONANDO EL CÓDIGO 1 DEL DÍA MENCIONADO	AYER	HACE 2 DÍAS			HACE 3 DÍAS	DIAS DE REFERENCIA: INICIE REGISTRANDO EL DÍA ANTERIOR A LA ENTREVISTA	HACE 4 DÍAS	HACE 5 DÍAS	RETROCEDIENDO HASTA EL DÍA DE LA SEMANA PASADA EN QUE SE ESTÁ REALIZANDO LA ENTREVISTA	HACE 6 DÍAS	HACE 7 DÍAS		TODOS LOS DÍAS	NO SABE	<table border="1"> <tr> <td>Jarabe?</td> <td>Polvo?</td> <td>Gotas?</td> <td>OTRA.....? (SPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </table>	Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)	a	b	c	d	SI	SI	SI	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	8	8	<table border="1"> <tr> <td>Jarabe?</td> <td>Polvo?</td> <td>Gotas?</td> <td>OTRA.....? (SPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </table>	Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)	a	b	c	d	SI	SI	SI	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	8	8	<table border="1"> <tr> <td>Jarabe?</td> <td>Polvo?</td> <td>Gotas?</td> <td>OTRA.....? (SPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>a</td> <td>b</td> <td>c</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </table>	Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)	a	b	c	d	SI	SI	SI	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8	8	8
SELECCIONANDO EL CÓDIGO 1 DEL DÍA MENCIONADO	AYER	HACE 2 DÍAS																																																																																																																																																																													
		HACE 3 DÍAS																																																																																																																																																																													
DIAS DE REFERENCIA: INICIE REGISTRANDO EL DÍA ANTERIOR A LA ENTREVISTA	HACE 4 DÍAS	HACE 5 DÍAS																																																																																																																																																																													
RETROCEDIENDO HASTA EL DÍA DE LA SEMANA PASADA EN QUE SE ESTÁ REALIZANDO LA ENTREVISTA	HACE 6 DÍAS	HACE 7 DÍAS																																																																																																																																																																													
	TODOS LOS DÍAS	NO SABE																																																																																																																																																																													
Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)																																																																																																																																																																												
a	b	c	d																																																																																																																																																																												
SI	SI	SI	SI																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
8	8	8	8																																																																																																																																																																												
Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)																																																																																																																																																																												
a	b	c	d																																																																																																																																																																												
SI	SI	SI	SI																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
8	8	8	8																																																																																																																																																																												
Jarabe?	Polvo?	Gotas?	OTRA.....? (SPECIFIQUE)																																																																																																																																																																												
a	b	c	d																																																																																																																																																																												
SI	SI	SI	SI																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
1	1	1	1																																																																																																																																																																												
8	8	8	8																																																																																																																																																																												
465EA	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 465E</p> <p><b>SI EN EL ITEM "b" DE LA PREGUNTA 465E TIENEN CIRCULADO EL CÓDIGO "1", MARQUE EL RECUADRO DEL LADO IZQUIERDO</b></p> <p>DE NO SER ASÍ, MARQUE EL RECUADRO DEL LADO DERECHO</p>	<p>SI b = 1      OTRA RESPUESTA</p> <p>_____      _____ ↓ PASE A 465EC</p>	<p>SI b = 1      OTRA RESPUESTA</p> <p>_____      _____ ↓ PASE A 465EC</p>	<p>SI b = 1      OTRA RESPUESTA</p> <p>_____      _____ ↓ PASE A 465EC</p>																																																																																																																																																																											
465EB	<p>Dígame por favor, ¿De qué forma (NOMBRE) consumió los (Micronutrientes: chispitas, estrellitas o NUTROMIX) en estos últimos 7 días?</p> <p><b>SI RESPONDE QUE CONSUME MEZCLADO CON ALIMENTOS FRIOS/TIBIOS PREGUNTE:</b></p> <p>¿(NOMBRE) consume toda la mezcla de Micronutrientes(chispitas, estrellitas o NUTROMIX)?</p> <p><b>RECUEDE QUE ESTA PREGUNTA SÓLO SE APLICA PARA LA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO EN POLVO</b></p>	<p>DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3 MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4 OTRO..... 96 (SPECIFIQUE)</p>	<p>DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3 MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4 OTRO..... 96 (SPECIFIQUE)</p>	<p>DISUELTO EN LÍQUIDOS FRÍOS/ CALIENTES / TIBIOS..... 1 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y CONSUME TODO..... 2 MEZCLADO CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS O SÓLIDOS FRÍOS / TIBIOS Y NO CONSUME TODO ..... 3 MEZCLADO CON ALIMENTOS CALIENTES..... 4 OTRO..... 96 (SPECIFIQUE)</p>																																																																																																																																																																											
465EC	<p>REGISTRE DEL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA O NIÑO LA FECHA O FECHAS DE ENTREGA DE LOS MICRONUTRIENTES (CHISPITA, ESTRELLITA O NUTROMIX).</p> <p>CIRCULE EL NÚMERO DE ENTREGA A LA CUAL CORRESPONDE, Y REGISTRE LA FECHA</p> <p>SI EL CARNÉ NO REGISTRA FECHA CIRCULE EL CÓDIGO 7</p> <p>SI NO MUESTRA CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO CIRCULE EL CÓDIGO 8</p>	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>CARNÉ NO REGISTRA FECHA..... 7 NO MUESTRA CARNÉ..... 8</p>	DÍA	MES	AÑO	1	_____	_____	2	_____	_____	3	_____	_____	4	_____	_____	5	_____	_____	6	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>CARNÉ NO REGISTRA FECHA..... 7 NO MUESTRA CARNÉ..... 8</p>	DÍA	MES	AÑO	1	_____	_____	2	_____	_____	3	_____	_____	4	_____	_____	5	_____	_____	6	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>CARNÉ NO REGISTRA FECHA..... 7 NO MUESTRA CARNÉ..... 8</p>	DÍA	MES	AÑO	1	_____	_____	2	_____	_____	3	_____	_____	4	_____	_____	5	_____	_____	6	_____	_____																																																																																																												
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																													
1	_____	_____																																																																																																																																																																													
2	_____	_____																																																																																																																																																																													
3	_____	_____																																																																																																																																																																													
4	_____	_____																																																																																																																																																																													
5	_____	_____																																																																																																																																																																													
6	_____	_____																																																																																																																																																																													
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																													
1	_____	_____																																																																																																																																																																													
2	_____	_____																																																																																																																																																																													
3	_____	_____																																																																																																																																																																													
4	_____	_____																																																																																																																																																																													
5	_____	_____																																																																																																																																																																													
6	_____	_____																																																																																																																																																																													
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																													
1	_____	_____																																																																																																																																																																													
2	_____	_____																																																																																																																																																																													
3	_____	_____																																																																																																																																																																													
4	_____	_____																																																																																																																																																																													
5	_____	_____																																																																																																																																																																													
6	_____	_____																																																																																																																																																																													

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
465EC1	<p><b>SI EN 465E EN LOS ITEMS a, b, c y d DIJO NO, PREGUNTE:</b>  Dígame por favor, ¿Cuál es la razón por la cual (NOMBRE) no consumió  Micronutrientes o chispitas, jarabe de hierro, gotas de hierro o hierro en otra presentación en los últimos 7 días?</p> <p><b>¿Alguna otra razón?</b></p>	<b>EFEKTOS COLATERALES</b> LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  <b>EDUCACION U ORIENTACIÓN A LA MADRE</b> NO LE DIJERON CUANTO TIEMPO DEBE CONSUMIR EL NIÑO..... F NO LE DIJERON DE QUÉ SE PREVIENE CON EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO..... G NO LE DIJERON COMO Y CUANTO DEBE CONSUMIR..... H OTRA RAZÓN POR ORIENTACIÓN INADECUADA DE LA MADRE..... I  <b>(SPECIFIQUE)</b> <b>ACCESO</b> NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... J SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... K NO ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... L MUY COSTOSO ..... M <b>OTROS</b> NIÑO SANO, NO NECESITA..... N SE OLVIDÓ DE DARLE..... O OTRO_____ X  <b>(SPECIFIQUE)</b> NO SABE..... Z	<b>EFEKTOS COLATERALES</b> LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  <b>EDUCACION U ORIENTACIÓN A LA MADRE</b> NO LE DIJERON CUANTO TIEMPO DEBE CONSUMIR EL NIÑO..... F NO LE DIJERON DE QUÉ SE PREVIENE CON EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO..... G NO LE DIJERON COMO Y CUANTO DEBE CONSUMIR..... H OTRA RAZÓN POR ORIENTACIÓN INADECUADA DE LA MADRE..... I  <b>(SPECIFIQUE)</b> <b>ACCESO</b> NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... J SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... K NO ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... L MUY COSTOSO ..... M <b>OTROS</b> NIÑO SANO, NO NECESITA..... N SE OLVIDÓ DE DARLE..... O OTRO_____ X  <b>(SPECIFIQUE)</b> NO SABE..... Z	<b>EFEKTOS COLATERALES</b> LE DOLÍA EL ESTÓMAGO..... A LE CAUSÓ DIARREA..... B LE CAUSÓ ESTREÑIMIENTO..... C EL SABOR ES DESAGRADABLE..... D LE TIÑÓ LOS DIENTES..... E  <b>EDUCACION U ORIENTACIÓN A LA MADRE</b> NO LE DIJERON CUANTO TIEMPO DEBE CONSUMIR EL NIÑO..... F NO LE DIJERON DE QUÉ SE PREVIENE CON EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO..... G NO LE DIJERON COMO Y CUANTO DEBE CONSUMIR..... H OTRA RAZÓN POR ORIENTACIÓN INADECUADA DE LA MADRE..... I  <b>(SPECIFIQUE)</b> <b>ACCESO</b> NO LE DIJERON QUE DEBÍA RECIBIR..... J SE ACABÓ EN EL ESTABLECIMIENTO..... K NO ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... L MUY COSTOSO ..... M <b>OTROS</b> NIÑO SANO, NO NECESITA..... N SE OLVIDÓ DE DARLE..... O OTRO_____ X  <b>(SPECIFIQUE)</b> NO SABE..... Z
465ED	<p>a. ¿Alguna vez a (NOMBRE) un personal de salud le realizó una prueba o análisis para descartar anemia?</p> <p>SI RESPONDE QUE "SI" PREGUNTE  ¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última prueba? CONSIDERE EN DÍAS SI ES MENOS DE 30</p> <p>b. ¿Le diagnosticaron o le dijeron que tenía anemia?</p> <p>¿Cuál fue el resultado?  CONSIDERE ADEMÁS DEL CARNÉ CUALQUIER DOCUMENTO DONDE FUE REGISTRADO EL RESULTADO</p> <p>SI EN b RESPONDIÓ QUE "NO" PASE A 465EF  SI EN b RESPONDIÓ QUE "SI" PREGUNTE</p> <p>c. ¿Le indicaron tratamiento con hierro?  SI DICE "NO" SONDEE  ¿Qué indicación le dieron?</p> <p>d. ¿Consumió el hierro tal como le indicó el personal de salud?</p>	PRUEBA O ANÁLISIS..... SI      NO      NS/NR 1      2      8 ↓ (PASE A 465EF)  DIAS..... 1 [ ] (FECHA, CARNÉ) MESSES..... 2 [ ] NS/NR..... 8  (FECHA, RECUERDA) DIAGNÓSTICO..... 1 2 8 ↓ (PASE A 465EF)  SEGÚN CARNÉ..... 1 [ ] - [ ] g/dl SEGÚN RECUERDA 2 [ ] - [ ] g/dl  NO SABE/NO RECUERDA...8	PRUEBA O ANÁLISIS..... SI      NO      NS/NR 1      2      8 ↓ (PASE A 465EF)  DIAS..... 1 [ ] (FECHA, CARNÉ) MESSES..... 2 [ ] NS/NR..... 8  (FECHA, RECUERDA) DIAGNÓSTICO..... 1 2 8 ↓ (PASE A 465EF)  SEGÚN CARNÉ..... 1 [ ] - [ ] g/dl SEGÚN RECUERDA 2 [ ] - [ ] g/dl  NO SABE/NO RECUERDA...8	PRUEBA O ANÁLISIS..... SI      NO      NS/NR 1      2      8 ↓ (PASE A 465EF)  DIAS..... 1 [ ] (FECHA, CARNÉ) MESSES..... 2 [ ] NS/NR..... 8  (FECHA, RECUERDA) DIAGNÓSTICO..... 1 2 8 ↓ (PASE A 465EF)  SEGÚN CARNÉ..... 1 [ ] - [ ] g/dl SEGÚN RECUERDA 2 [ ] - [ ] g/dl  NO SABE/NO RECUERDA...8
465EF	REGISTRE DEL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA O NIÑO O DE OTRO DOCUMENTO LAS FECHAS DE ANÁLISIS DE HEMOGLOBINA Y EL RESULTADO . SI EL CARNÉ NO REGISTRA FECHA NI RESULTADO SELECCIONE EL CÓDIGO 7 SI NO MUESTRA CARNÉ DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA O NIÑO CIRCULE EL CÓDIGO 8 SI NO HAY VALOR DEL RESULTADO EN EL CARNÉ DEJE EN BLANCO LOS CASILLEROS	DIA    MES    AÑO    RESULTADO 1 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 2 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 3 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 4 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl  CARNÉ NO REGISTRA FECHA, NI RESULTADO..... 7  NO MUESTRA CARNÉ..... 8	DIA    MES    AÑO    RESULTADO 1 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 2 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 3 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 4 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl  CARNÉ NO REGISTRA FECHA, NI RESULTADO..... 7  NO MUESTRA CARNÉ..... 8	DIA    MES    AÑO    RESULTADO 1 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 2 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 3 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl 4 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] g/dl  CARNÉ NO REGISTRA FECHA, NI RESULTADO..... 7  NO MUESTRA CARNÉ..... 8
466	En los últimos 6 meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←
466A	¿Quién le controló a (NOMBRE) el crecimiento y desarrollo?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X  (b) SPECIFIQUE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X  (b) SPECIFIQUE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X  (b) SPECIFIQUE

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
466B	¿Dónde tuvo lugar el control de (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL..... MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL..... MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL..... MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
466C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? SI NINGUNO, ANOTE "00"	Nº DE VECES.....  NO SABE..... 98	Nº DE VECES.....  NO SABE..... 98	Nº DE VECES.....  NO SABE..... 98
467	En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre?	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	En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos?	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) ←
468A	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?	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) ←
468B	¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupida?	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 NO SABE..... 8  (ESPECIFIQUE)	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 NO SABE..... 8  (ESPECIFIQUE)	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 NO SABE..... 8  (ESPECIFIQUE)
469	<b>VERIFIQUE 467 Y 468:</b>  FIEBRE O TOS	"SI" EN 467 O EN 468  <input type="checkbox"/> (PASE A 472)	"SI" EN 467 O EN 468  <input type="checkbox"/> (PASE A 472)	"SI" EN 467 O EN 468  <input type="checkbox"/> (PASE A 472)
469A	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la fiebre o tos, más bebidas o menos bebidas?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para beber o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
469B	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la fiebre o tos, le dio más o le dio menos comida?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3  MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
469C	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos) de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 470A) ←	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 470A) ←	SI..... 1 NO..... 2  (PASE A 470A) ←
469D	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro sitio?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... A HOSPITAL ESSALUD..... B HOSPITAL FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
469E	VERIFIQUE 469D :	2 Ó MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 469G)	2 Ó MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 469G)	2 Ó MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 469G)
469F	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento? ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 469D	PRIMER LUGAR..... <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="checkbox"/>
469G	¿Cuántos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?  SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DIAS..... <input type="checkbox"/>	Nº DE DIAS..... <input type="checkbox"/>	Nº DE DIAS..... <input type="checkbox"/>
469H	VERIFIQUE 469F Y 469D:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 471)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 471)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 471)
470	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUÉ PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 96	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUÉ PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO..... 20 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 96	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUÉ PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO..... 20 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 96
470A	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8
471	¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←
471A	¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←
471B	¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos? ¿Algo más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICOS..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X NO SABE..... Z (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICOS..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X NO SABE..... Z (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICOS..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X NO SABE..... Z (PASE A 472) ←
471C	¿Cuando (NOMBRE) enfermó ¿Usted ya tenía estos remedios en casa?  CIRCULE TODOS LOS QUE TENIA	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E NINGUNO..... F (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E NINGUNO..... F (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO..... E NINGUNO..... F (PASE A 472) ←

	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 _____								
472	En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea?	SI.....	1		SI.....	1		SI.....	1						
	NO.....	2		NO.....	2		NO.....	2							
	NO SABE.....	8		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8							
	(PASE A 476) ←					(PASE A 476) ←									
472A	¿Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo alguno de estos síntomas o dolencias?: a. ¿Estuvo intranquilo, irritable? b. ¿Estuvo sediento, bebía los líquidos rápidamente? c. ¿Lloraba sin lágrimas? d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS					
	INTRANQUILO.....	1	2	8	INTRANQUILO.....	1	2	8	INTRANQUILO.....	1	2	8			
	SEDIENTO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8			
	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8			
	PIEL RESECA.....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8			
472B	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (caquita) tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES.....			Nº DE DEPOSICIONES.....			Nº DE DEPOSICIONES.....							
	NO SABE.....	98			NO SABE.....	98			NO SABE.....	98					
472C	¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?	SI.....	1		SI.....	1		SI.....	1						
	NO.....	2		NO.....	2		NO.....	2							
	NO SABE.....	8		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8							
473	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para beber o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS.....	1		MUCHO MENOS.....	1		MUCHO MENOS.....	1						
	ALGO MENOS.....	2		ALGO MENOS.....	2		ALGO MENOS.....	2							
	LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3							
	MÁS BEBIDAS.....	4		MÁS BEBIDAS.....	4		MÁS BEBIDAS.....	4							
	NADA DE BEBER.....	5		NADA DE BEBER.....	5		NADA DE BEBER.....	5							
	NO SABE.....	8		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8							
473A	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, le dio más o le dio menos comida?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS.....	1		MUCHO MENOS.....	1		MUCHO MENOS.....	1						
	ALGO MENOS.....	2		ALGO MENOS.....	2		ALGO MENOS.....	2							
	LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3							
	MÁS COMIDAS.....	4		MÁS COMIDAS.....	4		MÁS COMIDAS.....	4							
	NADA DE COMER.....	5		NADA DE COMER.....	5		NADA DE COMER.....	5							
	NO SABE.....	8		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8							
473B	¿Le dió a (NOMBRE)?: a. ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral / Bolsa Salvadora?  b. ¿Frutiflex, electrolite u otro similar?  c. ¿Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS					
	SRO.....	1	2	8	SRO.....	1	2	8	SRO.....	1	2	8			
	FRUTIFLEX/ ELECTROLITE.....	1	2	8	FRUTIFLEX/ ELECTROLITE.....	1	2	8	FRUTIFLEX/ ELECTROLITE.....	1	2	8			
	SUERO CASERO.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8			
473C	¿Le dió algo (más) a (NOMBRE) para tratar la diarrea (distinto a este líquido)?	SI.....	1		SI.....	1		SI.....	1						
	NO.....	2		NO.....	2		NO.....	2							
	NO SABE.....	8		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8							
	(PASE A 474) ←					(PASE A 474) ←					(PASE A 474) ←				
473D	¿Qué (más) le dieron a (NOMBRE) para tratar la diarrea?  ¿Algo más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	PASTILLAS ZINC.....	A		PASTILLAS ZINC.....	A		PASTILLAS ZINC.....	A						
	JARABE ZINC.....	B		JARABE ZINC.....	B		JARABE ZINC.....	B							
	ANTIBIÓTICO.....	C		ANTIBIÓTICO.....	C		ANTIBIÓTICO.....	C							
	SUERO INTRAVENOSO.....	D		SUERO INTRAVENOSO.....	D		SUERO INTRAVENOSO.....	D							
	JARABE PARA LA DIARREA.....	E		JARABE PARA LA DIARREA.....	E		JARABE PARA LA DIARREA.....	E							
	REMEDIOS CASEROS.....	F		REMEDIOS CASEROS.....	F		REMEDIOS CASEROS.....	F							
	OTRO: _____	X		OTRO: _____	X		OTRO: _____	X							
	(ESPECIFIQUE)					(ESPECIFIQUE)					(ESPECIFIQUE)				
473E	VERIFIQUE 473D	CIRCULÓ "A"	CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"		CIRCULÓ "A"	CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"		CIRCULÓ "A"	CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			↓ PASE A 474			↓ PASE A 474			↓ PASE A 474						
473F	¿Cuántas veces recibió pastillas de zinc?	Nº DE VECES .....	<input type="checkbox"/>		Nº DE VECES .....	<input type="checkbox"/>		Nº DE VECES .....	<input type="checkbox"/>						

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
474	¿Buscó usted consejo o tratamiento para tratar la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←
474A	¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H  SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR / AMIGA / AMIGO..... M CURANDERO..... N  ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H  SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGA/ AMIGO..... M CURANDERO..... N  ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H  SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PART..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGA/ AMIGO..... M CURANDERO..... N  ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
474B	VERIFIQUE 474A:	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 474D)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 474D)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 474D)
474C	¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento?  ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 474A	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
474D	¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?  SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>
474E	VERIFIQUE 474C y 474A:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 475B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 475B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 475B)
475	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DE LA/EL NIÑA / O NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
475A	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
475B	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

PREGUNTA	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO				PENÚLTIMO NACIDO VIVO				ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO																																																																																																																																																																									
		NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE		NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE		NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE																																																																																																																																																																							
476	VERIFIQUE 467, 468 Y 472	SI EN 467 ó 468 ó EN 472		NO EN 467, 468 Y EN 472  (PASE A 477)		SI EN 467 ó 468 ó EN 472		NO EN 467, 468 Y EN 472  (PASE A 477)		SI EN 467 ó 468 ó EN 472		NO EN 467, 468 Y EN 472  (PASE A 477)																																																																																																																																																																							
476A	¿(NOMBRE) tuvo deposiciones líquidas y/o semiliquidas (el día de)... ?  SI DICE "NO" ANOTE "0" EN LA COLUMNA "¿CUÁNTAS DEPOSICIONES PRESENTÓ?"  SI N° DE DEPOSICIONES ES MAYOR A "0" PREGUNTE LAS COLUMNAS A, B Y C.  SI N° DE DEPOSICIONES ES IGUAL A "0" PREGUNTE SÓLO LAS COLUMNAS B Y C.	<p>Ayer?</p> <p>Hace 2 días?</p> <p>Hace 3 días?</p> <p>Hace 4 días?</p> <p>Hace 5 días?</p> <p>Hace 6 días?</p> <p>Hace 7 días?</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">¿Cuántas deposiciones presentó?</td> <td colspan="2">A. ¿Presentó sangre?</td> <td colspan="2">B. ¿...Tuvo tos?</td> <td colspan="2">C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?</td> </tr> <tr> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> </tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> </table>				¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?		SI	NO	SI	NO	SI	NO		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">¿Cuántas deposiciones presentó?</td> <td colspan="2">A. ¿Presentó sangre?</td> <td colspan="2">B. ¿...Tuvo tos?</td> <td colspan="2">C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?</td> </tr> <tr> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> </tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> </table>				¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?		SI	NO	SI	NO	SI	NO		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">¿Cuántas deposiciones presentó?</td> <td colspan="2">A. ¿Presentó sangre?</td> <td colspan="2">B. ¿...Tuvo tos?</td> <td colspan="2">C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?</td> </tr> <tr> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> <td>SI</td><td>NO</td> </tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> </table>				¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?		SI	NO	SI	NO	SI	NO		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2
¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?																																																																																																																																																																														
	SI		NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																												
	1		2	1	2	1	2																																																																																																																																																																												
	1		2	1	2	1	2																																																																																																																																																																												
	1		2	1	2	1	2																																																																																																																																																																												
	1		2	1	2	1	2																																																																																																																																																																												
	1		2	1	2	1	2																																																																																																																																																																												
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?																																																																																																																																																																														
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
¿Cuántas deposiciones presentó?	A. ¿Presentó sangre?		B. ¿...Tuvo tos?		C. ¿...Tuvo Dificultad para respirar?																																																																																																																																																																														
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																													
477	En los últimos 12 meses, entre ____ del año pasado y ____ de este año, ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 → PASE A 477.3				SI..... 1 NO..... 2 → PASE A 477.3				SI..... 1 NO..... 2 → PASE A 477.3																																																																																																																																																																									
477.1	¿(NOMBRE) cuántas veces recibió tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales en los últimos 12 meses?	NÚMERO DE VECES..... 1 NO SABE/NO RECUERDA..... 8				NÚMERO DE VECES..... 1 NO SABE/NO RECUERDA..... 8				NÚMERO DE VECES..... 1 NO SABE/NO RECUERDA..... 8																																																																																																																																																																									
477.2	¿Qué institución le dió el (último) tratamiento?	<b>SECTOR PÚBLICO</b> MINSA..... 1 ESSALUD..... 2 FF AA. Y PNP..... 3 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 6 CONSULT. MÉDICO PART..... 7 BOTIQUÍN POPULAR..... 8 FARMACIA/BOTICA..... 9 <b>ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... 10 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 11 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) ..... 12 <b>PARIENTE /AMIGO</b> ..... 13				<b>SECTOR PÚBLICO</b> MINSA..... 1 ESSALUD..... 2 FF AA. Y PNP..... 3 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 6 CONSULT. MÉDICO PART..... 7 BOTIQUÍN POPULAR..... 8 FARMACIA/BOTICA..... 9 <b>ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... 10 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 11 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) ..... 12 <b>PARIENTE /AMIGO</b> ..... 13				<b>SECTOR PÚBLICO</b> MINSA..... 1 ESSALUD..... 2 FF AA. Y PNP..... 3 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 6 CONSULT. MÉDICO PART..... 7 BOTIQUÍN POPULAR..... 8 FARMACIA/BOTICA..... 9 <b>ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... 10 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 11 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) ..... 12 <b>PARIENTE /AMIGO</b> ..... 13																																																																																																																																																																									
477.3	En los últimos 12 meses, entre ____ del año pasado y ____ de este año, ¿(NOMBRE) tuvo lombrices o gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8				SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8				SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																									
477.4	PREGUNTE SI EN 477.3 RESPONDIO "SI" a. ¿Qué síntomas o molestias presentó (NOMBRE) cuando tuvo las lombrices o gusanos intestinales?  ¿Presentó algún otro síntoma?  PREGUNTE SI EN 477.3 RESPONDIO "NO" O "NO SABE" b. ¿Qué síntomas o molestias presentaría (NOMBRE) si tuviera lombrices o gusanos intestinales?  ¿Qué otro síntoma presentaría?	DOLOR ABDOMINAL..... DIFICULTADES PARA DORMIR..... NAUSEAS Y VOMITOS..... FALTA DE APETITO Y PÉRDIDA DE PESO..... ASTENIA (SIN ENERGIA)..... ESCALOFRIOS..... ESTREÑIMIENTO..... PICAZÓN EN EL ANO..... PRESENCIA DE GUSANOS EN EL PAÑAL, ANO O HECES..... RECHINAR LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO..... IRRITABILIDAD POR FALTA DE DESCANSO..... OTRO _____ (ESPECIFIQUE) ..... NINGUNO ..... NO SABE/NO RECUERDA.....				A DOLOR ABDOMINAL..... B DIFICULTADES PARA DORMIR..... C NAUSEAS Y VOMITOS..... D FALTA DE APETITO Y PÉRDIDA DE PESO..... E ASTENIA (SIN ENERGIA)..... F ESCALOFRIOS..... G ESTREÑIMIENTO..... H PICAZÓN EN EL ANO..... I PRESENCIA DE GUSANOS EN EL PAÑAL, ANO O HECES..... J RECHINAR LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO..... K IRRITABILIDAD POR FALTA DE DESCANSO..... X OTRO _____ (ESPECIFIQUE) ..... Y NINGUNO ..... Z NO SABE/NO RECUERDA.....				A DOLOR ABDOMINAL..... B DIFICULTADES PARA DORMIR..... C NAUSEAS Y VOMITOS..... D FALTA DE APETITO Y PÉRDIDA DE PESO..... E ASTENIA (SIN ENERGIA)..... F ESCALOFRIOS..... G ESTREÑIMIENTO..... H PICAZÓN EN EL ANO..... I PRESENCIA DE GUSANOS EN EL PAÑAL, ANO O HECES..... J RECHINAR LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO..... K IRRITABILIDAD POR FALTA DE DESCANSO..... X OTRO _____ (ESPECIFIQUE) ..... Y NINGUNO ..... Z NO SABE/NO RECUERDA.....																																																																																																																																																																									
477A	Ayer (NOMBRE) ¿Usó mosquitero para dormir?	SI..... 1 NO..... 2				SI..... 1 NO..... 2				SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																									

**DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
478	CALCULE LA EDAD EN MESES DE LA NIÑA O EL NIÑO SEGUN DATOS DE LA PREGUNTA 215	EDAD EN MESES _____	EDAD EN MESES _____	EDAD EN MESES _____
478A	VERIFIQUE LA PREGUNTA 218 y 240 (SI LA NIÑA O NIÑO VIVE CON LA MADRE), Y SI LA NIÑA O NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD PERMANENTE	NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y NO TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> ↓	NIÑA(O) NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9 (TRAMO 6) NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> ↓	NIÑA(O) NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9 (TRAMO 6) NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> ↓
478AA	VERIFIQUE PREGUNTA 478 (EDAD EN MESES DE LA NIÑA O NIÑO)	DE 9 - 12 <input type="checkbox"/> → PASE A 478E1 DE 13 - 18 <input type="checkbox"/> → PASE A 478F1 DE 19 - 23 <input type="checkbox"/> → PASE A 478G1 DE 24 - 36 <input type="checkbox"/> → PASE A 478H1 DE 37 - 54 <input type="checkbox"/> → PASE A 478I1 DE 55 - 71 <input type="checkbox"/> → PASE A 478J1 FUERA DE RANGO <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9	DE 9 - 12 <input type="checkbox"/> → PASE A 478E1 DE 13 - 18 <input type="checkbox"/> → PASE A 478F1 DE 19 - 23 <input type="checkbox"/> → PASE A 478G1 DE 24 - 36 <input type="checkbox"/> → PASE A 478H1 DE 37 - 54 <input type="checkbox"/> → PASE A 478I1 DE 55 - 71 <input type="checkbox"/> → PASE A 478J1 FUERA DE RANGO <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9	DE 9 - 12 <input type="checkbox"/> → PASE A 478E1 DE 13 - 18 <input type="checkbox"/> → PASE A 478F1 DE 19 - 23 <input type="checkbox"/> → PASE A 478G1 DE 24 - 36 <input type="checkbox"/> → PASE A 478H1 DE 37 - 54 <input type="checkbox"/> → PASE A 478I1 DE 55 - 71 <input type="checkbox"/> → PASE A 478J1 FUERA DE RANGO <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9

**TRAMO 1: DE 9 A 12 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____			
A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija(o).							
Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b> .							
478E1	<b>MUESTRE LA CARTILLA 1.</b> De estas figuras ¿cuál o cuáles son las que (NOMBRE) <b>generalmente</b> realiza?  LEA EN VOZ ALTA LA(S) OPCIÓN(ES) ELEGIDA(S) Y CIRCULE LA DE MAYOR NUMERACIÓN QUE GENERALMENTE REALIZA LA(EL) NIÑA(O).	LEVANTA EL TRONCO APOYÁNDOSE EN BRAZOS Y RODILLAS..... SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRANDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA /O CON SOLTURA ..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8	LEVANTA EL TRONCO APOYÁNDOSE EN BRAZOS Y RODILLAS..... SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRANDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA /O CON SOLTURA ..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8	LEVANTA EL TRONCO APOYÁNDOSE EN BRAZOS Y RODILLAS..... SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRANDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA /O CON SOLTURA ..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8
478E2	En el lugar en el cual (NOMBRE) <b>pasa mayor tiempo</b> ¿tiene un <b>espacio sin objetos</b> en el que pueda desplazarse/caminar libremente?  DE SER NECESARIO PREGUNTE: 1) ¿De qué tamaño es? 2) ¿Cómo es el piso de ese lugar?  MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UN ESPACIO DE <b>PISO FIRME Y LIBRE DE OBJETOS DE 3 METROS LINEALES APROXIMADAMENTE</b> .	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E3	(NOMBRE) <b>trata de imitar las palabras</b> que escucha?  MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE QUE SU HIJA/O EMITE VOCALES (A, O), SILABAS (BA, TA) O PALABRAS (PAPÁ, MAMA) COMO <b>IMITACIÓN O EN RESPUESTA A LAS VERBALIZACIONES DE OTRAS PERSONAS</b> .	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E4	(NOMBRE) <b>entiende</b> cuando usted le dice "NO" aunque no le haga caso?  REFIERE A SI LA (EL) NIÑA(O) <b>ENTIENDE EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA "NO"</b>	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E5	(NOMBRE) <b>entiende una orden sencilla</b> como por ejemplo "dame" o "toma"?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E6	Cuando está con (NOMBRE) <b>usted le habla de lo que están haciendo</b> en ese momento?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, usted le dice: "estamos comiendo tu papita" mientras comen.	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E7	Cuando <b>usted carga a</b> (NOMBRE), ella (él) <b>generalmente</b> ¿se tira hacia atrás, se niega a que se le cargue, se pone tiesa(o) o la empuja a usted?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E8	Cuando (NOMBRE) <b>está con usted</b> , ella (él) <b>generalmente</b> ¿está tensa(o), ansiosa(o), angustiada(o), indiferente o aburrida(o)?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E9	(NOMBRE) <b>generalmente</b> ¿es <b>impaciente, protesta y persiste a</b> menos que usted haga lo que ella(él) quiere?  MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE QUE LA (EL) NIÑA(O) ES IMPACIENTE Y PROTESTA Y PERSISTE ( <b>LAS 3 CONDICIONES</b> ).	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478E10	Si (NOMBRE) <b>llora cuando usted está haciendo algo, generalmente</b> ¿qué hace usted?  DE SER NECESARIO, LEA: Por ejemplo, si usted está lavando o hablando por teléfono y su hija(o) llora, ¿qué hace generalmente?  DE SER NECESARIO, PREGUNTE: 1) ¿qué hace usted frente a lo que está haciendo? 2) ¿qué hace frente al llanto de su hija(o)?	DEJA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LA/O ATIENDE ....., PRIMERO TERMINA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LUEGO LA/O ATIENDE ....., LE PIDE A OTRA PERSONA QUE LA/O ATIENDA....., LA/O ATIENDE AUN CUANDO SIGA HACIENDO SUS LABORES....., NO LA/O ATIENDE....., NR / NS.....	1 2 3 4 5 8	DEJA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LA/O ATIENDE ....., PRIMERO TERMINA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LUEGO LA/O ATIENDE ....., LE PIDE A OTRA PERSONA QUE LA/O ATIENDA....., LA/O ATIENDE AUN CUANDO SIGA HACIENDO SUS LABORES....., NO LA/O ATIENDE....., NR / NS.....	1 2 3 4 5 8	DEJA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LA/O ATIENDE ....., PRIMERO TERMINA DE HACER LO QUE ESTÁ HACIENDO Y LUEGO LA/O ATIENDE ....., LE PIDE A OTRA PERSONA QUE LA/O ATIENDA....., LA/O ATIENDE AUN CUANDO SIGA HACIENDO SUS LABORES....., NO LA/O ATIENDE....., NR / NS.....	1 2 3 4 5 8
478E11		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	

**TRAMO 2: DE 13 A 18 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____			
A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).							
Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b> .							
478F1	<b>MUESTRE LA CARTILLA 2.</b>  De estas figuras ¿cuál o cuáles son las que (NOMBRE) <b>generalmente</b> realiza?  LEA EN VOZ ALTA LA(S) OPCIÓN(ES) ELEGIDA(S) Y CIRCULE LA DE MAYOR NUMERACIÓN QUE GENERALMENTE REALIZA LA(EL) NIÑA(O).	SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRÁNDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA/O CON SOLTURA..... SE AGACHA AL SUELO Y SE VUELVE A PARAR SOLA/O..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8	SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRÁNDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA/O CON SOLTURA..... SE AGACHA AL SUELO Y SE VUELVE A PARAR SOLA/O..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8	SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA..... SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO..... DA UNOS PASOS AGARRÁNDOSE DE ALGO..... SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA..... CAMILA SOLA/O CON SOLTURA..... SE AGACHA AL SUELO Y SE VUELVE A PARAR SOLA/O..... NR / NS.....	1 2 3 4 5 6 8
478F2	En el lugar donde (NOMBRE) <b>generalmente juega</b> :  A. ¿Hay objetos pesados que le pueden caer encima?  B. ¿Hay objetos con los que se puede cortar?  C. El lugar donde generalmente juega <b>está cerca de</b> desperdicios o basura como restos de alimentos?  D. En ese lugar ¿hay elementos tóxicos como detergentes, insecticidas <b>al alcance de</b> (NOMBRE)?  E. El lugar donde generalmente juega <b>está fuera de la casa y cerca de</b> pistas, carreteras, acequias o abismos?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478F3	Cuando (NOMBRE) quiere algo, ¿pide <b>con palabras</b> ?  SI LA MADRE RESPONDE SI, PREGUNTE: Por ejemplo ¿qué palabras usa?  MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA PALABRA AUNQUE ESTA SOLO LA ENTIENDA LA MADRE.	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478F4	Cuando se le pide a (NOMBRE) que <b>llevé de un lugar a otro un objeto que conoce</b> , como alguno de sus juguetes, ¿lo hace?  DE SER NECESARIO, LEA: Por ejemplo, cuando usted le pide a su hija(o) que lleve su pelota a su cuarto ¿lo hace?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478F5	Cuando se le pide a (NOMBRE) que haga algo <b>sin usted mostrarle cómo hacerlo</b> ¿lo hace?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, cuando usted le dice a su hija(o) que se despida de su abuela, ella(él) le da un besito o le dice chao con la mano <b>sin necesidad de que usted o alguien más le muestre cómo hacerlo</b> ?	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478F6	Cuando está con (NOMBRE) <b>usted le habla de lo que están haciendo</b> en ese momento?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, usted le dice: "estamos comiendo tu papita" mientras comen.	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8	SI..... NO..... NR / NS.....	1 2 8
478F7		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A.		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A.		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	

**TRAMO 3: DE 19 A 23 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).</p> <p>Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b>.</p>				
478G1	(NOMBRE) ¿nombra las partes de su cuerpo?  SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuáles son las partes de su cuerpo que su hija(o) nombra y cómo las nombra?.  MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE QUE SU HIJA(O) <b>NOMBRA ADECUADAMENTE 2 PARTES DE SU CUERPO</b> .	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478G2	Cuando (NOMBRE) habla:  <b>A. ¿Usa palabras?</b>  SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Por ejemplo ¿Qué palabras dice? MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA PALABRA AUNQUE ESTA SOLO LA ENTIENDA LA MADRE.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
	<b>B. ¿Usa palabras que todas las personas entienden?</b>  SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Por ejemplo ¿Qué palabras dice? MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA PALABRA QUE TODOS ENTIENDEN PORQUE EXISTE.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
	<b>C. ¿Usa frases de 2 a 4 palabras que todas las personas entienden?</b>  SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Por ejemplo ¿Qué frases dice? MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA FRASE COMPUESTA POR 2 O MÁS PALABRAS QUE EXISTEN.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478G3	Cuando usted <b>le pide</b> a (NOMBRE) que <b>coja un objeto que no está a la vista y que luego lo coloque donde usted le indica sin mostrarle cómo hacerlo</b> ¿lo hace?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, si le dice que coloque la pelota encima de la mesa, ella (él) busca la pelota y la pone sobre la mesa <b>sin que usted le haya mostrado</b> cómo hacerlo.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478G4	(NOMBRE) <b>generalmente</b> <b>“participa”</b> en las conversaciones con adultos?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, su hija(o) pregunta o responde o se expresa verbalmente <b>como parte</b> de la conversación de los adultos.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478G5		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A

**TRAMO 4: DE 24 A 36 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).</p> <p>Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b>.</p>				
478H1	<p>Cuando (NOMBRE) <b>habla</b> ¿dice frases con un sujeto y una acción como "bebé llora"?</p> <p>SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Por ejemplo, ¿qué frases dice? MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA FRASE QUE TIENE POR LO MENOS <b>UN SUJETO Y UN VERBO O ACCIÓN</b></p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H2	<p>Cuando (NOMBRE) <b>habla</b> ¿dice oraciones como "vamos a la casa", "dónde está la abuela", "mi mamá es linda"?</p> <p>SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Por ejemplo, ¿qué oraciones dice? MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA ORACIÓN QUE INCLUYE ARTÍCULOS (POR EJEMPLO EL, LA, LOS) Y/O PREPOSICIONES (POR EJEMPLO MI, PARA, EN).</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H3	<p>(NOMBRE) <b>entiende</b> palabras que indican la posición de las cosas como "dentro" y "fuera" o "encima" y "debajo"?</p> <p>MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE QUE LA(EL) NIÑA(O) ENTIENDE UNO DE LOS PARES DE PALABRAS.</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8</p>
478H4	<p>(NOMBRE) <b>generalmente</b> ¿"participa" en las conversaciones con adultos?</p> <p>SIEMPRE LEA: Por ejemplo, su hija(o) pregunta o responde o se expresa verbalmente <b>como parte</b> de la conversación de los adultos.</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H5	<p>Cuando (NOMBRE) hace un garabato o dibujo ¿dice lo que dibujó?</p> <p>SIEMPRE LEA: Por ejemplo, le dice que ha dibujado a una mamá, a una niña o un caro aunque su dibujo no se parezca a ninguno de estos objetos.</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H6	<p>(NOMBRE) <b>imita</b> lo que hace una <b>persona o personaje</b> cuando <b>esta(este)</b> <b>no se encuentra presente?</b></p> <p>DE SER NECESARIO LEA: Por ejemplo, su hija(o) imita lo que hace o dice su tía(o) cuando ella(él) no está o imita un personaje como el hombre araña cuando no lo ve.</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H7	<p>(NOMBRE) <b>le habla</b> a sus muñecos o juguetes?</p> <p>REFIERE A SI LA (EL) NIÑA (O) HABLA CON SUS JUGUETES CUANDO JUEGA.</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
478H8	<p><b>En casa (NOMBRE) tiene:</b></p> <p>A. ¿Materiales <b>especialmente hechos para jugar</b> como una pelota o una muñeca?</p> <p>DE SER NECESARIO, LEA:</p> <p>Considero si en casa tiene materiales que solo pueden ser usados de una forma específica para jugar, como cubos para encajar, pelotas, rompecabezas, muñecos, etc.</p> <p>B. ¿Y tiene <b>otros materiales</b> con los que puede jugar como bloques, palitos, botellas, lápices o algún tipo de papel?</p> <p>SIEMPRE LEA:</p> <p>Considero si en casa tiene materiales que pueden ser utilizados de diferentes formas al jugar como lápices, papeles, bloques, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico), objetos de origen natural (conchas, palitos, plantas).</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H9	(NOMBRE) <b>¿llora, grita o hace pataletas la mayor parte del tiempo?</b>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H10	Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que espere, generalmente</b> ¿espera "tranquila(o)"?	<p>SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8</p>	<p>SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8</p>	<p>SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8</p>
478H11	Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que NO, generalmente</b> ¿se hace daño, agrede a los demás o daña las cosas?	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8</p>
478H12	En los últimos 15 días, ¿cuántas veces usted le ha dado un <b>palmazo, le ha jalado de los cabellos o la oreja o le ha golpeado con un objeto en cualquier parte de su cuerpo</b> a (NOMBRE), de 1 a 3 veces, de 4 a 6 veces o más de 6 veces?	<p>NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8</p>	<p>NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8</p>	<p>NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8</p>
478H13		<p>REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A</p>	<p>REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A</p>	<p>REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A</p>

**TRAMO 5: DE 37 A 54 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
		_____	_____	_____
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).  Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b>.</p>				
4781	<p><b>MUESTRE LA CARTILLA 3.</b></p> <p>Cuando (NOMBRE) <b>dibuja una persona</b> ¿a cuál de estas figuras <b>se parece más</b> su dibujo?</p> <p>LEA EN VOZ ALTA LA(S) OPCIÓN(ES) ELEGIDA(S) Y CIRCULE LA DE MAYOR NUMERACIÓN QUE GENERALMENTE REALIZA LA(EL) NIÑA(O).</p>	DIBUJA GARABATOS..... 1 DIBUJA CÍRCULOS GRANDES O PEQUEÑOS DE MANERA DESORDENADA ..... 2 DIBUJA LA CABEZA, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 3 DIBUJA LA CABEZA, EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 4 LA CABEZA ES MÁS PEQUEÑA QUE EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS ESTÁN EN SU LUGAR ..... 5 NR/NS ..... 8	DIBUJA GARABATOS..... 1 DIBUJA CÍRCULOS GRANDES O PEQUEÑOS DE MANERA DESORDENADA ..... 2 DIBUJA LA CABEZA, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 3 DIBUJA LA CABEZA, EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 4 LA CABEZA ES MÁS PEQUEÑA QUE EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS ESTÁN EN SU LUGAR ..... 5 NR/NS ..... 8	DIBUJA GARABATOS..... 1 DIBUJA CÍRCULOS GRANDES O PEQUEÑOS DE MANERA DESORDENADA ..... 2 DIBUJA LA CABEZA, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 3 DIBUJA LA CABEZA, EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS AUNQUE NO ESTÉN EN SU LUGAR ..... 4 LA CABEZA ES MÁS PEQUEÑA QUE EL CUERPO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS ESTÁN EN SU LUGAR ..... 5 NR/NS ..... 8
47812	<p>Cuando (NOMBRE) juega <b>¿ella/él dice que las cosas o muñecos tienen emociones o sensaciones</b>, es decir, que están contentos, molestos, tienen hambre o frío, etc?</p> <p>SIEMPRE LEA:  Por ejemplo, dice que su carrito está triste o contento, o que su muñeca tiene hambre.</p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
47813	<p>(NOMBRE) <b>¿juega a ser un personaje</b> de televisión o de cuentos como superhéroes, princesas, el lobo feroz o <b>un animalito?</b></p> <p>REFIERE A SI LA (EL) NIÑA(O) JUEGA COMO SI FUERE UN PERSONAJE CON QUIEN NO TIENE INTERACCIÓN DIRECTA.</p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
47814	<p><b>En casa</b> (NOMBRE) tiene:</p> <p>A. <b>¿Materiales especialmente hechos para jugar</b> como una pelota o una muñeca?</p> <p>DE SER NECESARIO, LEA:  Considere si en casa tiene materiales que solo pueden ser usados de una forma específica para jugar, como cubos para encajar, pelotas, rompecabezas, muñecos, etc.</p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
	<p>B. <b>¿Y tiene otros materiales</b> con los que puede jugar como bloques, palitos, botellas, lápices o algún tipo de papel?</p> <p>SIEMPRE LEA:  Considere si en casa tiene materiales que pueden ser utilizados de diferentes formas al jugar como lápices, papeles, bloques, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico), objetos de origen natural (conchas, palitos, plantas).</p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
47815	<p>(NOMBRE) <b>¿llora, grita o hace pataletas la mayor parte del tiempo?</b></p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
47816	<p>Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que espere, generalmente</b> <b>¿espera "tranquila(o)"?</b></p>	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR / NS..... 8
47817	<p>Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que NO, generalmente</b> <b>¿se hace daño, agrede a los demás o daña las cosas?</b></p>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
47818	<p>En los últimos 15 días, <b>¿cuántas veces</b> usted le ha dado un <b>palmazo, le ha jalado de los cabellos o la oreja o le ha golpeado con un objeto en cualquier parte de su cuerpo</b> a (NOMBRE), de 1 a 3 veces, de 4 a 6 veces o más de 6 veces?</p>	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8
47819		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A

**TRAMO 6: DE 55 A 71 MESES DE EDAD**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN _____ NOMBRE _____
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).  Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que <b>generalmente</b> hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo <b>en estas últimas dos semanas</b>.</p>				
478J1	(NOMBRE) juega de "mentirita", es decir, juega con <b>cosas que no tiene en ese momento</b>  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, juega a tomar desayuno sin tener las tacitas o hace como si estuviese jugando con un carrito pero en realidad no tiene nada en la mano.	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J2	Cuando (NOMBRE) juega sola(o) ¿juega a ser otra persona?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, juega a ser una(un) profesora (profesor), una(un) doctora(doctor) o enfermera(o) REFIERE A SI LA(EL) NIÑA(O) ASUME EL ROL DE OTRA PERSONA COMO PARTE DE UN JUEGO MÁS COMPLEJO.	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J3	Cuando (NOMBRE) juega con otras(os) niñas(os) ¿es un personaje como la mamá, el monstruo o un animalito?  REFIERE A SI LA (EL) NIÑA(O) ASUME EL ROL DE UN PERSONAJE COMO PARTE DE UN JUEGO GRUPAL MÁS COMPLEJO.	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J4	<b>En casa</b> (NOMBRE) tiene: A. ¿Materiales <b>especialmente hechos para jugar</b> como una pelota o una muñeca?  DE SER NECESARIO, LEA: Considere si en casa tiene materiales que solo pueden ser usados de una forma específica para jugar, como cubos para encasar, pelotas, rompecabezas, muñecos, etc.  B. ¿Y tiene otros materiales con los que puede jugar como bloques, palitos, botellas, lápices o algún tipo de papel?  SIEMPRE LEA: Considere si en casa tiene materiales que pueden ser utilizados de diferentes formas al jugar como lápices, papeles, bloques, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico), objetos de origen natural (conchas, palitos, plantas).	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478J5	(NOMBRE) ¿llora, grita o hace pataletas la mayor parte del tiempo?	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J6	Cuando (NOMBRE) quiere algo y usted le dice que espere, generalmente ¿espera "tranquila(o)"?	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8
478J7	Cuando (NOMBRE) quiere algo y usted le dice que NO, generalmente ¿se hace daño, agrede a los demás o daña las cosas?	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478J8	En los últimos 15 días, ¿Cuántas veces usted le ha dado un palmazo, le ha jalado de los cabellos o la oreja o le ha golpeado con un objeto en cualquier parte de su cuerpo a (NOMBRE), de 1 a 3 veces, de 4 a 6 veces o más de 6 veces?	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8
478J9		REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A.	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A.	REGRESE A 454 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479, O SI HAY MENORES DE 6 AÑOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019, PASE A TRAMO 6A

**TRAMO 6A: DE 55 A 71 MESES DE EDAD (PARA LOS NACIDOS ANTES DE ENERO DEL 2019)**

VEA EN 212 y 215 EL NUMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LOS MENORES DE 6 AÑOS QUE NACIERON ANTES DE ENERO DEL 2019 Y ANOTELOS EN LAS COLUMNAS DE MENOR A MAYOR REGISTRANDO SU EDAD EN MESES	NUMERO DE ORDEN NOMBRE EDAD EN MESES	NUMERO DE ORDEN NOMBRE EDAD EN MESES	NUMERO DE ORDEN NOMBRE EDAD EN MESES
	NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y NO TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> ↓ NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9	NIÑA(O) NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/>	NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y NO TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> ↓ NIÑA(O) VIVE CON LA MADRE Y TIENE DISCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/> → PASE A 478J9

A continuación le voy a formular algunas preguntas para conocer aspectos importantes del desarrollo de su hija (o).  
Le pido que cuando usted responda las preguntas, piense en las cosas que generalmente hace su hija(o); además, considere las cosas que hizo en estas últimas dos semanas.

478J1	(NOMBRE) ¿juega de "mentirita", es decir, juega con <b>cosas que no tiene en ese momento?</b>  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, juega a tomar desayuno sin tener las tacitas o hace como si estuviese jugando con un carro pero en realidad no tiene nada en la mano.	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J2	Cuando (NOMBRE) <b>juega sola(o)</b> ¿juega a ser otra persona?  SIEMPRE LEA: Por ejemplo, juega a ser una(un) profesora (profesor), una(un) doctora(doctor) o enfermera(a) REFIERE A SI LA (EL) NIÑA(O) ASUME EL ROL DE OTRA PERSONA <b>COMO PARTE DE UN JUEGO MÁS COMPLEJO.</b>	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J3	Cuando (NOMBRE) <b>juega con otras(os) niñas(os)</b> ¿es un personaje como la mamá, el monstruo o un animalito?  REFIERE A SI LA (EL) NIÑA(O) ASUME EL ROL DE UN PERSONAJE <b>COMO PARTE DE UN JUEGO GRUPAL MÁS COMPLEJO.</b>	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J4	<b>En casa</b> (NOMBRE) tiene: A. ¿Materiales <b>especialmente hechos para jugar</b> como una pelota o una muñeca?  DE SER NECESARIO, LEA: Considere si en casa tiene materiales que solo pueden ser usados de una forma específica para jugar, como cubos para encajar, pelotas, rompecabezas, muñecos, etc.	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
	B. ¿Y tiene <b>otros materiales</b> con los que puede jugar como bloques, palitos, botellas, lápices o algún tipo de papel?  SIEMPRE LEA: Considere si en casa tiene materiales que pueden ser utilizados de diferentes formas al jugar como lápices, papeles, bloques, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico), objetos de origen natural (conchas, paltos, plantas).	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478J5	(NOMBRE) <b>llora, grita o hace pataletas la mayor parte del tiempo?</b>	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR/NS..... 8
478J6	Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que espere, generalmente ¿espera "tranquila(o)"?</b>	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8	SI ESPERA TRANQUILAMENTE..... 1 SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE..... 2 NO ESPERA..... 3 NR/NS..... 8
478J7	Cuando (NOMBRE) <b>quiere algo y usted le dice que NO, generalmente ¿se hace daño, agrede a los demás o daña las cosas?</b>	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NR / NS..... 8
478J8	En los últimos 15 días, ¿Cuántas veces usted le ha dado un palmazo, le ha jalado de los cabellos o la oreja o le ha golpeado con un objeto en cualquier parte de su cuerpo a (NOMBRE), de 1 a 3 veces, de 4 a 6 veces o más de 6 veces?	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8	NINGUNA..... 1 DE 1 A 3 VECES..... 2 DE 4 A 6 VECES..... 3 MÁS DE 6 VECES..... 4 NR / NS..... 8
478J9	PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479	PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479	PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 479	

## SESIONES DEMOSTRATIVAS Y VISITAS DOMICILIARIAS (CONSEJERÍA NUTRICIONAL) POR MINSA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
479	VERIFIQUE PREG 215,216 y 217:  AL MENOS UNA NIÑA O NIÑO VIVA(O), MENOR DE 3 AÑOS	<input type="checkbox"/>  NINGUNA NIÑA O NIÑO MENOR DE 3 AÑOS	<input type="checkbox"/> → 480
479A	En los últimos 12 meses, ¿Ud. participó junto con otras madres en reuniones o sesiones demostrativas sobre preparación de los alimentos de su niña(o) organizadas por el personal del Ministerio de Salud?	SI.....  NO.....  NO SABE / NO RECUERDA.....	1 2 8
	DE SER NECESARIO LEA:  <b>Sesión demostrativa</b> es una reunión donde el personal del <b>Ministerio de Salud</b> , enseña y prepara con las mamás, papilla y comidas nutritivas para sus niñas y niños menores de 3 años.		→ 479C
479B	En los últimos 12 meses, ¿A cuantas reuniones o sesiones demostrativas sobre preparación de alimentos participó Ud.?	NÚMERO DE REUNIONES / SESIONES DEMOSTRATIVAS.....	<input type="checkbox"/>
479C	En los últimos 12 meses, ¿Ud. recibió la visita del personal del Ministerio de Salud en su vivienda para aconsejarle o hablarle sobre la alimentación, nutrición y/o lactancia de su niña(o)?	SI.....  NO.....  NO SABE / NO RECUERDA.....	1 2 8
479D	En los últimos 12 meses, ¿cuantas visitas recibió?	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS.....	<input type="checkbox"/>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
480	VERIFIQUE 473B (a) Y 473B (b), PARA TODAS/OS LAS/OS NIÑAS / OS: "SI" EN 473B (a) O EN 473B (b) <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>		481 <input type="checkbox"/>
480A	¿Ha oido hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral/ Bolsa Salvadoras o del frutiflex, electrolite u otro similar que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
481	VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑAS / OS NACIDAS / OS DESDE ENERO DEL 2019 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	487 <input type="checkbox"/>
481A	Algunas veces las niñas o niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Qué síntomas harían que Ud. llevara a su niña(o) a un establecimiento de salud inmediatamente?  ¿Algún otro síntoma?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE TOS / DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
482	Si una de sus niñas o niños enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña(o) debe ser llevado a tratamiento médico?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO SABE..... 8	
483	¿Qué hace usualmente con las deposiciones de su niña / o (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO TIRA EN EL RÍO / ACEQUIA ..... 04 LO QUEMA EN EL PATIO..... 05 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 06 LO BOTÁ EN LA BASURA..... 07 LO BOTÁ EN EL LAVADERO..... 08  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
487	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud, cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, ¿Es para Ud. un gran problema:  a. Saber a dónde ir? b. Conseguir permiso para ir? c. Conseguir dinero para el tratamiento? d. La lejanía de los servicios médicos? e. Tener que conseguir transporte? f. Ir sola? g. Qué tal vez no haya personal de salud femenino? h. Qué tal vez no haya algún personal de salud? i. Qué tal vez no haya medicamentos?	SI      NO DONDE IR..... 1    2 CONSEGUIR PERMISO..... 1    2 CONSEGUIR DINERO..... 1    2 LEJANÍA DE SERVICIOS..... 1    2 CONSEGUIR TRANSPORTE..... 1    2 IR SOLA..... 1    2 NO PERSONAL FEMENINO..... 1    2 NO PERSONAL DE SALUD..... 1    2 NO HAY MEDICAMENTOS..... 1    2	
488	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2	489 <input type="checkbox"/>
488A	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó usted?	Nº DE CIGARRILLOS..... <input type="checkbox"/>	
489	¿Conoce o ha oido hablar de una enfermedad llamada tuberculosis, TB o TBC?	SI..... 1 NO..... 2	490 <input type="checkbox"/>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
489A	<p>¿Cómo se contagia la tuberculosis de una persona a otra?</p> <p>¿De alguna otra forma?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	A TRAVÉS DEL AIRE AL TOSER/ESTORNUDAR ..... AL COMPARTIR UTENSILIOS ..... TOCANDO A UNA PERSONA CON TBC ..... A TRAVÉS DE LA COMIDA ..... POR PICADURA DE MOSQUITO ..... CONTACTO SEXUAL ..... OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 	
489B	¿Puede curarse la tuberculosis?.	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
489C	Si un pariente suyo se llega a enfermar con tuberculosis ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
489D	Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI GUARDARÍA EL SECRETO ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE ..... 8	
490	Normalmente, ¿Cuántas veces al día se lava las manos?	DE 1 A 3 VECES ..... 1 DE 4 A 6 VECES ..... 2 DE 7 A 9 VECES ..... 3 DE 10 A MÁS VECES ..... 4 NO SE LAVA ..... 5 NO SABE ..... 8	→ 491
490A	<p>¿En qué momentos necesariamente se lava las manos?</p> <p>¿En algún otro momento?</p>	DESPUÉS DE USAR EL BAÑO ..... A DESPUÉS DE CAMBIAR PANALES ..... B ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS ..... C ANTES DE SERVIR LOS ALIMENTOS ..... D ANTES DE COMER ..... E ANTES DE ALIMENTAR A LA NIÑA O NIÑO ..... F CUALQUIER MOMENTO ..... G OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	
490B	<p>Normalmente, ¿Qué utiliza cuando se lava las manos?</p> <p>¿Utiliza algo más?</p> <p>¿Con agua que corre del caño o con agua almacenada?.</p>	AGUA DE CAÑO O GRIFO ..... A JABÓN ..... B DETERGENTE ..... C TOALLA ..... D OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	
491	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑAS / OS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2021 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNA/O O MÁS <input type="checkbox"/>  REGISTRE EL NOMBRE DE LA/EL MENOR DE ESTAS NIÑAS / OS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 492  (NOMBRE) <input type="checkbox"/>	NINGUNA/O <input type="checkbox"/> 	→ 500
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día o la noche.  Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) bebió:		
	a. ¿Agua sola (sin mezclar con nada)? ..... b. ¿Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)? ..... c. ¿Leche materna refrigerada / conservada? ..... d. ¿Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)? ..... e. ¿Jugo de fruta? ..... f. ¿Te/café? ..... g. ¿Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo? ....	SI      NO      NO SABE 1      2      8 1      2      8 1      2      8 1      2      8 1      2      8 1      2      8 1      2      8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
493	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió ayer durante el día o la noche, separados o combinados con otros alimentos.</p> <p>Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) comió:</p> <p>a. ¿Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....</p> <p>b. ¿Camote, zapallo, zanahoria?.....</p> <p>c. ¿Habas, frijol, lenteja, soya, p'allares, garbanzos, arvejas?.....</p> <p>d. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? .....</p> <p>e. ¿Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....</p> <p>f. ¿Mango, papaya, aguaje?.....</p> <p>g. ¿Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....</p> <p>h. ¿Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?.....</p> <p>i. 1. ¿Carne de res, hígado, otras vísceras?.....</p> <p>i. 2. ¿Carne de pollo, pescado, mariscos, mondongo, otras carnes?.....</p> <p>j. ¿Huevos?.....</p> <p>k. ¿Queso, yogur u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.,)?.....</p> <p>l. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....</p> <p>m. ¿Papilla de Programas Sociales?.....</p> <p>n. ¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....</p> <p>o. ¿Cualquier fruta seca?.....</p> <p>p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	NO SABE	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	
SI	NO	NO SABE																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
1	2	8																																																																									
495	<p>VERIFIQUE 492 Y 493 SI NO RECIBIÓ NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS:</p> <p style="text-align: center;">492 Y 493 = 2 NINGÚN "SÍ" <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SÍ" O "NO SABE" <input type="checkbox"/></p>	<p>492 O 493 = 1 U 8</p> <p style="text-align: right;">→ 496</p>																																																																									
495A	<p>Usted me dijo que ayer durante el día o la noche su niñ(a)(o) no recibió ningún líquido ni sólido, excepto leche materna. ¿Es correcto?</p> <p>SI RESPONDE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 492 Y 493 Y CORRIJA.</p>	<p>SI..... NO .....</p>	<p>1 → 500 2</p>																																																																								
496	<p>¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?</p>	<p>ENTREVISTADA..... ESPOSO/COMPAÑERO..... HIJAS/HIJOS MAYORES..... PADRES/SUEGROS..... OTROS PARIENTES..... VECINOS /AMIGAS / AMIGOS..... OTROS NO PARIENTES..... EMPLEADA DOMÉSTICA..... NADIE /COME SOLA / O..... OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 96</p>																																																																								

## SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	SI      NO NIÑAS / OS MENORES DE 10 AÑOS..... 1      2 ESPOSO / COMPAÑERO..... 1      2 OTROS HOMBRES..... 1      2 OTRAS MUJERES..... 1      2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	1 → 506 2 3
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ..... 2 NO..... 3	1 → 505 2 3
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA		
504	PASE A _____		512
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	1 → 508 2 3
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1  VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPÁÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____  No. ORDEN..... <input type="text"/>	
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 → 509  MÁS DE UNA VEZ..... 2	
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE / ESPOSO..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE MADRE / ESPOSA..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ÉL..... 07 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ELLA..... 08 CONDUCTA CORRUPTA DE ÉL..... 09 CONDUCTA CORRUPTA DE ELLA..... 10 FALTA DE COMPRENSIÓN..... 11  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
509	<b>VERIFIQUE 508:</b>  CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE <input type="checkbox"/>  UNA VEZ:  ↓  ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	  CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>  ↓  ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	  MES..... <input type="text"/>  NO SABE EL MES..... 98  AÑO..... <input type="text"/> → 511  NO SABE EL AÑO..... 9998
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DEL 2019. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DEL 2019.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTOS Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.</p>		
512	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar, le aseguro que sus respuestas serán confidenciales.</p> <p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</p>	<p>NUNCA..... 00</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASÓ/UNIÓN PRIMERA VEZ..... 95</p>	<p>512A</p>
512AA	VERIFIQUE EN 106 SI LA ENTREVISTADA TIENE:	<p>12-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	522
512AB	¿Usted piensa esperar hasta casarse para tener su primera relación sexual?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 8</p>	<p>522</p>
512A	VERIFIQUE 106:	<p>12-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	513
512B	¿En su primera relación sexual usaron condón?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
512BA	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual?	<p>EDAD DE LA PAREJA..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	<p>512C</p>
512BB	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	<p>MAYOR..... 1</p> <p>MAS JOVEN..... 2</p> <p>CASI DE LA MISMA EDAD..... 3</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	<p>512C</p>
512BC	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	<p>10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1</p> <p>MENOS DE 10 AÑOS..... 2</p> <p>MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 3</p>	
512C	¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?	<p>ESPOSO/COMPÀÑERO/CONVIVIENTE..... 01</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>AMIGO..... 03</p> <p>COMPÀÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06</p> <p>ENAMORADO..... 07</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
513	<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA.</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.</p>	<p>HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/></p>	<p>521A</p>

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
513A	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.			
513B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>	
514	¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con esta persona, usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 <b>(PASE A 515)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 <b>(PASE A 515)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 <b>(PASE A 515)</b> ←
514A	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Ud. usó condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 3
515	¿Qué es (era) el hombre con quien tuvo esa relación sexual?  PARA LA PENÚLTIMA Y ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL PREGUNTE:  ¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual?  SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE:  ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual?  SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 <b>(PASE A 516E)</b> ← NOVIO/PROMETIDO..... 02  AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04  PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.... 06  ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 <b>(PASE A 516E)</b> ← NOVIO/PROMETIDO..... 02  AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04  PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.... 06  ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 <b>(PASE A 516E)</b> ← NOVIO/PROMETIDO..... 02  AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04  PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.... 06  ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96  (ESPECIFIQUE)
516	¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA.  SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>
516A	VERIFIQUE EN 106 SI LA PERSONA TIENE:	12-24 AÑOS <input type="checkbox"/>  <b>(PASE A 516E)</b> ←	12-24 AÑOS <input type="checkbox"/>  <b>(PASE A 516E)</b> ←	12-24 AÑOS <input type="checkbox"/>  <b>(PASE A 516E)</b> ←
516B	¿Qué edad tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <b>(PASE A 516E)</b> ← NO SABE ..... 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <b>(PASE A 516E)</b> ← NO SABE ..... 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <b>(PASE A 516E)</b> ← NO SABE ..... 98
516C	¿Esta persona es mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 516E)</b> ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 516E)</b> ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 516E)</b> ←
516D	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3
516E	La última vez que tuvieron relaciones sexuales ¿alguno de los dos tomó alguna bebida alcohólica?	SI..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 517)</b> ←	SI..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 517)</b> ←	SI..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 521)</b> ←
516F	¿Alguno de los dos se embriagó (emborrachó)?	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4
517	¿Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona en los últimos 12 meses?	SI ..... 1 <b>(IR A LA SGTE. COLUM.)</b> ← NO ..... 2 <b>(PASE A 521A)</b> ←	SI ..... 1 <b>(IR A LA SGTE. COLUM.)</b> ← NO ..... 2 <b>(PASE A 521A)</b> ←	
521	¿En total, con cuántos hombres <b>diferentes</b> ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?			No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
521A	¿En total, cuántas parejas sexuales ha tenido usted durante su vida?	No. DE COMPAÑEROS.....  NO SABE.....	<input type="checkbox"/> 1  98
522	¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?	SI.....  NO.....	1  2 → 601
523	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL DEL MINSA..... A CENTRO DE SALUD MINSA..... B PUESTO DE SALUD MINSA..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA..... D HOSPITAL DE ESSALUD ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... G HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... H OTRO GOBIERNO: _____ I (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K CONSULT. MÉDICO PARTICULAR..... L OTRO PRIVADO: _____ M (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... N PROMOTOR DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P</p> <p><b>OTRO:</b></p> <p>TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL..... Q AMIGOS / PARIENTES..... R</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI.....  NO.....  NO SABE/INSEGURA.....	1  2  8

## SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 311: NINGUNO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	614
602	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> 226=2, 8  Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?	EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=1  Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS / NINGUNO..... 2 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 614 INDECISA/NO SABE/ INSEGURA PARA NO EMBARAZADAS..... 4 → 608 PARA EMBARAZADAS..... 5 → 610
603	VERIFIQUE CASILLAS EN 602 :  NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>  ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un (otro) hijo?  REGISTRE: EN MESES: SI ES < DE 2 AÑOS EN AÑOS: SI ES DE 2 O MÁS AÑOS	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>  ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="checkbox"/> AÑOS (SI ES DE 2 O MÁS AÑOS)..... 2 <input type="checkbox"/> PRONTO / AHORA..... 993 → 609 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: _____ (ESPECIFIQUE) 996 → 609 NO SABE..... 998
604	VERIFIQUE CASILLAS EN 602:  NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	610
605	VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:  USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=1  NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 310=2		608
606	VERIFIQUE 603:  MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/>  2 AÑOS O MÁS O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>		610
		607	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
607	<p><b>VERIFIQUE 602 Y 603:</b></p> <p>QUIERE TENER UN/ <input type="checkbox"/> OTRO HIJO</p> <p>NO QUIERE MÁS/ <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que no quiere tener un (otro) hijo pronto, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no está usando un método?</p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que no quiere tener (más) hijos, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no está usando un método?</p> <p>↓</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO EN UNIÓN..... A</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR:</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... R MUY COSTOSO..... S USO INCONVENIENTE..... T INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... U</p> <p>OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, ¿para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX. 4	
609	<p><b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b></p> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>310=1</p> <p>NO USA ACTUALMENTE O <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA</p> <p>310=2</p>		614
610	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	612
611	¿Qué método preferiría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (AQV)..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES ..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 VAGINALES..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 ANTI. ORAL DE EMERGENCIA..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / INSEGURA..... 98	614

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?	<p>NO EN UNIÓN..... 11</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS</b></p> <p><b>CON FECUNDIDAD:</b></p> <p>NO TIENE SEXO/ SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... 24</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... 25</p> <p>DESEA MÁS HIJAS(OS)..... 26</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR:</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS</b></p> <p><b>CON EL MÉTODO:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.... 56</p> <p>OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
614	<p><b>VERIFIQUE 216:</b></p> <p>TIENE HIJAS E HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJAS E HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas ni hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijas e hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</p>	<p>NINGUNO..... 00 → 616A</p> <p>NÚMERO..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96 → 616A (ESPECIFIQUE)</p>	
615	¿Cuántas de estas hijas e hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?	<p>NÚMERO..... <input type="text"/> NIÑAS <input type="text"/> NIÑOS <input type="text"/> CUALQUIERA <input type="text"/></p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616A	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____, de este año, Ud. ha oido o leido algún mensaje sobre planificación familiar: a. ¿En la radio? b. ¿En la televisión? c. ¿En un periódico o revista?	RADIO..... TELEVISIÓN..... PERIÓDICO O REVISTA.....	SI NO 1 2 1 2 1 2
617	En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... NO.....	1 2 → 619
618	¿Con quién ha comentado?  ¿Con alguien más?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... MADRE..... PADRE..... HERMANA(S)..... HERMANO(S)..... HIJA..... HIJO..... SUEGRA..... SUEGRO..... NOVIO..... AMIGAS/VECINAS..... AMIGOS..... OTROS FAMILIARES..... OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I J K L M X
619	<b>VERIFIQUE 501:</b>  SÍ, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SÍ, CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> 501=2 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3		→ 624
619A	<b>VERIFIQUE 311/311A: PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS</b>  ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>		→ 621
619AA	<b>VERIFIQUE 311:</b>  OTROS CÓDigos <input type="checkbox"/> SOLO: ESTERILIZACIÓN MASCULINA, CONDÓN Ó RETIRO <input type="checkbox"/> 311=B,G,L		→ 620
619B	¿Su esposo /compañero sabe que usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8 → 621
620	Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada, ¿Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo (compañero) o los dos decidieron juntos?	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE..... ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE..... DECISIÓN CONJUNTA..... OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	1 2 3 6
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (compañero) sobre la planificación familiar.  ¿Ud. piensa que su esposo (compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... DESAPRUEBA..... NO SABE.....	1 2 8
621A	¿En los ultimos 12 meses, Usted habló con su esposo/compañero acerca de la planificación familiar, muy a menudo, algunas veces o nunca?	NUNCA..... ALGUNAS VECES..... MUY A MENUDO.....	1 2 3
622	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		→ 624
623	¿Ud. piensa que su esposo (compañero) desea el mismo número de hijas e hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... MÁS HIJAS / HIJOS..... MENOS HIJAS / HIJOS..... NO SABE.....	1 2 3 8
624	¿Usted está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando...  a. ... ¿Ella sabe que él tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual?..... b. ... ¿Ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer?..... c. ... ¿Ella ha tenido recientemente un parto?..... d. ... ¿Ella está cansada o no está de humor?.....	SI NO NS TIENE UNA ETS..... OTRA MUJER..... PARTO RECENTE..... CANSADA/NO DE HUMOR.....	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8

## SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
701	<p><b>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</b></p> <p>ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">501=1,2</span></p>	<p>SEPARADA / DIVORCIADA / VIUDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">505=1,2,3</span></p> <p>NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">502=3</span></p>	703																																								
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>																																									
703	¿Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706 → 706																																								
704	<p>¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CIRCULE "0" SI NINGUNO</li> <li>- SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS</li> <li>- PARA "6" O MÁS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">CIRCULE</th> <th style="width: 10%;">NIVEL</th> <th style="width: 30%;">ANOTE</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> <th style="width: 10%;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POST GRADO.....</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>998</td> </tr> </tbody> </table>	CIRCULE	NIVEL	ANOTE	AÑO	GRADO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		POST GRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NO SABE.....				998	
CIRCULE	NIVEL	ANOTE	AÑO	GRADO																																							
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
POST GRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
NO SABE.....				998																																							
706	<p><b>VERIFIQUE 701:</b></p> <p>ACTUALMENTE CASADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O CONVIVIENTE</span></p> <p>SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span></p> <p>↓ ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p>	<p>↓ ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacia él principalmente?</p>																																									
707	La semana pasada, entre el domingo ____ y el sábado ____, ¿Ud. ha realizado algún trabajo, aparte del trabajo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	710																																								
708	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. ¿La semana pasada Ud. ha realizado alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710																																								
708A	Aunque Ud. no trabajó la semana pasada, ¿tiene un trabajo o negocio del cual estuvo ausente por licencia, enfermedad, vacaciones, maternidad o cualquier otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	710																																								
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	716A																																								
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?																																										
711	<p><b>VERIFIQUE 710:</b></p> <p>TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span></p>	<p>NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span></p>	713																																								
712	¿Ud. trabaja (trabajó) principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	<p>TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5</p>																																									



## SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS I.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	<p>¿Usted ha oido hablar de:</p> <p style="margin-left: 20px;">La infección por VIH?</p> <p style="margin-left: 20px;">Una enfermedad llamada SIDA?</p>	<p style="text-align: right;">SI    NO</p> <p>VIH..... 1    2</p> <p>SIDA..... 1    2</p>	
801A	<b>VERIFIQUE 801:</b> POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/>  NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		815
802	¿Cree Ud. que una persona puede hacer algo para prevenir el virus que causa el SIDA (VIH)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802A	¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen una sola pareja sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802B	¿Cree Ud. que las personas que usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802C	¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802D	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por dar un abrazo, beso o caricias a una persona infectada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802E	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo alimentos o utensilios como cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802F	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por compartir baños, duchas y/o piscinas?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802G	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
802I	¿Cree Ud. que las personas que adquirieron el virus que causa el SIDA (VIH) fue por castigo divino?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
803	¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 805	
803A	¿Cuál es ese lugar?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD ..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD ..... E HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP ..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... G OTRO GOBIERNO: ..... H (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: ..... K (ESPECIFIQUE) <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... L HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA ..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
804	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 805	
804A	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
804B	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2 → 805	
804C	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
805	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
806	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada a la niña o niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 807	
806A	¿En que etapa o momento de la vida de la niña o niño, la madre con SIDA podría infectar o transmitir el SIDA a su hija o hijo?  ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?)  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
807	¿Si una niña o niño tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir asistir a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA, ¿se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo debe despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
810	Si un médico tiene la infección por el virus que causa el SIDA, ¿Se le debe permitir a él o ella continuar con su trabajo en el establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
811	Si una persona tiene el virus que causa el SIDA (VIH) y necesita operarse, ¿deben permitirle la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
812	¿Usted compraría verduras o frutas si supiera que el vendedor está infectado con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
813	En caso de que un pariente suyo estuviera infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI, GUARDA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
814	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
815	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	→ 817
815A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?  ¿Alguna otra enfermedad?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C CHANCRO..... D HERPES..... E OTRO _____ W (SPECIFIQUE) OTRO _____ X (SPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
816	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que un hombre</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROjecimiento/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I  PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M  OTRO: _____ W (SPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
816A	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que una mujer</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROjecimiento/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H  SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L  OTRO: _____ W (SPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
817	<b>VERIFIQUE 512:</b>  HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> ↓  NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 901
817A	<b>SI 815=2 PASE A 817B</b>  En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	→ 817 E
817B	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que oía mal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	
817C	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
817D	VERIFIQUE 817 B =1 ú 817 C=1  HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL	NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/>	901
817E	La última vez que usted tuvo ese problema, hizo algo de lo siguiente:  a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular?  b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?  c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica?  d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?  e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?	SI      NO	
817F	VERIFIQUE 817E (a) MARCÓ QUE "SI": CONSEJO O TRATAMIENTO DE UN MÉDICO	(b), (c), (d) y (e) OTROS <input type="checkbox"/>	901
817G	<p>¿A dónde acudió usted?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p> <p>¿A algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR GOBIERNO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD ..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD ..... E HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP ..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... G OTRO GOBIERNO: _____ H (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... L HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA ..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	

## SECCIÓN 9: MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS					CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas y hermanos, esto es, todas las hijas e hijos que su madre natural tuvo, incluyendo aquellos que viven en otro lugar, y aquellos que fallecieron. Incluyéndose usted, ¿cuántas hijas e hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?					NÚMERO DE HIJAS / OS EN TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>		
902	<b>VERIFIQUE 901:</b> DOS O MÁS HIJAS(OS) <input type="checkbox"/> SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input type="checkbox"/>					→ PASE A 1000		
903	De todos(as) las(os) hermanas(os) que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?			NÚMERO DE HERMANA(O)S ANTERIORES..... <input type="text"/> <input type="text"/>				
904	¿Cuál es el nombre de su hermana (o) mayor y el nombre de quienes le siguen?	(1)  (NOMBRE)	(2)  (NOMBRE)	(3)  (NOMBRE)	(4)  (NOMBRE)	(5)  (NOMBRE)	(6)  (NOMBRE)	(7)  (NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2  (PASE A 908)						
906	¿Está viva(o) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8  (PASE A 8) SI NO HAY MÁS PASE A 1000
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 1000
908	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la ciudad, en el pueblo o en el campo?	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8						
909	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la selva, en la sierra, en Lima Metropolitana o en otro lugar de la costa?	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8
910	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998						
911	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/>						
912	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (8)
913	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1  (PASE A 916)						
914	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hija o hijo?	SI ..... 1  (PASE A 917)						
915	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1  (PASE A 917)						
916	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4						
917	¿Cuántas hijas o hijos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	<input type="text"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 917A

904	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2
906	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ↪ NS ..... 8 PASE A (905) SI NO HAY MÁS PASE A 1000
907	[ ] PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	[ ] PASE A (905) SI NO HAY MÁS PASE A 1000
908	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8
909	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8
910	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998	[ ] [ ] (PASE A 912) NS ..... 9998
911	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	[ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE (FINALICE)
912	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	[ ] [ ] SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE (FINALICE)
913	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ↪ NO ..... 2
914	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2
915	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ↪ NO ..... 2
916	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	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4
917	[ ] PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 917A	[ ] PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO PASE A 917A
917A	VERIFIQUE PREGUNTA 106: MUJER DE 15 A 49 AÑOS					MUJER DE 12 A 14 AÑOS		1042A

## SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PAPEL
1000	VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA  ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/> NO ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/>		1042A
1000A	<b>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</b> NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD  HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/>		1042A
1000B	<b>LEA:</b> Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. 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.		
1001	<b>VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL</b>  ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/ <input type="checkbox"/>		1013B
1002	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos.  En su relación con su (último) esposo (compañero):  SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces?  A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted? B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted? C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas del hogar? D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos? E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	<b>FRECUENTEMENTE</b> CARIÑOSO ..... 1      2      3 TIEMPO LIBRE ..... 1      2      3  <b>A VEZES</b> CONSULTAS ..... 1      2      3 RESPECTUOSO DESEOS ..... 1      2      3 RESPECTUOSO DERECHOS ..... 1      2      3  <b>NUNCA</b>	
1003	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 (compañero):		
A	¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
B	¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
C	¿El le impide (impedia) que visite o la visiten sus amistades?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
D	¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
E	¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
F	¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	SI ..... 1 → NO ..... 2 NO SABE. 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?  MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero)			
	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:			
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:			
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	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 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
D	¿La ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
E	¿Trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	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 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	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 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
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 (compañero) empezaron a suceder esas cosas?  SI MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00"		NÚMERO DE AÑOS  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 (compañero) le hizo:				
A	¿Tuvo moretones y/o dolores?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	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	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
D	¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1009	¿Alguna vez usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?		SI..... 1 NO..... 2		1011
1010	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año  ¿Usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3		
1011	¿Su esposo (compañero) toma (ba) bebidas alcohólicas?		SI..... 1 NO..... 2		1013A
1012	¿Su esposo (compañero) se embriaga (ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3		
1012A	VERIFIQUE 1006: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/>		NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		1013A
1012B	Cuando su esposo (compañero) la ha agredido / golpeado, ¿se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1013	VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL Y 1001A, 1001B Y 1001C RELACIÓN SENTIMENTAL  1013A CASADA/CONVIVIENTE, SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA  <input type="checkbox"/>  Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/compañero le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?		1013B NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA  <input type="checkbox"/>  Desde cuando usted tenía 15 años de edad, ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE... 8	1018

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1014	<p>¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? CIRCULE EL CODIGO DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>				
	MADRE	A	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	PADRE	B	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	MADRASTRA	C	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	PADRASTRO	D	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HERMANA	E	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HERMANO	F	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HIIA	G	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HIIO	H	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO	I	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	SUEGRA	J	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	SUEGRO	K	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO	L	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO	M	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO PARIENTE FEMENINO	N	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO PARIENTE MASCULINO	O	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	AMIGA/CONOCIDA	P	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	AMIGO/CONOCIDO	Q	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	MAESTRO(A)/PROFESOR(A)	R	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EMPLEADOR(A)	S	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EXTRAÑO(A)	T	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	X	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	

1015	<b>VERIFIQUE 1014:</b> MAS DE UN CODIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO (código 1 o 2) <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">1017</span> SOLO UN CODIGO CIRCULADO (código 3) <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">1018</span>
1016	De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?	MADRE ..... 01 PADRE ..... 02 MADRASTRA ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANA ..... 05 HERMANO ..... 06 HIJA ..... 07 HIJO ..... 08 EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... 09 SUEGRA ..... 10 SUEGRO ..... 11 OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO ..... 12 OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO ..... 13 OTRO PARIENTE FEMENINO ..... 14 OTRO PARIENTE MASCULINO ..... 15 AMIGA/CONOCIDA ..... 16 AMIGO/CONOCIDO ..... 17 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... 18 EMPLEADOR(A) ..... 19 EXTRAÑO(A) ..... 20 ACTUAL NOVIO/ENAMORADO ..... 21 EX-NOVIO/EX-ENAMORADO ..... 22 OTRA _____ 96 (SPECIFIQUE)
	<b>VERIFIQUE 1014 (FRECUENCIA) SI TODOS LOS CÓDIGOS CIRCULADOS SON CÓDIGO = 3, PASE A 1018</b> Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1018	VERIFIQUE 210, 226 Y 230 HIJAS O HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		1021
1019	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?		SI ..... 1 NO ..... 2		1021
1020	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? CIRCULE EL CODIGO DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS				
	ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO/COMPAÑERO	A	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	MADRE	B	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	PADRE	C	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	MADRASTRA	D	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	PADRASTRO	E	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HERMANA	F	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HERMANO	G	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HIJA	H	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	HIJO	I	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO	J	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	SUEGRA	K	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	SUEGRO	L	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO	M	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO	N	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO PARIENTE FEMENINO	O	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRO PARIENTE MASCULINO	P	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	AMIGA/CONOCIDA	Q	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	AMIGO/CONOCIDO	R	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	MAESTRO(A) / PROFESOR(A)	S	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EMPLEADOR(A)	T	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	EXTRAÑO(A)	U	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
	OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	X	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	

1021	VERIFIQUE 1005, 1013 Y 1019: POR LO MENOS UN 'SI'  _____	NINGÚN 'SI' _____	1025
1022	Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... NO.....	1 2 → 1023A
1023	¿A quién le ha pedido ayuda?  ¿Alguien más?  CIRCULE EL CODIGO DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE..... PADRE..... HERMANA..... HERMANO .. ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO (COMPAÑERO)..... SUEGRA ... SUEGRO ..... OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... OTRO PARIENTE FEMENINO..... OTRO PARIENTE MASCULINO .. AMIGO(A)..... VECINO(A)..... OTRA _____  (ESPECIFIQUE)	A B C D E F G H I J K L M X
1023A	Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?  SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?  ¿Alguna otra institución?	COMISARÍA..... JUZGADO .. FISCALIA .. DEFENSORIA MUNICIPAL (DEMUNA) .. MINISTERIO DE LA MUJER (MIMP) / CEM / MIMDES..... DEFENSORIA DEL PUEBLO..... ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... ORGANIZACIÓN PRIVADA..... OTRA: _____  (ESPECIFIQUE) NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA.....	A B C D E F G H X Z
1024	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	NO SABIA DONDE IR / NO CONOCE SERVICIOS..... NO ERA NECESARIO..... DE NADA SIRVE..... COSAS DE LA VIDA..... MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACIÓN .. MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO A ELLA O A SUS HIJAS E HIJOS .. MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO..... VERGÜENZA..... ELLA TENÍA LA CULPA .. PRESIÓN FAMILIAR..... MIEDO A QUE NO LE DE DINERO PARA EL SUSTENTO DE SU FAMILIA..... OTRA _____  (ESPECIFIQUE)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 96

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1026	¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1027	VERIFIQUE 203 AL MENOS UNA HIJA / HIJO QUE VIVE EN EL HOGAR	NINGUNA HIJA / HIJO VIVE EN EL HOGAR	1032
1028	¿Quién reprende o castiga a sus hijas o hijos en el hogar? ¿Quién más?	PADRE BIOLÓGICO..... A MADRE BIOLÓGICA ..... B OTRO : _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE / NO LOS CASTIGAN ..... Y	1032
1029	SI 1028 = A SI 1028 = B SI 1028 = X		
1030	A. ¿De qué manera castiga su esposo/compañero a su(s) hija(s) o hijo(s)?  INDAGUE ¿De alguna otra forma?...  PALMADAS..... A ..... A ..... A REPRIMENDA VERBAL ..... B ..... B ..... B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LES GUSTA ..... C ..... C ..... C PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN ..... D ..... D ..... D CON GOLPES O CASTIGOS FÍSICOS..... E ..... E ..... E DEJÁNDOLOS ENCERRADOS ..... F ..... F ..... F IGNORÁNDOLOS..... G ..... G ..... G PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... H ..... H ..... H DEJÁNDOLE FUERA DE CASA..... I ..... I ..... I ECHÁNDOLE AGUA..... J ..... J ..... J QUITÁNDOLE LA ROPA..... K ..... K ..... K QUITÁNDOLE LAS PERTENECIAS..... L ..... L ..... L QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... M ..... M ..... M OTRA: _____ X ..... X ..... X (ESPECIFIQUE)	B. ¿De qué manera castiga Ud. a su(s) hija(s) o hijo(s)?  (ESPECIFIQUE)	C. ¿De qué manera castiga esa persona a su(s) hija(s) o hijo(s)?  (ESPECIFIQUE)
1031	En el mes de _____ ¿Alguna de sus hijas o hijos fue castigado por su mal comportamiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE .....	1 2 8
1032	¿En qué forma la castigan ó castigaban a Ud. sus padres?  ¿De alguna otra forma?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	PALMADAS ..... A REPRIMENDA VERBAL ..... B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA..... C PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... D GOLPEÁNDOLA..... E QUEMÁNDOLA..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G IGNORÁNDOLA..... H PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... I DEJÁNDOLA FUERA DE CASA..... J HUNDÍENDOLA EN AGUA..... K QUITÁNDOLE LA ROPA..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENECIAS..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO ME CASTIGAN / CASTIGABAN..... Y	A B C D E F G H I J K L M N X Y
1033	¿Cree Ud. que para educar a las hijas o hijos es necesario el castigo físico?  SI DIJO: "SI" ¿Con mucha frecuencia o algunas veces?	FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNA VECES..... 2 NO / NUNCA .....	1 2 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS			CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
1034	VERIFIQUE 215 Y 218: NIÑA/NIÑO DE UN AÑO A MÁS NACIDO/A A PARTIR DE ENERO DEL 2019 Y VIVE CON LA MEF	<input type="checkbox"/>		NO HAY NIÑA/NIÑO DE UN AÑO A MÁS NACIDO/A A PARTIR DE ENERO DEL 2019 QUE VIVA CON LA MEF	<input type="checkbox"/>		→ 1041
	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el comportamiento de sus hijas o hijos nacidos a partir de enero del 2019.						
1035	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO/NIÑA Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	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 _____			
1036	¿Quién o quiénes corrigen a (NOMBRE) en el hogar cuando se porta mal, no hace caso o muestra falta de respeto? <b>¿Quién más?</b>  SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE UNA PERSONA QUE CORRIGE A LA NIÑA O NIÑO APARTE DEL PADRE O LA MADRE INDAGUE SOLO POR LA PERSONA QUE CORRIGE CON MAS FRECUENCIA.	MADRE BIOLÓGICA..... A PADRE BIOLÓGICO..... B ABUELA / ABUELO..... C HERMANO / A..... D TÍA / TÍO..... E MADRASTRA / PADRASTRO..... F OTROS..... X NADIE LO CORRIGE.... Y ↳ 1038	MADRE BIOLÓGICA..... A PADRE BIOLÓGICO..... B ABUELA / ABUELO..... C HERMANO / A..... D TÍA / TÍO..... E MADRASTRA / PADRASTRO..... F OTROS..... X NADIE LO CORRIGE.... Y ↳ 1038	MADRE BIOLÓGICA.... A PADRE BIOLÓGICO.... B ABUELA / ABUELO.... C HERMANO / A..... D TÍA / TÍO..... E MADRASTRA / PADRASTRO..... F OTROS..... X NADIE LO CORRIGE... Y ↳ 1038	MADRE BIOLÓGICA.... A PADRE BIOLÓGICO.... B ABUELA / ABUELO.... C HERMANO / A..... D TÍA / TÍO..... E MADRASTRA / PADRASTRO..... F OTROS..... X NADIE LO CORRIGE... Y ↳ 1038		
1037	¿Qué hace usted (PARENTESCO) para corregir a (NOMBRE)?  INDAGUE ¿De alguna otra forma?...  A PALMADAS B REPRIMENDA VERBAL C PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LES GUSTA D PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN E CON GOLPES O CASTIGOS FÍSICOS F DEJÁNDOLOS ENCERRADOS G IGNORÁNDOLOS H DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA I ECHÁNDOLES AGUA J QUITÁNDOLES LA ROPA K HABLA CON ÉL Y EXPLICA SU CONDUCTA X OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	MADRE (A)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X	PADRE (B)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X	OTROS (C,D,E,F,X)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X	MADRE (A)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X	PADRE (B)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X	OTROS (C,D,E,F,X)  A      A      A B      B      B C      C      C D      D      D E      E      E F      F      F G      G      G H      H      H I      I      I J      J      J K      K      K X      X      X
1038	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 501, 502, 505 (ESTADO CONYUGAL ) Y 1005(AGRESIÓN FÍSICA)  UNIDA ALGUNA VEZ Y HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL	<input type="checkbox"/>	NO HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL NUNCA UNIDA Y HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL	<input type="checkbox"/>			→ 1041
1039	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑA / NIÑO Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	ULTIMO 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 _____			
1040	¿Alguna vez (NOMBRE) ha estado presente cuando su (último) esposo (compañero):  VERIFIQUE ÍTEMES CON CÓDIGO " 1 " DE LA PREGUNTA 1005 Y APLIQUE LA PREGUNTA SÓLO EN ESTOS CASOS  A La empujó, sacudió o le tiró algo? B La abofeteó o le retorció el brazo? C La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? D La ha pateado o arrastrado? E Trató de estrangularla o quemarla? F La atacó o agredió con un cuchillo, pistola y otro tipo de arma? G La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? H Utilizó la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? I La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI      NO      NS  1      2      8 1      2      8	SI      NO      NS  1      2      8 1      2      8	SI      NO      NS  1      2      8 1      2      8			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS						PASE A
1041	AGRADEZCA DE NUEVO A LA ENTREVISTADA Y REGISTRE SI DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTA SECCIÓN HUBO NIÑAS O NIÑOS PRESENTES TODO EL TIEMPO O ALGUNAS VECES			TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.		
		MENOR 10 AÑOS.....		1	2	3		
		MAYOR 10 AÑOS.....		1	2	3		
1042	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFIRIERON DE ALGUNA OTRA FORMA			SI, UNA VEZ	SI, MÁS DE UNA VEZ	NO		
		ESPOSO/COMPAÑERO.....		1	2	3		
		OTRO HOMBRE ADULTO .....		1	2	3		
		OTRA MUJER ADULTA.....		1	2	3		

#### MÓDULO DE OBSERVACIÓN

1042A	OBSERVE A LA ENTREVISTADA Y A LAS NIÑAS Y NIÑOS Y REGISTRE SEGÚN SU APARIENCIA  1 TIENE LA CARA SUCIA 2 TIENE EL CABELO SUCIO O CON PIOJOS O LIENDRES 3 TIENE LAS MANOS SUCIAS 4 TIENE LA ROPA SUCIA 5 LA ROPA NO ES ADECUADA PARA EL CLIMA (TIENE FRÍO O CALOR) 6 HUELE MUY MAL 7 ESTA ORINADO, HA DEFECADO Y NO HA SIDO CAMBIADO POR LARGO RATO 8 TIENE HERIDAS O GRANOS ABIERTAS, SIN CURAR	a. ENTREVISTADA	b. ALGÚN NIÑO NACIDO DESDE ENERO DEL 2019					
		SI	NO	NO APLICA	SI	NO	NO APLICA	
		1	1	2	3	1	2	3
		2	1	2	3	1	2	3
		3	1	2	3	1	2	3
		4	1	2	3	1	2	3
		5	1	2	3	1	2	3
		6	1	2	3	1	2	3
		7	1	2	3	1	2	3
		8	1	2	3	1	2	3
	<b>ENTREVISTADORA: SI LA INFORMANTE CUENTA CON CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA(O), NO OLVIDE DE TRANSCRIBIR LA INFORMACION A LAS PREGUNTAS 456 Y 466E, LAS CUALES SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN.</b>							
1043	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA.....						
		MINUTOS.....						

NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022		NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN						
EDAD	ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN							
	2018				2022			
	Desde el 01 de agosto del 2018				Del 7 de noviembre a la fecha			
Recien Nacido	Sin VIH	BCG (dentro de las 24 horas)	BCG (se aplicarán previa evaluación riesgo beneficio)	Con VIH	BCG (dentro de las 24 horas) - dosis única	BCG (se aplicarán previa evaluación riesgo beneficio)	HvB	
2 meses	1ra Pentavalente ((DPT-HvB-Hib) 1ra Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra Rotavirus 1ra Neumococo	1ra Pentavalente ((DPT-HvB-Hib) 1raAntipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra Rotavirus 1ra Neumococo	1ra Pentavalente ((DPT-HvB-Hib) 1ra Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra Rotavirus 1ra Neumococo	2da Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 2da Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da Rotavirus 2da Neumococo	1ra Pentavalente ((DPT-HvB-Hib) 1ra Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra Rotavirus 1ra Neumococo	2da Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 2da Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da Rotavirus 2da Neumococo	HvB	
4 meses	2da Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 2da Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da Rotavirus 2da Neumococo	2da Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 2da Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da Rotavirus 2da Neumococo	2da Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 2da Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da Rotavirus 2da Neumococo	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio Oral (APO) 1ra Influenza Pediátrica	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio Oral (APO) 1ra Influenza Pediátrica	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio inactivada inyectable (IPV) 3ra Neumococo 1ra Influenza Pediátrica	HvB	
6 meses	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio Oral (APO) 1ra Influenza Pediátrica	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio inactivada inyectable (IPV)	3ra Pentavalente (DPT-HvB-Hib) 3ra Antipolio Oral (APO) 1ra Influenza Pediátrica	7 meses a menos de 24 meses	1ra Influenza Pediátrica (7 meses)	2da Influenza Pediátrica (7 meses)	2da Influenza Pediátrica (7 meses)	
12 meses	1ra SPR 3ra Neumococo 1ra Varicela 1ra Influenza Pediátrica	1ra SPR 3ra Neumococo 1ra Varicela 1ra Influenza Pediátrica	1ra SPR 3ra Neumococo 1ra Varicela 1ra Influenza Pediátrica	15 meses	Antiamarilíca (dosis única) Virus de Hepatitis A (dosis única)	Vacuna Antiamarilíca (dosis única) Vacuna Virus de Hepatitis A (dosis única)		
18 meses	1er Refuerzo DPT 1er Refuerzo Antipolio oral APO 2da SPR	1er Refuerzo DPT 1er Refuerzo Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da SPR	1er Refuerzo DPT 1er Refuerzo Antipolio oral (APO) 2da SPR	20 a 23 meses	1 dosis de influenza estacional		1er Refuerzo DPT 1er Refuerzo Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da SPR 2da Varicela	
24 meses	1ra Influenza Pediátrica 2da Varicela			24 meses	1 dosis Vacuna Influenza Pediátrica 1 dosis Vacuna contra la Varicela			
3 y 4 años	1 Vacuna Influenza adulto							
De 2, 3 y 4 años	Antiamarilíca (sólo aquellos que no acrediten vacuna anterior)				Influenza Pediátrica (a los 2, 3 años)		Influenza Pediátrica (a los 2, 3 años)	
4 años	2do. Refuerzo DPT 2do Refuerzo Antipolio oral (APO)	2do. Refuerzo Difteria-Pertusis-Tétanos. (DPT) 2do Refuerzo Vacuna Antipolio inactivada inyectable (IPV)	1 dosis Influenza Pediátrica 2do. Refuerzo DPT 2do Refuerzo Antipolio oral (APO)		2do. Refuerzo DPT 2do Refuerzo Antipolio inactivada inyectable (IPV)			

## ENTREVISTADORA

1 AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA.

ENTREVISTADORA: DEBE SOLICITAR OBLIGATORIAMENTE DOCUMENTOS ADICIONALES DONDE PUEDA ENCONTRAR REGISTRO DE VACUNAS (CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL U OTROS) Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA

2 ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MUESTRA QUE SE DIÓ UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.

ÚLTIMO NACIDO VIVO			EDAD GESTACIONAL			
NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
BCG (Recién nacido)	BCG	DÍA MES AÑO	ANTIHEPATITIS B HvB (Recién nacido)	HvB 0	DÍA MES AÑO	
POLIO	P 1	DÍA MES AÑO	P 2	P 3	DÍA MES AÑO	
PENTAVALENTE (DPT + HVB + Hib)	Pe 1	DÍA MES AÑO	Pe 2	Pe 3	DÍA MES AÑO	
DPT	DPT 1	DÍA MES AÑO	DPT 2	DPT 3	DÍA MES AÑO	
DT			DT 1	DT 2	DÍA MES AÑO	
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1	DÍA MES AÑO	HvB 2	HvB 3	DÍA MES AÑO	
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1	DÍA MES AÑO	Hib 2	Hib 3	DÍA MES AÑO	
TETRAVALENTE	T	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
HEXAVALENTE	He 1	DÍA MES AÑO	He 2	He 3	DÍA MES AÑO	
ROTAVIRUS	Rot 1	DÍA MES AÑO	Rot 2		DÍA MES AÑO	
NEUMOCOCO	Neu 1	DÍA MES AÑO	Neu 2	Neu 3	DÍA MES AÑO	
INFLUENZA	Inf 1	DÍA MES AÑO	Inf 2		DÍA MES AÑO	
ANTISARAMPIÓNOSA / SPR	SPR 1	DÍA MES AÑO	SPR 2		DÍA MES AÑO	
ANTIAMARÍLICA / AMA	AMA	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
VARICELA	VAR	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
REFUERZOS						
DPT	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		
DT	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		
POLIO	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE VACUNAS

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECIEN NACIDO)

X OTRO

ESPECIFIQUE

PENÚLTIMO NACIDO VIVO			EDAD GESTACIONAL			
NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
BCG (Recién nacido)	BCG	DÍA MES AÑO	ANTIHEPATITIS B HvB (Recién nacido)	HvB 0	DÍA MES AÑO	
POLIO	P 1	DÍA MES AÑO	P 2	P 3	DÍA MES AÑO	
PENTAVALENTE (DPT + HVB + Hib)	Pe 1	DÍA MES AÑO	Pe 2	Pe 3	DÍA MES AÑO	
DPT	DPT 1	DÍA MES AÑO	DPT 2	DPT 3	DÍA MES AÑO	
DT			DT 1	DT 2	DÍA MES AÑO	
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1	DÍA MES AÑO	HvB 2	HvB 3	DÍA MES AÑO	
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1	DÍA MES AÑO	Hib 2	Hib 3	DÍA MES AÑO	
TETRAVALENTE	T	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
HEXAVALENTE	He 1	DÍA MES AÑO	He 2	He 3	DÍA MES AÑO	
ROTAVIRUS	Rot 1	DÍA MES AÑO	Rot 2		DÍA MES AÑO	
NEUMOCOCO	Neu 1	DÍA MES AÑO	Neu 2	Neu 3	DÍA MES AÑO	
INFLUENZA	Inf 1	DÍA MES AÑO	Inf 2		DÍA MES AÑO	
ANTISARAMPIÓNOSA / SPR	SPR 1	DÍA MES AÑO	SPR 2		DÍA MES AÑO	
ANTIAMARÍLICA / AMA	AMA	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
VARICELA	VAR	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO	
REFUERZOS						
DPT	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		
DT	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		
POLIO	1ero	DÍA MES AÑO	2do	DÍA MES AÑO		

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE VACUNAS

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECIEN NACIDO)

X OTRO

ESPECIFIQUE

ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO						EDAD GESTACIONAL			
		NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			DÍA	MES	AÑO
				DÍA	MES	AÑO			
BCG (Recién nacido)	BCG						ANTIHEPATITIS B HvB (Recién nacido)		
POLIO	P 1						P 2		
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1						Pe 2		
DPT	DPT 1						DPT 2		
DT							DT 1		
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1						HvB 2		
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1						Hib 2		
TETRAVALENTE	T								
HEXAVALENTE	He 1						He 2		
ROTAVIRUS	Rot 1						Rot 2		
NEUMOCOCO	Neu 1						Neu 2		
INFLUENZA	Inf 1						Inf 2		
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR 1						SPR 2		
ANTIAMARÍLICA / AMA	AMA								
VARICELA	VAR								
<b>REFUERZOS</b>									
DPT	1ero						2do		
DT	1ero						2do		
POLIO	1ero						2do		

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE VACUNAS

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECÍEN NACIDO)

OTRO \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## ENTREVISTADORA

1 NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212

ENTREVISTADORA: DEBE SOLICITAR OBLIGATORIAMENTE DOCUMENTOS ADICIONALES DONDE PUEDA ENCONTRAR REGISTRO DE CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL U O U OTROS) Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA

2 ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DIA" SI EL CARNE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD MUESTRA QUE SE REALIZO UN CONTROL, PERO NO SE ANOTO LA FECHA.

## ÚLTIMO NACIDO VIVO

NÚMERO DE ORDEN

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES

DÍA C 01	MES PESO 01	AÑO TALLA 01	DÍA C 02	MES PESO 02	AÑO TALLA 02	DÍA C 03	MES PESO 03	AÑO TALLA 03	DÍA C 04	MES PESO 04	AÑO TALLA 04
		Kg			Kg			Kg			Kg

## ATENCIÓNES A PARTIR DEL MES

C 1 PESO 1 TALLA 1	C 2 PESO 2 TALLA 2	C 3 PESO 3 TALLA 3	C 4 PESO 4 TALLA 4
C 5 PESO 5 TALLA 5	C 6 PESO 6 TALLA 6	C 7 PESO 7 TALLA 7	C 8 PESO 8 TALLA 8
C 9 PESO 9 TALLA 9	C 10 PESO 10 TALLA 10	C 11 PESO 11 TALLA 11	C 12 PESO 12 TALLA 12

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE CONTROLES

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECIEN NACIDO)

X OTRO

SPECIFIQUE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE _____		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO					
PENÚLTIMO NACIDO VIVO											
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES											
C 01 PESO 01 TALLA 01			C 02 PESO 02 TALLA 02			C 03 PESO 03 TALLA 03			C 04 PESO 04 TALLA 04		
ATENCIÓNES A PARTIR DEL MES											
C 1 PESO 1 TALLA 1			C 2 PESO 2 TALLA 2			C 3 PESO 3 TALLA 3			C 4 PESO 4 TALLA 4		
C 5 PESO 5 TALLA 5			C 6 PESO 6 TALLA 6			C 7 PESO 7 TALLA 7			C 8 PESO 8 TALLA 8		
C 9 PESO 9 TALLA 9			C 10 PESO 10 TALLA 10			C 11 PESO 11 TALLA 11			C 12 PESO 12 TALLA 12		

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE CONTROLES

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECIEN NACIDO)

X OTRO

SPECIFIQUE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE _____		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO					
ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO											
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES											
C 01 PESO 01 TALLA 01			C 02 PESO 02 TALLA 02			C 03 PESO 03 TALLA 03			C 04 PESO 04 TALLA 04		
ATENCIÓNES A PARTIR DEL MES											
C 1 PESO 1 TALLA 1			C 2 PESO 2 TALLA 2			C 3 PESO 3 TALLA 3			C 4 PESO 4 TALLA 4		
C 5 PESO 5 TALLA 5			C 6 PESO 6 TALLA 6			C 7 PESO 7 TALLA 7			C 8 PESO 8 TALLA 8		
C 9 PESO 9 TALLA 9			C 10 PESO 10 TALLA 10			C 11 PESO 11 TALLA 11			C 12 PESO 12 TALLA 12		

ENTREVISTADORA CIRCULE LOS DOCUMENTOS DE LOS CUALES REGISTRO LA INFORMACIÓN DE CONTROLES

A CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA/O

B CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL (RECIEN NACIDO)

X OTRO

SPECIFIQUE \_\_\_\_\_

# OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Nombre de la Entrevistadora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA LOCAL

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
la entrevista:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

## OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA NACIONAL

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de	<hr/> <hr/>
la entrevista:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

**ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO Y MICRONUTRIENTES PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES 1/**

Condición del niño	Edad de administración	Dosis (Vía oral )	Producto	Duración de suplementación
Niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg hierro elemental / Kg / día	Gotas Sulfato ferroso (1 gota = 1 mg Fe elemental) o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de los 360 sobres
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg hierro elemental / Kg / día	Gotas Sulfato ferroso (1 gota = 1 mg Fe elemental) o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	A partir de los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes* Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de los 360 sobres

\* Si el EESS no cuenta con Micronutrientes pondrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal

**Tratamiento con hierro para niñas/os prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad CON ANEMIA**

Condición	Edad de administración	Dosis (Vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niño prematuro y/o prematuro con bajo peso al nacer	Desde 30 días de edad	4 mg/Kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gota de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

**Tratamiento con hierro para niñas/os nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses de edad CON ANEMIA**

Condición	Edad de administración	Dosis (Vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niña/o a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	3 mg/Kg/día  Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gota de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

NOTA: - 1 mL de Sulfato Ferroso en gotas equivale a 25 mg de hierro elemental.

- 1 mL de Complejo Polimaltosado Férrico en gotas equivale a 50 mg de hierro elemental

Los Micronutrientes contienen vitaminas y minerales: 12.5 mg de Hierro elemental, Vitamina A 300 ug RE, Vitamina C 30 mg, Zinc 5 mg y Ácido fólico 160 ug. Presentación en polvo de 1 gramo por sobre.

**Tratamiento con hierro para niñas/os de 6 meses a 11 años de edad con ANEMIA LEVE O MODERADA**

Edad de administración	Dosis (Vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niñas/os de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis 70 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico Gotas de Sulfato Ferroso Gotas de Complejo Polimaltosado	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niñas/os de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis 90 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niñas/os de 5 a 11 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis 120 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico 1 tableta de Sulfato Ferroso 1 tableta de Polimaltosado		

**Suplementación Preventivo para la adolescente mujeres de 12 a 17 años**

Edad de administración	Dosis (Vía oral)	Producto	Duración
Adolescente mujer de 12 a 17 años	1 tableta de 60 mg de hierro elemental + 400 ug Ácido Fólico 2 veces por semana	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	2 tabletas Por semana durante 3 meses continuos cada año

**Tratamiento de anemia en varones y mujeres adolescentes de 12 a 17 años de edad con ANEMIA LEVE Y MODERADA**

Edad de administración	Dosis (Vía oral)	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Adolescentes (Hombres y Mujeres) de 12 a 17 años	2 tabletas diarias (120 mg de hierro elemental)	Tabletas de Sulfato Ferroso	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses, y a los 6 meses de iniciado el tratamiento.

**Suplementación preventiva con hierro y ácido fólico en la mujer gestante y puérpera**

Inicio de administración	Dosis	Producto	Duración
Gestantes a partir de la semana 14 de gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug de Ácido Fólico	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Tableta de Hierro Polimaltoso + Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto
Gestantes que inician atención prenatal después de las semana 32	120 mg de hierro elemental + 800 ug de Ácido Fólico		2 tabletas al día hasta los 30 días post parto
Puérperas	60 mg de hierro elemental + 400 ug de Ácido Fólico	Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto

1/ NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres y gestantes y puérperas

**Tratamiento de ANEMIA con Hierro y Ácido Fólico en gestantes y puérperas**

Condición de anemia	Dosis	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Anemia Leve	120 mg de hierro elemental + 800 ug de Ácido Fólico Diario (2 tabletas diarias)	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm)
Anemia Moderada		Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico		
Anemia Severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)			

## Cómo preparar los Micronutrientes para consumirlos

- Los micronutrientes en polvo son minerales y vitaminas que hacen más nutritiva la comida de la niña o el niño y ayudan a evitar la anemia permitiendo que crezcan sanos y fuertes.
- Los micronutrientes no necesitan cocinarse, solo deben ser añadidos en una ración de comida espesa de los bebés, ya sea en papillas, purés o segundos.
- Se debe mezclar el contenido del sobre de micronutriente con 2 cucharadas de la comida, cuando se encuentre a temperatura que la niña o el niño ya pueda comerla.
- Explicar a la madre o cuidador que los Micronutrientes no le cambiarán el sabor ni el color a la comida, siempre y cuando no se utilice comida caliente para realizar la mezcla y se consuma antes de los 15 minutos. Por ello es preciso advertir que se debe evitar agregar el polvo de Micronutrientes en la comida caliente, pues le cambiará el color, olor y sabor a la comida y la niña o el niño no querrá consumirla.
- Se recomienda no mezclar los Micronutrientes con líquidos o semilíquidos como leche, jugos, agua o sopas, debido a que el polvo de Micronutrientes se quedará "suspensionado" y no se mezcla adecuadamente.
- La ración de comida a la cual se agregó los Micronutrientes no se puede recalentar.
- El consumo de Micronutrientes no debe ser administrado junto con otros medicamentos, debe ser suspendido si la niña o el niño está tomando antibióticos y podrá reiniciarse al terminar el tratamiento de antibióticos.

### Para preparar los Micronutrientes debemos cumplir con los siguientes pasos:

- Debemos lavarnos las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento del bebe.
- Separar 2 cucharadas de comida de consistencia espesa (puré, manzamorra o segundo) en el plato de la niña o el niño servido y dejar que se entibie.
- Abrir el sobre con los dedos o tijera (no con los dientes) por la esquina y con cuidado.
- Cuando la comida esté tibia, echar todo el contenido del sobre en las 2 cucharadas de comida espesa separada.
- Mezclar bien las 2 cucharadas de comida separada con los Micronutrientes.
- Finalmente, ofrecerle de comer primero las 2 cucharadas mezcladas con los Micronutrientes, en no más de 15 minutos, y luego continuar con el resto de la comida.

### Contenido de Hierro de mg por ración de 2 cucharadas en diversos alimentos

ALIMENTOS	Cantidad de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (Bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne seca de llama	1.2
Corazón de res	1.1
Carne de Carnero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

### INSTRUCCIONES GENERALES

- 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: Nacimientos, Embarazos, Pérdidas y Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS

E EMBARAZOS

T TERMINACIONES

- 0 NINGÚN MÉTODO
- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 PÍLDORAS
- 4 DIU
- 5 INYECCIONES
- 6 IMPLANTES
- 7 CONDÓN
- 8 CONDÓN FEMENINO
- 9 ESPUMA/JALEA/OVULOS (VAGINALES)
- J AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
- K ABSTINENCIA PERIÓDICA
- L RETIRO
- M ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA
- X OTRO: \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

#### COL 2: Discontinuidad de Uso de Anticonceptivos

- 1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
- 2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
- 3 MARIDO DESAPROBO
- 4 EFECTOS COLATERALES
- 5 MOTIVOS DE SALUD
- 6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
- 7 DESEABA MÉTODO MÁS 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 3: Fuente de Anticoncepción

- 1 HOSPITAL MINSA
- 2 CENTRO DE SALUD MINSA
- 3 PUESTO DE SALUD MINSA
- 4 PROMOTOR DE SALUD MINSA
- 5 HOSPITAL DE ESSALUD
- 6 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD
- 7 HOSPITAL /OTRO DE LAS FFAA Y PNP
- 8 HOSPITAL /OTRO DE LA MUNICIPALIDAD

A OTRO GOBIERNO: \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

- B CLÍNICA PARTICULAR
- C FARMACIA / BOTICA
- D CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR
- E OTRO SECTOR PRIVADO: \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

- F CLÍNICA/POSTA DE ONG
- G PROMOTORES DE ONG
- H HOSPITAL /OTRO DE LA IGLESIA
- I TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL
- J AMIGOS / PARENTES
- K NADIE/SE AUTORECETO

X OTRO: \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

#### COL 4: Matrimonio / Unión

X EN UNIÓN (CASADA O CONVIVIENTE)

0 NO EN UNIÓN

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

## CALENDARIO 2024

### ENERO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

### FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

### MARZO

D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

### ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

### MAYO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

### JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

### JULIO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

### AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

### SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

### OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

### NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

### DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## CALENDARIO 2023

### SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

### OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

### NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

### DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
31				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30