



“Carácter estrictamente confidencial y reservado.
Ley 17622, art. 10: Las informaciones que se suministren a los organismos que integren el sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos.
Los datos deberán ser suministrados y publicados únicamente en publicaciones de conjunto.”

Niño/a hasta 23 meses
(niños/as desde el nacimiento hasta el día anterior de cumplir 2 años)

Niño/a de 0 a 23 meses		
ID del niño/a provisto en el sorteo		
ID de la madre biológica o adulto cuidador/a provisto en el cuestionario socio-demográfico		
Nombre Encuestador/a:		
Nombre Supervisor de Campo:		
Fecha de la encuesta		
Nombre de quien firmó el consentimiento informado		
Nombre del niño/a		
Fecha de nacimiento del niño/a		
El niño/a nació:		
Mujer		(1)
Varón		(2)
Intersex		(3)
NS/NC		(9)

Sr./a Encuestador/a/a: excepto que se indique lo contrario las preguntas se leen de izquierda a derecha. Las instrucciones para usted, que no deben ser leídas al encuestado/a, aparecen sombreadas.

Para evitar el cansancio en el encuestado, iniciar la entrevista con el R24H.

La antropometría podrá ser realizada en cualquier momento de la encuesta evaluando la disponibilidad del niño, y la predisposición del mismo y de su cuidador/a. Si se encuentra trabajando en cuestionario papel, anote directamente las mediciones, si está trabajando con la Tablet, anote todas las mediciones en un papel y luego vuélquelas en el programa cuando se habilite la sección correspondiente.

SECCIÓN PRELIMINAR

¿La madre biológica vive en este hogar?

Sí ⇒

Toda la encuesta debe ser contestada por la madre biológica. Si no se encuentra en el momento concertar otra cita. Si está presente pase a bloque 1.

No ⇒

Toda la encuesta debe ser contestada por un adulto cuidador del niño/a a partir del bloque 4. El adulto respondente debe ser mayor de 18 años, en caso de que no esté presente, indague en qué momento puede encontrarlo para proceder a realizar la encuesta.

Recordatorio de 24 horas

Antes de comenzar con la encuesta voy a preguntarle sobre la comida de (nombre) en las últimas 24 horas.
R24H para bebés de hasta 6 meses en hoja aparte.

Consentimiento informado.

Consentimiento en hoja aparte.

Vínculo del adulto respondiente con el niño/a		
Madre		(1)
Padre		(2)
Hermano/a		(3)
Otro familiar que habita el mismo hogar		(4)
Otro no familiar que habita el mismo hogar		(5)
NS/NC		(9)
Otro:		
<i>completar con letra clara:</i>		

BLOQUE 1. EMBARAZO Y PARTO			
<p>Ahora le voy a preguntar sobre algunos antecedentes del embarazo de (nombre/s). Si usted tiene una libreta de salud puede consultarla para responderme; del mismo modo puede consultar el carnet de vacunación para las preguntas sobre vacunas.</p> <p><i>Encuestador/a: marque con una cruz si el encuestado/a trae la libreta sanitaria para seguir respondiendo</i></p> <p><i>Trae libreta : __ </i></p>			
1.1	¿Fue un embarazo simple o múltiple (mellizos, trillizos, etc)?	1.2	¿Cuál era su peso <u>antes</u> de quedar embarazada?
Simple	(1)	_____ Kilos	
Múltiple	(2)	_____ NS/NC (999)	
NS/NC	(9)		
1.3	¿Durante el embarazo le realizaron algún control?	1.4	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le realizaron el primer control?
Sí	(1)	_____ semanas	
No	(2) <i>pasa a 1.12</i>	_____ NS/NC (999)	
NS/NC	(9) <i>pasa a 1.12</i>		
1.5	¿Cuál era su peso en el <u>primer control</u> ?	1.6	En total, ¿cuántos controles tuvo durante el embarazo?
_____ Kilos		_____ control/es	
NS/NC	(999)	_____ NS/NC (999)	
1.7	<p><i>Si en 1.6 respondió que tuvo más de un control preguntar</i></p> <p>¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le realizaron el <u>último control</u>?</p>	1.8	<p><i>Solo para quienes respondieron en 1.7</i></p> <p>¿Cuál era su peso en el <u>último control</u>?</p>
_____ semanas		_____ Kilos	
NS/NC	(999)	_____ NS/NC (999)	
1.9	En alguno de los controles, ¿le indicaron tomar hierro?	1.10	En alguno de los controles, ¿le indicaron tomar ácido fólico?
Sí	(1)	Sí (1)	
No	(2)	No (2)	
NS/NC	(9)	NS/NC (9)	

BLOQUE 1. EMBARAZO Y PARTO (continuación)			
Encuestador/a: marque con una cruz si el encuestado/a trae la libreta sanitaria para seguir respondiendo			
Trae libreta : <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
1.11	En algún control en salud o en el curso preparto, ¿le informaron sobre: <i>Lea las opciones a la madre y seleccione todo lo que corresponda</i>		
	SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)
	1.11.1 la lactancia materna?		
	1.11.2 los efectos del consumo de tabaco?		
	1.11.3 los efectos del consumo de alcohol?		
	1.11.4 los efectos del consumo de drogas?		
	1.11.5 cómo alimentarse durante el embarazo?		
1.12	Aproximadamente, ¿cuántos kilos aumentó en todo el embarazo?		
	_____ Kilos		
	NS/NC	(999)	
Ahora le voy a preguntar sobre algunos hábitos de salud suyos actuales y durante el embarazo de (nombre/s).			
En caso de que se haya seleccionado en la muestra más de un menor de 6 meses, y ambos sean hijos de la misma madre biológica, complete este bloque una sola vez.			
1.13	¿Fumó durante el embarazo?		
	Si	(1)	
	No	(2) <i>pasa a 1.15</i>	
1.14	Durante el embarazo, en promedio, los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?		
	_____ Cigarrillos		
	NS/NC	(999)	
1.15	¿Fuma actualmente?		
	Si	(1)	
	No	(2) <i>pasa a 1.17</i>	
1.16	En promedio, los días que fuma, ¿cuántos cigarrillos fuma por día?		
	_____ Cigarrillos		
	NS/NC	(999)	
1.17	¿Tomó alguna vez alguna bebida alcohólica durante el embarazo?		
	No, nunca	(0)	
	Algunas veces	(1)	
	Frecuentemente	(2)	
	NS/NC	(9)	

BLOQUE 1. EMBARAZO Y PARTO (continuación)			
Ahora le voy a preguntar sobre el parto de (nombre/s). Para responderme, también puede consultar una libreta de salud si la tiene.			
1.18	¿Cuántas semanas de embarazo tenía al momento del parto?	1.19 ¿Dónde fue el parto?	
_____ semanas		Hospital público (1)	
NS/NC (999)		Sanatorio, clínica, hospital privado ó de Obra Social (2)	
		En el hogar en forma accidental (3) <i>pasa a 1.27</i>	
		En el hogar en forma planificada (4) <i>pasa a 1.27</i>	
		Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>	
1.20	El parto, ¿fue vaginal o por cesárea?	1.21 ¿Alguien del equipo de salud, le ofreció estar acompañada durante el parto o cesárea?	
Vaginal (1)		Sí (1)	
Cesárea (2)		No (2) <i>pasa a 1.23</i>	
NS/NC (9)		NS/NC (9) <i>pasa a 1.23</i>	
1.22	¿Le permitieron elegir el/la acompañante? <i>Acompañante: pareja, familiar, amigo, etc.</i>	1.23 ¿Cuántos días estuvo internada en el hospital/maternidad luego del nacimiento? <i>Aclaración: se pregunta por causas relacionadas a la madre y no a causa de su hijo/a.</i>	
Sí (1)		_____ días	
No (2)			
NS/NC (9)		NS/NC (999)	
1.25	Al momento del alta o antes del alta, ¿alguien del personal de salud le explicó cómo debe dormir (nombre)?		
Sí (1)			
No (2) <i>pasa a 1.27</i>			
NS/NC (9) <i>pasa a 1.27</i>			
1.26	¿Cómo le indicaron que debía dormir (nombre)?		
... boca arriba? (1)			
... boca abajo? (2)			
... de costado? (9)			
Otra forma, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			
1.27	¿Cuánto pesó (nombre) cuando nació?		
_____ gramos			
NS/NC (999)			

BLOQUE 2. VACUNAS EN EL EMBARAZO			
2.1	Durante el embarazo, ¿recibió una dosis de vacuna antigripal?		
	Sí		(1)
	No		(2) <i>pasa a 2.3</i>
	NS/NC		(9) <i>pasa a 2.4</i>
2.2	¿Por qué motivo recibió la vacuna antigripal? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.4</i>		
	Me pareció útil		(1)
	Me lo indicó el médico		(2)
	Me lo recomendó un amigo/familiar		(3)
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo		(4)
	Me la aplicaron en el trabajo (y NO soy personal de salud)		(5)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo		(6)
	Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil		(7)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.3	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna antigripal? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en esta vacuna		(1)
	Mi médico no me la mencionó		(2)
	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)		(3)
	Mi médico me dijo que no me la aplique		(4)
	Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño		(5)
	NS/NC		(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.4	Durante el embarazo, ¿recibió una dosis de vacuna contra la tos convulsa o coqueluche, tétanos y difteria (triple acelular o dTpa)?		
	Sí		(1)
	No		(2) <i>pasa a 2.6</i>
	NS/NC		(9) <i>pasa a 2.7</i>

2.5	¿Por qué motivo recibió la vacuna contra la tos convulsa o coqueluche, tétanos y difteria (triple acelular o dTpa)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2. 7</i>			
	Me pareció útil			(1)
	Me lo indicó el médico			(2)
	Me lo recomendó un amigo/familiar			(3)
	Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo			(4)
	Me la aplicaron en el trabajo (y NO soy personal de salud)			(5)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo			(6)
	Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil			(7)
	NS/NC			(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			
2.6	¿Por qué motivo NO recibió la vacuna contra la tos convulsa o coqueluche, tétanos y difteria (triple acelular o dTpa)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>			
	Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en esta vacuna			(1)
	Mi médico no me la mencionó			(2)
	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)			(3)
	Mi médico me dijo que no me la aplique			(4)
	Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño			(5)
	NS/NC			(9)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			
2.7	<i>Si el encuestado respondió alguna pregunta consultando el carnet de vacunación consigne "sí" y pase a bloque 3; si no, pasa a 2.8. Sólo observe, no pregunte.</i>			
	Si, utilizó carnet para responder			(1)
	No utilizó carnet para responder			(2)
2.8	¿Tiene carnet de vacunación?			
	Sí			(1)
	No			(2)
	NS/NC			(9)
BLOQUE 3. LACTANCIA				
Ahora le voy a preguntar sobre algunos datos del nacimiento de (nombre). Para responderme, también puede ayudarse con una libreta de salud si la tiene. Contesta utilizando libreta sanitaria ____ (marcar con una x)				
3.1	¿Tomó (nombre) leche materna alguna vez?			
	Sí			(1)
	No			(2) <i>pasa a 3.3</i>
	NS/NC			(9) <i>pasa a 3.3</i>

3.2	¿Cuánto tiempo pasó desde que (nombre) nació hasta que le dio pecho por primera vez?		
	Menos de 1 hora		(1)
	Entre 1 hora y 5 horas		(2)
	Más de 5 horas y hasta 1 día		(3)
	Más de 1 día		(4)
	NS/NR		(9)

} pasa a 3.4

3.3	¿Cuál fue el motivo por el que nunca amamantó a (nombre)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo		(1)
	Me lo indicó el médico por un problema de salud mío		(2)
	Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a		(3)
	Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud (enfermera, puericultora, etc.)		(4)
	No fue mi deseo amamantar		(5)
	No tuve quien me ayudara con la lactancia		(6)
	Me lo aconsejó un familiar o conocido/a		(7)
	Sabía que mi leche no iba a ser buena		(8)
	Nunca pudo prenderse		(9)
	Nunca tuve leche		(10)
	Preferí darle fórmula		(11)
	Quería evitar que se me deformara el cuerpo		(12)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		(99)

No preguntar a quienes en la pregunta 1.19 respondieron que el niño/a nació en el hogar en forma planificada. En esos casos continuar con 3.7

3.4	Al momento del alta o antes del alta, ¿alguien del personal de salud le explicó cómo identificar cuando (nombre) tiene hambre?		3.5	Al momento del alta, (nombre) era alimentado/a:	
	Sí	(1)		Sólo con leche materna	(1)
	No	(2)		Leche materna y otro tipo de leche	(2)
	NS/NC	(9)		Sólo otro tipo de leche	(3)

3.6	El personal de salud, durante la internación o al alta... <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>			
		SI (1)	NO (2)	NS /NC (9)
	3.6.1 Le explicó los beneficios de la lactancia?			
	3.6.2 Le enseñó cómo extraerse leche para alimentar al niño/a en caso de tener que alejarse temporalmente?			
	3.6.3 La ayudó a poner el niño/a al pecho			
	3.6.4 Le dio algún contacto (número telefónico, dirección, derivación, etc.) para pedir ayuda en caso de tener dudas o problemas con la lactancia?			
	3.6.5 Le sugirió alguna marca de leche para complementar o reemplazar la lactancia?			
	3.6.6 Le enseñó cómo preparar la leche para el niño/a?			
	3.6.7 Le indicó cómo higienizar los biberones/mamaderas/etc.?			
	3.6.8 Le explicó cómo conservar los sobrantes de leche?			

Como usted respondió que (nombre) alguna vez tomó pecho, ahora le voy a preguntar algunas cosas sobre la lactancia.				
No se realizan las preguntas 3.7 a 3.14 a quienes respondieron que nunca tomaron leche materna en la pregunta 3.1. En esos casos continuar con 3.15.				
3.7	¿Sigue tomando leche materna actualmente?		3.8	¿A qué edad (nombre) dejó de tomar pecho?
	Sí	(1) <i>pasa a 3.10</i>	Edad en meses _____	
	No	(2)		
3.9	¿Cuál fue el motivo por el que dejó de amamantarlo/a? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda. Al finalizar pasa a 3.15</i>			
	Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo			(1)
	Me lo indicó el médico por un problema de salud mío			(2)
	Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a			(3)
	Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud (enfermera, puericultora, etc)			(4)
	Me lo aconsejó un familiar o conocido/a			(5)
	Quedé embarazada			(6)
	Era muy difícil amamantar y sostener mis otras tareas			(7)
	Mi leche no era buena			(8)
	El/la niño/a se quedaba con hambre			(9)
	Me quedé sin leche			(10)
	Tuve que salir a trabajar			(11)
	El/la niño/a dejó solo			(12)
	Era la edad a la que dejó el anterior			(13)
	El/la niño/a no aumentaba de peso			(14)
	El/la niño/a empezó a mordirme			(15)
	Se me lastimaron los pezones			(16)
	Quería evitar que se me deformara el cuerpo			(17)
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			(99)
3.10	¿El día de ayer (nombre)...			
		SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)
3.10.1	...tomó leche materna?			
3.10.2	...tomó líquidos como jugo, té, agua, etc?			
3.10.3	...tomó otro tipo de leche que no sea materna?			
3.10.4	...consumió algún alimento sólido o semisólido?			
3.11	Ahora le voy a consultar sobre algunas formas de amamantar a (nombre).			
PREGUNTA		SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)
3.11.1	¿Alguna otra mujer le da el pecho a (nombre)?			
3.11.2	¿Amamanta a (nombre) sólo en horarios pautados?			
3.11.3	¿Le ofrece usted el pecho cuando parece tener hambre sin importar el tiempo desde la toma anterior?			
3.12	En general, cada vez que le da el pecho a (nombre), usted... <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>			
	Controla el tiempo para decidir sacarlo del pecho o cambiarlo de lado			(1)
	Lo deja tomar aproximadamente 15 minutos por pecho			(2)
	Lo deja tomar hasta que suelta solo el pecho			(3)
	NS/NC			(9)

3.13	¿Se saca leche para alimentarlo/a en su ausencia, o para otros fines?		3.14	Cuando se saca leche, ¿en qué recipiente la conserva? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
			Frasco estéril comprado en farmacias	(1)		
	Sí	(1)	Biberón o mamadera	(2)		
	No	(2) <i>pasa a 3.15</i>	Bolsa plástica especial para conservar leche materna	(3)		
			Envase de otros alimentos como: frasco de yogur, mermelada, u otro que haya contenido alimentos	(4)		
			Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el uso de biberón o mamadera.						
3.15	Algún día de la semana pasada, ¿consumió el niño/a algún líquido (como agua, té, leche, leche materna, etc.) y/o algún alimento (como cereales, papillas, etc.) en biberón o mamadera?					
	Sí	(1)				
	No	(2) <i>pase a bloque 4</i>				
	NS/NC	(9) <i>pase a bloque 4</i>				
3.16	Ahora le voy a consultar sobre algunas formas de dar el biberón/mamadera al niño/a durante la última semana. ¿Usted o alguna de las personas que le dio el biberón/mamadera...					
PREGUNTA				SI (1)	NO (2)	NS /NC (9)
3.16.1 ... dejó al niño/a dormido en algún momento con el biberón/mamadera en la boca?						
3.16.2 ... alentó al niño/a a terminar el biberón/mamadera aunque no pareciera quererlo?						
3.17 En general, ¿qué hace cuando sobra leche que el niño/a no termina de tomar? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>						
La descarta				(1)		
La conserva en la heladera/freezer				(2)		
La conserva a temperatura ambiente				(3)		
Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>						

BLOQUE 4. SALUD DEL NIÑO/A									
Ahora le voy a preguntar por la salud del niño/a. Para responderme, puede ayudarse con una libreta de salud si la tiene.									
Encuestador/a: marque con una cruz si el encuestado/a trae la libreta sanitaria para seguir respondiendo									
Trae libreta : __									
4.1	¿La/o ha llevado a (nombre) al médico o al hospital para que le efectuaran controles de salud aún estando sano en los últimos 6 meses?					4.2	En total, ¿cuántas veces lo/a llevo al control en salud estando sano en los últimos 6 meses?		
	Sí		(1)			_____ Controles			
	No		(2) <i>pasa a 4.3</i>			NS/NC (999)			
	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.3</i>						
4.3	En los últimos 6 meses, algún miembro del equipo de salud diagnosticó alguna vez a (nombre) con ...								
	CONDICIÓN	SI (1)			NO (2)	NS/NC (9)		Si todas las respuestas son "NO" y/o NS/NC, pasa a 4.5	
	...diarrea?	<i>pregunta 4.4.1</i>							
	...otitis?	<i>pregunta 4.4.2</i>							
	...infección respiratoria?	<i>pregunta 4.4.3</i>							
	...desnutrición o bajo peso?	<i>pregunta 4.4.4</i>							
4.4.1	En esa ocasión, cuando diagnosticaron al niño/a con diarrea, usted, ¿suspendió o redujo en frecuencia la lactancia? <i>Sólo preguntar a quienes en 4.3 respondieron "si"</i>					4.4.2	En esa ocasión, cuando diagnosticaron a (nombre) con otitis, usted, ¿suspendió o redujo en frecuencia la lactancia? <i>Sólo preguntar a quienes en 4.3 respondieron "si"</i>		
	Sí		(1)			Sí		(1)	
	No		(2)			No		(2)	
	NS/NC		(9)			NS/NC		(9)	
4.4.3	En esa ocasión, cuando diagnosticaron a (nombre) con infección respiratoria, usted, ¿suspendió o redujo en frecuencia la lactancia? <i>Sólo preguntar a quienes en 4.3 respondieron "si"</i>					4.4.4	En esa ocasión, cuando diagnosticaron al niño/a con desnutrición o bajo peso, usted, ¿suspendió o redujo en frecuencia la lactancia? <i>Sólo preguntar a quienes en 4.3 respondieron "si"</i>		
	Sí		(1)			Sí		(1)	
	No		(2)			No		(2)	
	NS/NC		(9)			NS/NC		(9)	
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el uso del chupete.									
4.5.1	(nombre), ¿usa chupete?								
	Si		(1)						
	No		(2) <i>pasa a 4.5.7</i>						
4.5.2	¿Desde qué mes de vida usa chupete?					4.5.3	Usted o alguien que lo cuida, ¿moja el chupete con azúcar, miel, gaseosa, mermelada u otro alimento dulce?		
	_____ Mes					Sí		(1)	
	NS/NC		(99)			No		(2)	
4.5.4	¿Con que frecuencia (nombre) usa el chupete cuando está despierto?					4.5.5	¿Con que frecuencia (nombre) usa el chupete cuando duerme ?		
	Siempre		(1)			Siempre		(1)	
	A veces		(2)			A veces		(2)	
	Nunca		(0)			Nunca		(0)	
	NS/NC		(9)			NS/NC		(9)	

4.5.6	¿Cómo higienizan el chupete? <i>Seleccione todas las que correspondan</i>		4.5.7	(Nombre), ¿se chupa el dedo?	
	Lo lavamos con agua	(1)		Siempre	(1)
	Lo lavamos con jabón/detergente	(2)		A veces	(2)
	Lo hervimos	(3)		Solo para dormir	(3)
	Usamos un esterilizador	(4)		Nunca	(0)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el consumo de hierro y vitaminas.					
4.6 HIERRO			4.7 VITAMINAS		
4.6.1	¿Tomó el niño/a alguna vez suplementos de hierro?		4.7.1	¿Tomó el niño/a alguna vez vitaminas?	
	Sí	(1) <i>pasa a 4.6.2</i>		Sí	(1) <i>pasa a 4.7.2</i>
	No	(2) <i>pasa a 4.7.1</i>		No	(2) <i>pasa a 4.8</i>
	NS/NC	(9) <i>pasa a 4.7.1</i>		NS/NC	(9) <i>pasa a 4.8</i>
4.6.2	¿A qué edad comenzó a tomarlo?		4.7.2	¿A qué edad comenzó a tomarlas?	
	_____ meses			_____ meses	
	NS/NC	(99)		NS/NC	(99)
4.6.3	¿Lo toma actualmente?		4.7.3	¿Las toma actualmente?	
	Sí	(1)		Sí	(1)
	No	(2) <i>pasa a 4.6.5</i>		No	(2) <i>pasa a 4.7.5</i>
	NS/NC	(9) <i>pasa a 4.7.1</i>		NS/NC	(9) <i>pasa a 4.8</i>
4.6.4	¿Cuántas veces por semana lo toma?		4.7.4	¿Cuántas veces por semana las toma?	
	_____ veces por semana <i>pasa a 4.7.1</i>			_____ veces por semana <i>Pasa a 4.8</i>	
4.6.5	¿Cuáles fueron los motivos por los que dejó de darle hierro? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		4.7.5	¿Cuáles fueron los motivos por los que dejó de darle vitaminas? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>	
	Me lo aconsejó el médico	(1)		Me lo aconsejó el médico	(1)
	Le hacía mal/lo rechazaba	(2)		Le hacía mal/lo rechazaba	(2)
	Costaba conseguirlo en el centro de salud/salita/hospital	(3)		Costaba conseguirlo en el centro de salud/salita/hospital	(3)
	Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i> <i>pasa a 4.7.1</i>			Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>	
Ahora le voy a realizar un par de preguntas sobre la vida cotidiana del niño/a.					
<i>Sólo preguntar a niños a partir de los 6 meses cumplidos.</i>					
4.8	Tomando como referencia la semana pasada, ¿cuántos minutos/horas por día estima que (nombre) estuvo frente a pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc? <i>Sume la totalidad de horas y minutos frente a pantallas tanto en la noche como en el día, tanto durante la semana como en el fin de semana. Si reporta horas completas, en "minutos" consigne "cero". Utilice para el cálculo el cuadro resumen del manual de capacitación.</i>				
_____, _____ <i>Registrar el numero entero las horas y con decimal los minutos</i>					
Horas Minutos					
NS/NC (999)					
4.9	Tomando como referencia una semana normal (sin viajes, enfermedad, etc), incluyendo la noche y las siestas, ¿cuántas horas estima que (nombre) duerme en promedio por día?				
	Menos de 8 horas		(1)		
	Entre 8 y 15 horas		(2)		
	Más de 15 horas		(3)		
	NS/NC		(9)		

BLOQUE 5. PREVALENCIA DE CELIAQUÍA					
Sólo preguntar a niños a partir de los 6 meses cumplidos.					
5.1	Alguna vez, (nombre) ¿ha sido diagnosticado/a con celiacía?		5.2	Para el diagnostico de celiacía, ¿le han realizado una biopsia, es decir, un estudio que consiste en la toma de una muestra intestino delgado utilizando anestesia?	
	Sí	(1)		Sí	(1)
	No	(2) <i>pasa a bloque 6</i>		No	(2)
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 6</i>		NS/NC	(9)
5.3	¿Sigue (nombre) la dieta especial para celiacía?		5.4	Desde que (nombre) fue diagnosticado/a, ¿con qué frecuencia ha recibido asistencia alimentaria por celiacía?	
	Sí	(1)		En forma continua	(1)
	No	(2)		No todos los meses	(2)
	NS/NC	(9)		Estamos tratando de gestionarla	(3) <i>pasa a bloque 6</i>
				Nunca recibimos asistencia	(0) <i>pasa a bloque 6</i>
				NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 6</i>
5.5	¿Cuál de las siguientes asistencias alimentarias por celiacía han recibido para (nombre)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>				
	Cobertura provista por la Obra Social o Prepaga			(1)	
	Tarjeta para compra de alimentos provista por el Estado			(2)	
	Módulo de alimentos provisto por el Estado			(3)	
	Otra, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>				
BLOQUE 6. HABITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD					
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los momentos en que (nombre) come.					
Sólo preguntar a niños a partir de los 6 meses cumplidos.					
6.1	¿Con qué frecuencia (nombre) come acompañado/a?		6.2	¿Con qué frecuencia le hablan a (nombre) durante las comidas?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Casi siempre	(2)		Casi siempre	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
6.3	Mientras (nombre) come, ¿con qué frecuencia mira pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc?		6.4	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten agarrar la comida solo/a?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Casi siempre	(2)		Casi siempre	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)

6.5	Cuando le sirven la comida a (nombre), ¿con qué frecuencia lo hacen en un plato aparte con su porción?		6.6	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten comer hasta que se muestra satisfecho/a (aunque parezca que comió poco o demasiado)?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
6.7	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le hacen algún tipo de juego (por ejemplo: “el avioncito”, “una por mamá”, etc.) para distraerlo y que coma más?		6.8	¿Con qué frecuencia premian a (nombre) cuando consideran que comió bien (con gaseosa, golosinas, juguetes u otras cosas)?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
6.9	¿Con qué frecuencia considera como placentero el momento de la comida de (nombre)?		6.10	En su opinión, la mayoría de las veces, el niño acostumbra a comer una cantidad de comida...	
	Nunca	(0)		... mayor a lo que necesita	(1)
	Algunas veces	(1)		... adecuado a lo que necesita	(2)
	Frecuentemente	(2)		... menor de lo que necesita	(3)
	Siempre	(3)		NS/NC	(9)
	NS/NC	(9)			

BLOQUE 7. HISTORIA ALIMENTARIA					
7.1	<p>Ahora le voy a nombrar algunos alimentos y bebidas. Le pido por favor que me indique uno por uno si alguna vez (nombre) los probó, y en ese caso, cuántos meses tenía cuando lo hizo.</p> <p>Es probable que en el recordatorio de 24 horas usted ya los haya mencionado, pero ahora queremos saber el momento en que cada alimento es ofrecido a los niños.</p> <p><i>Para aquellos alimentos o leches que hayan aparecido en el R24H, marcar directamente el "sí" y consultar sobre la edad de incorporación. Si el/la encuestado/a refiere que el niño/a NO probó nunca ningún alimento ni leche diferente a la materna, pase a Bloque 8.</i></p>				
ALIMENTO/BEBIDA		¿Lo probó?			Edad a la que fue incorporado (meses) (NS/NC usar 99)
		SI (1)	NO (2)	NS/NC (99)	
Frutas y verduras					
Puré de verduras cocidas					
Espinaca o acelga					
Puré de frutas					
Otras frutas o verduras crudas o ralladas					
Carnes y huevos					
Huevos (de gallina, codorniz, etc)					
Carne vacuna					
Pollo					
Pescado					
Hígado					
Morcilla					
Otras carnes					
Cereales, legumbres, papa, pan y pastas					
Legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, etc.)					
Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten					
Arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten					
Papillas listas para comer					
Pan o galletitas saladas					
Galletitas dulces					
Leche y yogur					
Yogur					
Leche diferente de la materna					
Dulces y grasas					
Helado					
Postres lácteos envasados					
Miel					
Golosinas					
Bebidas					
Gaseosa (común o light)					
Agua					
Té					
Jugo de frutas frescas casero					
Jugo de frutas industrial					
Jugo de frutas para diluir, polvo o líquido (común o light)					
Otros					
Sal					
Aceite					
¿Otro alimento que no hayamos mencionado? (especificar nombre y edad en meses en el que fue consumido)					
<p><i>Si la madre responde que NO le dio ningún alimento/bebida al niño/a o que SOLO le dio alguna leche diferente a la materna, pasa a bloque 8.</i></p>					

7.2	¿Cuál fue el/los motivos para empezar a darle a (nombre) alimentos/bebidas? <i>No lea las opciones al entrevistado y marque todas las que correspondan según el relato.</i>	
	Me lo indicó el médico	(1)
	Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud	(2)
	El niño/a lo necesita por una cuestión de salud	(3)
	Me lo aconsejó un familiar o conocido/a	(4)
	Fue iniciativa mía o de algún cuidador	(5)
	El niño/a tomaba <i>demasiado</i> pecho/leche	(6)
	Parecía muy interesado en lo que comemos los adultos	(7)
	Una vez probamos darle y le gustó mucho	(8)
	Parecía tener mucho hambre todo el tiempo	(9)
	La madre no tenía suficiente leche	(10)
	El niño/a no aumentaba de peso	(11)
	No podíamos comprar leche para el niño/a	(12)
	El papá u otro adulto quería participar de la alimentación	(13)
	Para que duerma más a la noche	(14)
	NS/NC	(9)
Otro motivo, ¿cuál? <i>(completar con letra clara)</i> :		

BLOQUE 8. ENTREGA DE LECHE DE PROGRAMAS MATERNO-INFANTILES				
Ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre la leche que se entrega desde los programas Materno - Infantiles				
8.1	Durante el último mes, ¿recibió leche gratuita para (nombre) en alguna institución?			
	Sí		(1)	
	No		(2) <i>pasa a bloque 9</i>	
	NS/NC		(9) <i>pasa a bloque 9</i>	
8.2	¿Dónde se la entregaron? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		8.3	En el hogar, ¿quiénes consumen esa leche? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>
	Centro de Salud/salita/dispensario	(1)		El niño/a
	Hospital	(2)		Otros/as niño/as/as
	Vacunatorio	(3)		El papá
	NS/NC	(9)		La mamá
	Otro, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			Otras personas
8.4	En algún momento, alguien del equipo de salud, ¿le explicó cómo se preparaba esa leche?		8.5	¿La explicación le resultó clara?
	SI	(1)		SI
	NO	(2) <i>pasa a bloque 9</i>		NO
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 9</i>		NS/NC
				(9)

BLOQUE 9 ANTROPOMETRÍA

Ahora vamos a registrar algunas medidas suyas y del niño/a. Para eso necesitamos pesarla primero a usted y luego a usted sosteniendo al niño/a.

Para registrar su peso de la forma más adecuada, le pido que se saque la ropa de abrigo y el calzado. Para pesar al niño/a, le pido que le saque la ropa, y de ser posible el pañal.

Luego del peso, voy a tomar la talla de ambos y al niño/a también voy a medirle la cabeza.

Solo registrar el peso de la madre, en caso de que se trate de madre biológica. En caso contrario solo registrar los datos del niño/a.

Evaluar la cantidad de ropa a retirar en función de las condiciones climáticas y habitacionales.

9.1	Peso de la madre biológica		9.2	Peso del niño/a
	_____ Kg			_____ Kg
	<i>Incluir 3 decimales</i>			<i>Incluir 3 decimales</i>
	Especificar qué ropa tiene puesta la madre:			El peso del niño/a fue tomado...
				... sin ropa y sin pañal (1) <i>pasa a 9.3</i>
				... solo con pañal (2) <i>pasa a 9.3</i>
				... con ropa y pañal (3)
				Especificar qué ropa tiene puesta el niño/a:
9.3	En caso de haber tenido algún inconveniente para pesar al niño/a o a la madre, consigne qué sucedió			
			
			
			
			
			
			
			
			
9.4	Talla de la madre biológica		9.5	Talla del niño/a
	_____ centímetros			_____ centímetros
	<i>Incluir 3 decimales</i>			<i>Incluir 3 decimales</i>
9.6	En caso de haber tenido algún inconveniente para medir al niño/a o a la madre, consigne qué sucedió			
			
			
			
			
			
			
			
			
9.7	Perímetro cefálico del niño/a			
	_____ centímetros			
	<i>Incluir 1 decimal</i>			

¡Muchas gracias por su participación en esta encuesta!