



# SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD Y NUTRICIÓN – SIVESNU 2017

## CUESTIONARIO DE MUJER EN EDAD FERTIL (MEF)

ETIQUETA  
DE HOGAR  
GHCUESXX

ETIQUETA  
DE MUJER  
GWCUESXX

### IDENTIFICACIÓN:

Paquete

# del hogar seleccionado (de 01 a 30)

NÚMERO CORRELATIVO DE BOLETA \_\_\_\_\_

Número de línea y nombre de la mujer seleccionada (A029 de cuestionario de hogar)

NOMBRE DE LA MUJER SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				(*) Código resultado
<b>A001.</b> Número de la Visita	1	2	3	01- COMPLETA 02- MEF SELECCIONADA AUSENTE 03- POSPUESTA 04- RECHAZO de MEF SELECCIONADA 05- PARCIALMENTE COMPLETA 06- MEF INCAPACITADA 07- RASTREO 08- COMPLETA POR RASTREO 09- RASTREO INCOMPLETO 96- OTRO _____ (ESPECIFIQUE)
Código de Entrevistador(a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>A002.</b> Fecha de la visita:				
Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>A003.</b> Hora inicial	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	
(MEF)	Min. <input type="text"/>	Min. <input type="text"/>	Min. <input type="text"/>	
<b>A004.</b> Hora final	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	
(MEF)	Min. <input type="text"/>	Min. <input type="text"/>	Min. <input type="text"/>	
<b>A005.</b> Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INDICADORES PARA PARCIALMENTE COMPLETA			
<input type="checkbox"/> Talla	<input type="checkbox"/> Peso	<input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Cadera
<input type="checkbox"/> Sangre Venosa	<input type="checkbox"/> Orina	<input type="checkbox"/> Presión	

<b>A006.</b> IDIOMA DE LA ENTREVISTA	<input type="text"/>	<b>A007.</b> USO DE INTERPRETE 1=SI 2=NO	<input type="text"/>	<b>A008.</b> IDIOMA MATERNO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
01 Español	02 Kaqchikel	03 Queqchi	04 K'iche	05 Mam	06 Poqomchi	07 Tzu'utujil
09 Chorti	10 Pocomam	11 Ixil	12 Popti	13 Jacalteco	14 Aguacateco	96 Otro _____

VISITA FINAL			
	Código	Nombre	
<b>A009.</b> Encuestador(a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>A010.</b> Supervisor(a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>A012.</b> Supervisor(a) General	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
B001	¿En qué mes y año nació usted?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 98.8888
B002	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 98
SUME AÑO EN B001 Y EDAD EN B002, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN 2017, EL TOTAL TIENE QUE SER <b>2017</b> SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2017, EL TOTAL TIENE QUE SER <b>2016</b> . SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15-49 AÑOS, <u>TERMINE LA ENTREVISTA</u> Y SELECCIONE OTRA MUJER.		
B003	GRUPO ÉTNICO (OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTADORA)	INDÍGENA..... 01 LADINA ..... 02 OTRO ..... 96 (ESPECIFICAR)
B004	¿Usted, cómo se considera, indígena, ladina, o de otra etnia?	INDÍGENA..... 01 LADINA ..... 02 OTRO ..... 96 (ESPECIFICAR)

C. DIVERSIDAD DE LA DIETA DE LAS MUJERES			
Ahora le voy a preguntar por varios tipos de comida. Quiero saber solamente lo que Ud comió, <u>no</u> le voy a preguntar de los otros miembros de la familia.			
Nº	NOMBRE DEL ALIMENTO	C001. ¿Usted comió ayer durante el día y la noche, dentro o fuera de su hogar (Pregunte por cada comida).....?	C002. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días usted consumió (Pregunte por cada comida)?
A	Maíz (tortillas, tamales, 'chuchitos', atoles hechos de maíz), avena, pan, arroz, tortillas, spaguetti, toda variedad de fideos u otras comidas hechas de granos?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
B	Papas blancas, malanga, yuca, ichintal o cualquier otro alimento que proviene de raíces, y musáceas como plátanos?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
C	Leguminosas (frijoles, arvejas, lentejas, habas)?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
D	Nueces y semillas (cualquier nuez de árbol, manías, pastas o mantequillas de semillas o nueces).	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

### C. DIVERSIDAD DE LA DIETA DE LAS MUJERES

Ahora le voy a preguntar por varios tipos de comida. Quiero saber solamente lo que Ud comió, no le voy a preguntar de los otros miembros de la familia.

<b>E</b>	Leche y productos lácteos (queso, crema, yogurt u otros productos derivados de la leche)?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>F</b>	Carne de órganos (hígado, riñón, corazón u otras vísceras)?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>G</b>	Cualquier carne como res, cerdo, cordero, cabra, carnes de monte, pollo, o pato?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>H</b>	Pescado fresco o seco, conchas o mariscos?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>I</b>	Huevos?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>J</b>	Hojas/hierbas color verde oscuro como macuy, bledo, espinacas, y acelga?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>K</b>	Vegetales, raíces y tubérculos ricos en Vitamina A (güicoy sazón, ayote, zanahoria, camote u otra verdura amarilla o anaranjada)?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>L</b>	Frutas ricas en Vitamina A (mango maduro, papaya, o mamey)?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>M</b>	Alguna otra verdura?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>N</b>	Alguna otra fruta?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>O</b>	Larvas, caracoles o insectos?	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>P</b>	Comidas hechas con aceite de palma o salsa de pulpa de palma? <b>VER ENVASE</b>	SÍ .....01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

C. DIVERSIDAD DE LA DIETA DE LAS MUJERES			
Ahora le voy a preguntar por varios tipos de comida. Quiero saber solamente lo que Ud comió, <u>no</u> le voy a preguntar de los otros miembros de la familia.			
<b>Q</b>	Comidas preparadas con aceites (no aceite de palma), grasas, manteca, mayonesa, margarina o mantequilla, todas las grasas de origen animal?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>R</b>	'Snacks' salados y fritos ('papalinas', papas fritas, masa frita, chicharrines, u otros 'snacks' fritos), comida 'chatarra'?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>S</b>	Comida dulce (chocolate, dulces, pastel, galletas, helado, postres)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>T</b>	Bebidas azucaradas (jugos de fruta con azúcar agregada, gaseosas, bebidas de chocolate y malta, bebidas de yogurt, café o té con azúcar)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>U</b>	Condimentos para sabor como chiles, especias, hierbas, ketchup, mostaza, o pasta de tomate?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>V</b>	Otras bebidas y comida (té o café sin azúcar, alcohol, consomé claro preparado, aceitunas, pepinillos o similar)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>W</b>	Consomés de bote, sobre o cubito, sopas (instantánea de bote y de sobre)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

D. ALIMENTOS FORTIFICADOS CONSUMIDOS POR LA MUJER			
Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en su casa			
Nº	NOMBRE DEL ALIMENTO	A. ¿El día de ayer, durante el día o la noche, Ud consumió (NOMBRE ALIMENTO)?	B. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días usted consumió (NOMBRE ALIMENTO)?
<b>D001</b>	PAN DULCE/PAN DE MANTECA O TOSTADO (CHAMPURRADAS U HOJALDRAS), ETC?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>D002</b>	PAN DESABRIDO (FRANCES, PIRUJO O RODAJA)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
<b>D003</b>	ALIMENTOS PREPARADOS EN CASA CON HARINA DE TRIGO COMO PASTELES, GALLETAS, TORTILLAS, MAGDALENAS, EMPANADAS O PARA ESPESAR COMIDAS?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

## D. ALIMENTOS FORTIFICADOS CONSUMIDOS POR LA MUJER

**Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en su casa**

<b>D004</b>	ALIMENTOS PREPARADOS EN CASA CON HARINA DE MAÍZ, COMO TAMALITOS, TORTILLAS, ATOLES, O PARA ESPESAR COMIDAS?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D005</b>	JUGOS O BEBIDAS ENVASADAS O ENLATADAS?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D006</b>	REFRESCO PREPARADO EN CASA CON AZUCAR INCORPORADA, COMO TANG, TOKI, YUS?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D007</b>	<b>SI CONSUMEN AZUCAR MORENA EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZUCAR MORENA?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D008</b>	<b>SI CONSUMEN AZUCAR ESTANDAR (NORMAL) EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZUCAR ESTANDAR (NORMAL)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D009</b>	<b>SI CONSUMEN AZUCAR BLANCA (REFINADA) EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZUCAR BLANCA (REFINADA)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D010</b>	<b>SI CONSUMEN SAL GRUESA/GRANUDA EN LA CASA:</b> ALIMENTO PREPARADO CON SAL GRUESA/GRANUDA?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D011</b>	<b>SI CONSUMEN SAL FINA/DE MESA EN LA CASA:</b> ALIMENTO PREPARADO CON SAL FINA/DE MESA (REFINADA)?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D012</b>	<b>SI CONSUMEN SAL PARA GANADO/ANIMALES EN LA CASA:</b> ALIMENTO PREPARADO CON SAL PARA GANADO/ANIMALES	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D013</b>	ATOL DE INCAPARINA O COMIDAS PREPARADAS CON INCAPARINA?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9
<b>D014</b>	ATOL DE VITACEREAL O COMIDAS PREPARADAS CON VITACEREAL O ALGÚN ALIMENTO COMPLEMENTARIO FORTIFICADO?	SÍ .....01 NO .....02 NO CONSUMEN .....88 NS/NR .....98	Número de días: _____ No consumi...0 No sabe.....9

E. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
E000	¿En los últimos 12 meses, afectó la enfermedad de Zika sus planes para quedar embarazada?	SI, decidí no quedar embarazada.....01 NO, no cambié mis planes de tener un hijo.....02 NO APLICA, no planeaba tener un hijo en últimos 12 meses.....99 No sabe lo que es Zika/No Responde.....98
E001	¿Está usted actualmente embarazada?	SI .....01 NO.....02 <b>PASE A E004</b> NO SABE.....98 <b>PASE A E004</b>
E001a	¿Le ha hablado la persona que la está atendiendo por su embarazo sobre cómo prevenir la infección por Zika durante su embarazo?	SI .....01 NO.....02 NO SABE.....98 NO APLICA (No ha ido a control).....99
E002	En este embarazo, ¿Quería Ud. quedar embarazada, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERIA ENTONCES..... 01 <b>PASE A E003</b> QUERIA ESPERAR MÁS TIEMPO ..... 02 NO QUERIA..... 03 NO SABE ..... 98 <b>PASE A E003</b>
E002a	¿Afectó la posibilidad de tener infección por Zika su deseo de esperar o de no quedar embarazada?	SI .....01 NO.....02 NO SABE.....98
E003	¿Es su primer embarazo? (Incluye embarazos que no resultaron en un hijo nacido vivo)	SI ..... 01 <b>PASE A G001</b> NO .....02 <b>PASE A E005</b>
E004	¿Alguna vez ha estado embarazada? (Incluye embarazos que no resultaron en un hijo nacido vivo)	SI.....01 NO ..... 02 <b>PASE A G001</b>
E005	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>
E006	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que actualmente están vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>
E007	¿Tuvo Ud., hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SÍ.....01 NO .....02 <b>PASE A E009</b>
E008	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>
E009	¿Tuvo hijos/as que nacieron muertos después de que tuviera <b>seis meses de embarazo (mortinato)</b> ?	SÍ.....01 NO .....02 <b>PASE A E014</b>
E010	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos nacidos muertos?	Nº DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input type="text"/>
E011	¿Presentó el (los) niño(s) algún (os) signos de vida? ¿Por ejemplo respiró o lloró?	SÍ.....01 NO .....02 <b>PASE A E012</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES "SÍ", CORRIJA LAS PREGUNTAS E007, E008, E009, Y E010.</b> <b>EXPLIQUE A LA MUJER: PARA NUESTRO ESTUDIO, QUEREMOS INCLUIR ESTE(OS) NIÑO(S) COMO NACIDO(S) VIVO(S)</b>		

<b>E012</b>	¿En qué mes y año tuvo su último hijo nacido muerto?	<div>Mes ..... <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>Año ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>NS/NR..... 98.8888</div>
SI EN PREGUNTA <b>E010</b> REPORTÓ SÓLO 1 MORTINATO PASE A PREGUNTA <b>E014</b>		

E. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
E013	¿En qué mes y año tuvo su penúltimo nacido muerto?	Mes ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Año ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR .....      98.8888	
E014	Hay mujeres que pierden sus hijos antes de cumplir su sexto mes de embarazo, ¿Ha perdido Ud. algún hijo <b>antes de que tuviera seis meses de embarazo?</b> (abortos)	Sí .....01 NO .....02 <b>PASE A E016</b>	
E015	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud.?	Nº DE PERDIDAS ..... <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA .....      9	
E016	<b>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS E005C, E006C Y E008C</b> <b>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE:</b> ¿Ud. ha tenido, en total, _____ hijos nacidos vivos?	TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA (E005C) <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL HIJOS FUERA DE CASA (E006C) <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON (E008C) <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<b>SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS</b> <b>(SI ES '00' PASE A G001)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>



## E. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

**Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido no adoptados o que sean hijos solo de su esposo, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el último. (NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS DESDE 2002).**

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)

- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE

No. de Línea	<b>E017.</b> ¿Qué nombre le puso?	<b>E018.</b> ¿Hombre o mujer?	<b>E019.</b> ¿En qué fecha nació? SI NACIÓ ANTES DE 2002 PASE A E022	<b>E020.</b> ¿Está vivo (a)?	<b>E021.</b> ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES 1 MES Y MENOR DE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS
01.	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI..... 1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b> NO..... 2	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
02.	<b>PENÚLTIMO</b> Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI..... 1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b> NO..... 2	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
03.	<b>ANTEPENULTIMO</b> Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI..... 1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b> NO..... 2	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
04.	<b>4 ANTERIOR</b> Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI..... 1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b> NO..... 2	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
05.	<b>5 ANTERIOR</b> Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI..... 1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b> NO..... 2	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>

E. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS					
No. de Línea	E017. ¿Qué nombre le puso?	E018. ¿Hombre o mujer?	E019. ¿En qué fecha nació?  SI NACIÓ ANTES DE 2002 PASE A E022	E020. ¿Está vivo (a)?	E021. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES 1 MES Y MENOR DE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS
06.	<b>6 ANTERIOR</b>  Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/>  MES ..... <input type="text"/>  AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI.....1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b>  NO.....2	DIAS..... 1 <input type="text"/>  MESES..... 2 <input type="text"/>  AÑOS..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
07.	<b>7 ANTERIOR</b>  Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/>  MES ..... <input type="text"/>  AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI.....1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b>  NO.....2	DIAS..... 1 <input type="text"/>  MESES..... 2 <input type="text"/>  AÑOS..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
08.	<b>8 ANTERIOR</b>  Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/>  MES ..... <input type="text"/>  AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI.....1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b>  NO.....2	DIAS..... 1 <input type="text"/>  MESES..... 2 <input type="text"/>  AÑOS..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
09.	<b>9 ANTERIOR</b>  Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/>  MES ..... <input type="text"/>  AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI.....1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b>  NO.....2	DIAS..... 1 <input type="text"/>  MESES..... 2 <input type="text"/>  AÑOS..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>
10.	<b>10 ANTERIOR</b>  Nombre:	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/>  MES ..... <input type="text"/>  AÑO <input type="text"/> <b>AÑO &lt; 2002 PASE A E022</b>	SI.....1- v <b>PASE A SIG. NIÑO</b>  NO.....2	DIAS..... 1 <input type="text"/>  MESES..... 2 <input type="text"/>  AÑOS..... 3 <input type="text"/> <b>PASE A SIG. NIÑO</b>

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>E022</b>	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primer hijo (nacimiento)?	EDAD ..... <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 98

F. SALUD MATERNA E INFANTIL				
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
F000	VEA E019 SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO NACIÓ EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	NIÑO MENOR DE 60 MESES.....01 NIÑO MAYOR O IGUAL A 60 MESES....02 --> <b>PASE A G001</b>		
F001	VEA E019 CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
VER EN E017 Y ANOTE EN F002 Y EN F003 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA (E017 y E020) DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS				
PREGUNTAS		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
F002	NUMERO DE LINEA DEL NIÑO (VER E019 DE SECCIÓN E DE ESTE FORMULARIO )	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
NOMBRE:				
F003	ESTÁ VIVO (VER E020 DE SECCIÓN E DE ESTE FORMULARIO)	SI.....01 NO.....02	SI.....01 NO.....02	SI.....01 NO.....02
F004	Quando quedó embarazada de (NOMBRE), ¿Quería Ud. tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERIA ENTONCES.....01 QUERIA ESPERAR.....02 NO QUERIA MAS HIJOS.....03	QUERIA ENTONCES.....01 QUERIA ESPERAR.....02 NO QUERIA MAS HIJOS.....03	QUERIA ENTONCES.....01 QUERIA ESPERAR.....02 NO QUERIA MAS HIJOS.....03
F004a	En el embarazo de (NOMBRE), cree usted que el bebé podía escucharla y sentirla desde su vientre?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98		
F004b	En el embarazo de (NOMBRE), cree usted que era importante tener una comunicación con su hijo desde ese momento? (cantándole, hablándole, acariciando su estómago, etc..?)	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98		
F005	¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI .....01 NO .....02-->F018	SI .....01→ F008 NO .....02--> F018	SI .....01→ F008 NO .....02--> F018
F006	¿Dónde se hizo el control la primera vez? HOSPITAL PUBLICO .....01 CENTRO DE SALUD.....02 PUESTO DE SALUD.....03 CENTRO ATENCION CAIMI.....04 MATERNIDAD CANTONAL.....05 CENTRO ATENCION PARTO CAPS.....06 CENTRO COMUNITARIO.....07 IGSS .....08 HOSPITAL PRIVADO .....09 CLINICA PRIVADA .....10 APROFAM .....11 CASA .....12 OTRO .....88 NO SABE/NO RESPONDE.....99	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código		
F007	¿Quién o quienes la controlaron durante su embarazo de (NOMBRE)?  INDAGUE  ¿Alguien más?  (SELECCIÓN MULTIPLE)	MEDICO.....A ENFERMERA .....B COMADRONA CAT.....C COMADRONA EMPIRICA.....D COMADRONA NO ESPECIFICADA.....E OTRO (ESPECIFIQUE) .....F		
F008	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue al primer control del embarazo de (NOMBRE)? ESCRIBA EL TIEMPO DE GESTACION EN LA CAJA ASI: SEMANAS' SI TIEMPO ES DE 1-8 SEMANAS, MESES' SI TIEMPO ES MAYOR DE 2 MESES	SEMANAS.....1 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> MESES.....2 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NO SABE.....988	SEMANAS.....1 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> MESES.....2 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NO SABE.....988	SEMANAS.....1 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> MESES.....2 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NO SABE.....988

<b>F008A</b>	En total, ¿Cuántos controles tuvo durante el embarazo de <b>(NOMBRE)?</b>	Nº DE CONTROLES <input type="text"/> NO RECUERDA.....98 <b>PASE A LA PROXIMA PÁGINA</b>	Nº DE CONTROLES <input type="text"/> NO RECUERDA.....98 <b>PASE A F018</b>	Nº DE CONTROLES <input type="text"/> NO RECUERDA.....98 <b>PASE A F018</b>
--------------	---	---	--	--

## F. SALUD MATERNA E INFANTIL

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR								
<b>F009</b> ¿Tiene usted carné de control prenatal de su embarazo de <b>(NOMBRE)?</b>  SI TIENE EL CARNÉ, PIDA QUE SE LO MUESTRE Y COPIE EL NÚMERO DE CONTROLES ANOTADOS, LOS SUPLEMENTOS QUE LE FUERON ENTREGADOS Y VACUNAS APLICADAS.	SI, CARNÉ VISTO.....01 SI, CARNÉ NO VISTO.....02 > <b>F012</b> NO.....03 > <b>F012</b> NUNCA LE HAN DADO.....04 > <b>F012</b> NO SABE..... 98 > <b>F012</b>										
<b>F010</b> COPIE DEL CARNÉ EL NÚMERO DE CONTROLES	N° DE CONTROLES <u>      </u>										
<b>F011</b> ANOTE SI EN EL CARNÉ EXISTE INFORMACION SOBRE SUPLEMENTOS VITAMINICOS: SI LA MUJER TIENE CARNÉ COPIE LA INFORMACIÓN DE SUPLEMENTOS Y DE VACUNAS EN LAS PREGUNTAS CORRESPONDIENTES ( <b>F012, F017, F029</b> ); SI NO TIENE, PROCEDA A HACER CADA UNA DE LAS PREGUNTAS.	SI .....01 NO .....02										
<b>F012</b> Durante el embarazo de <b>(NOMBRE)</b> , ¿Tomó algo de lo siguiente al menos una vez?  MOSTRAR EJEMPLOS DE SUPLEMENTOS ENTREGADOS POR EL MSPAS ]  Sulfato ferroso/hierro?.....  Acido fólico?.....  Pastillas prenatales/multivitaminas?.....	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>SI</u></td><td style="text-align: center;"><u>NO</u></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">02</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">02</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">02</td></tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>SI TODAS LAS RESPUESTAS SON 'NO', PASE A F014</b></p>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	01	02	01	02	01	02		
<u>SI</u>	<u>NO</u>										
01	02										
01	02										
01	02										
<b>F013</b> ¿Quién se las dio?  INDAGUE:  ¿Alguien más le dio sulfato ferroso/hierro, ácido fólico o pastillas prenatales?  <b>SELECCIÓN MÚLTIPLE</b>	MEDICO..... A ENFERMERA..... B PROMOTOR DE SALUD..... C VIGILANTE DE SALUD..... D COMADRONA CAT..... E COMADRONA EMPIRICA..... F COMADRONA NO ESPECIFICADA..... G FARMACEUTICO..... H ELLA MISMA..... I OTRO (ESPECIFIQUE)..... J										
<b>F014</b> ¿Le aconsejó alguien lo que debía comer cuando estuvo embarazada de <b>(NOMBRE)?</b>	SI.....01  NO.....02 >> <b>F016</b>  NO SABE.....98 >> <b>F016</b>										
<b>F015</b> ¿Quién le aconsejó?  INDAGUE:  ¿Alguien más le aconsejó qué debía comer cuando estuvo embarazada de <b>(NOMBRE)?</b>  <b>SELECCIÓN MÚLTIPLE</b>	MEDICO..... A ENFERMERA..... B PROMOTOR DE SALUD..... C VIGILANTE DE SALUD..... D COMADRONA CAT..... E COMADRONA EMPIRICA..... F COMADRONA NO ESPECIFICADA..... G FARMACEUTICO..... H ELLA MISMA..... I OTRO (ESPECIFIQUE)..... J										

## F. SALUD MATERNA E INFANTIL

PREGUNTAS		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
<b>F016</b>	Durante el embarazo de (NOMBRE) , ¿Alguna vez:  Le midieron la presión arterial?.....  Le hicieron un examen de orina? .....  Le hicieron un examen de sangre?.....	<u>SI</u> <u>NO</u>  01      02  01      02  01      02		
<b>F017</b>	¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE)?    CONSULTE EL CARNÉ SI TIENE	NÚMERO DE VACUNAS  CARNÉ 1. ____  MADRE 2. ____  NO SABE 988		
<b>F018</b>	¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)...?  HOSPITAL PUBLICO .....01 CENTRO DE SALUD .....02 PUESTO DE SALUD .....03 CENTRO ATENCION CAIMI.....04 MATERNIDAD CANTONAL .....05 CENTRO ATENCION PARTO CAPS .....06 CENTRO COMUNITARIO .....07 IGSS .....08 HOSPITAL PRIVADO .....09 CLINICA PRIVADA .....10 APROFAM .....11 CASA .....12 OTRO (espe).....96 NO SABE/NO RESPONDE.....98	_____ Código	_____ Código	_____ Código
<b>F019</b>	¿Quién le atendió el parto? NADIE.....01 MEDICO.....02 ENFERMERA.....03 AUX. ENFERMERIA .....04 COMADRONA CAT .....05 COMADRONA EMPIRICA.....06 COMADRONA NO ESPECIFICADA.....07 FAMILIAR / AMIGA.....08 OTRO (espe).....96 NO SABE .....98	_____ Código	_____ Código	_____ Código
<b>F020</b>	¿El parto de (NOMBRE) fue normal (vaginal), por cesárea programada, o cesárea de emergencia?	NORMAL (VAGINAL) ..... 01 CES.PROGRAMADA .....02 CES.EMERGENCIA.....03	NORMAL (VAGINAL).....01 CES.PROGRAMADA.....02 CES.EMERGENCIA.....03	NORMAL (VAGINAL).....01 CES.PROGRAMADA.....02 CES.EMERGENCIA.....03
<b>F022</b>		<b>SI EL PENÚLTIMO NACIÓ A PARTIR DE 2012 REGRESE A F004</b>	<b>SI EL TERCERO ANTERIOR NACIÓ A PARTIR DE 2012 REGRESE A F004</b>	<b>PASE A F023</b>

F. SALUD MATERNA E INFANTIL		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>SI HAY MÁS DE UN HIJO / HIJA NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DÍGALE A LA ENTREVISTADA:</b> <b>“Ahora pasaremos a hablar de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO)”.</b>		
<b>F023</b>	¿Pesaron a <b>(NOMBRE)</b> en el momento de nacer o en los primeros 7 días después del parto?	SI..... 01 NO..... 02-> <b>F026</b> NS/NR..... 98-> <b>F026</b>
<b>F024</b>	¿Cuánto pesó <b>(NOMBRE)</b> ?  <b>PIDA EL CARNÉ DE SALUD Y COPIE EL PESO DEL CARNÉ SI LA MADRE PUEDE DÁRSELO.</b> <b>SI NO TIENE, PREGÚNTELE CUÁNTO PESÓ A LA MADRE.</b>	LIBRAS      ONZAS  CARNÉ 1. ____   ____ } <b>SI &gt; 5 LBS. CON 8 OZ. PASE A F026</b> MADRE 2. ____   ____ } NO SABE 9. 88 88
<b>F025</b>	¿Alguien le indicó que tenía bajo peso cuando nació? [MENOS DE 5 LIBRAS CON 8 ONZAS (< 2500 GRAMOS)]	SI ..... 01 NO ..... 02 NO SABE/NO RESPONDE ..... 98
<b>F026</b>	¿Tuvo usted algún control después del parto de <b>(NOMBRE DEL ÚLTIMO)</b> ?	SI ..... 01 NO ..... 02 <b>PASE F029</b> NS/NR ..... 98 <b>PASE F029</b>
<b>F027</b>	¿Cuánto tiempo después del parto de <b>(NOMBRE)</b> tuvo su primer control?	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR ..... 988
<b>F028</b>	¿Dónde tuvo este primer control?	HOSPITAL PUBLICO .....01 CENTRO DE SALUD .....02 PUESTO DE SALUD .....03 CENTRO ATENCION CAIMI.....04 MATERNIDAD CANTONAL.....05 CENTRO ATENCION PARTO CAPS .....06 CENTRO COMUNITARIO .....07 IGSS .....08 HOSPITAL PRIVADO .....09 CLINICA PRIVADA .....10 APROFAM .....11 CASA DE COMADRONA .....12 OTRO (espe).....96 NO SABE/NO RESPONDE.....98
<b>F029</b>	¿Después de que nació <b>(NOMBRE)</b> , tomó usted sulfato ferroso/hierro, ácido fólico o vitaminas prenatales?  <b>MOSTRAR EJEMPLOS DE SUPLEMENTOS ENTREGADOS POR EL MSPAS</b>	<div style="text-align: right;"><b>SI NO</b></div> SULFATO FERROSO .....01 02 ACIDO FOLICO .....01 02 PRENATALES/MULTIVITAMINAS .....01 02 <b>SI TODAS LAS RESPUESTAS SON 'NO', PASE A F031</b>

F. SALUD MATERNA E INFANTIL			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
<b>F030</b>	¿Quién se los dio?  INDAGUE:  ¿Alguien más?  <b>(SELECCIÓN MULTIPLE)</b>	MEDICO..... ENFERMERA..... PROMOTOR DE SALUD..... VIGILANTE DE SALUD..... COMADRONA CAT..... COMADRONA EMPIRICA..... COMADRONA NO ESPECIFICADA..... FARMACEUTICO..... ELLA MISMA..... OTRO (ESPECIFIQUE).....	A B C D E F G H I J
<b>F031</b>	¿Después del nacimiento de ( <b>NOMBRE</b> ) recibió usted plática o charla sobre su alimentación o lo que debía comer usted después del parto o durante la lactancia?	SÍ.....01 NO .....02 <b>PASE A F033</b> NO RECUERDA .....98 <b>PASE A F033</b>	
<b>F032</b>	¿Quién le brindó la plática o charla sobre su alimentación o lo que debía comer?  INDAGUE:  ¿Alguien más?  <b>SELECCIÓN MULTIPLE</b>	MEDICO..... ENFERMERA..... PROMOTOR DE SALUD..... VIGILANTE DE SALUD..... COMADRONA CAT..... COMADRONA EMPIRICA..... COMADRONA NO ESPECIFICADA..... FAMILIAR/AMIGA..... EN VIDEO..... OTRO (ESPECIFIQUE).....	A B C D E F G H I J
<b>F033</b>	¿Después del nacimiento de ( <b>NOMBRE</b> ) recibió usted plática o charla sobre planificación familiar?	SÍ.....01 NO .....02 <b>PASE A F035</b> NO RECUERDA .....98 <b>PASE A F035</b>	
<b>F034</b>	¿Quién le brindó la plática o charla sobre planificación familiar?  INDAGUE:  ¿Alguien más?  <b>SELECCIÓN MULTIPLE</b>	MEDICO..... ENFERMERA..... PROMOTOR DE SALUD..... VIGILANTE DE SALUD..... COMADRONA CAT..... COMADRONA EMPIRICA..... COMADRONA NO ESPECIFICADA..... FAMILIAR/AMIGA..... EN VIDEO..... OTRO (ESPECIFIQUE).....	A B C D E F G H I J



F. SALUD MATERNA E INFANTIL		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>F035</b>	Después de que nació ( <b>NOMBRE</b> ), ¿fue inscrito en RENAP?	SI ..... 01 NO ..... 02 NO RESPONDE ..... 98
<b>F036</b>	<b>VEA F003 Y VERIFIQUE SI ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?</b>	SI .....01 <b>PASE A F038</b> NO.....02
<b>F037</b>	¿Fue inscrito el fallecimiento de (NOMBRE) en RENAP?	SI ..... 01 NO ..... 02
<b>F038</b>	¿Después de que nació ( <b>NOMBRE</b> ), le llevó a control médico?	SI.....01 NO .....02 <b>PASE A G001</b> NS/NR .....98 <b>PASE A G001</b>
<b>F039</b>	¿Cuánto tiempo después de nacido ( <b>NOMBRE</b> ), le llevó al control por primera vez?	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> NS/NR ..... 988
<b>F040</b>	¿Le llevó porque estaba enfermo o para monitoreo de crecimiento?	ESTABA ENFERMO ..... 01 PARA MONITOREO DE CRECIMIENTO ..... 02 NS / NR ..... 98
<b>F041</b>	¿A dónde le llevó al control a ( <b>NOMBRE</b> )?	HOSPITAL PUBLICO .....01 CENTRO DE SALUD.....02 PUESTO DE SALUD .....03 CENTRO ATENCION CAIMI .....04 MATERNIDAD CANTONAL.....05 CENTRO ATENCION PARTO CAPS .....06 CENTRO COMUNITARIO .....07 IGSS .....08 HOSPITAL PRIVADO .....09 CLINICA PRIVADA .....10 APROFAM .....11 CASA DE COMADRONA .....12 OTRO (ESP.).....96 NO SABE/NO RESPONDE.....98

### G. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD DE LA MUJER

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>G001</b>	Ahora hablando de su salud, ¿Alguna vez le han vacunado contra el tétanos cuando no ha estado embarazada?	SI.....01 NO.....02 <b>PASE A G003</b> NS / NR.....98 <b>PASE A G003</b>
<b>G002</b>	¿Cuántas vacunas antitetánicas le han puesto desde que Ud. cumplió 15 años sin estar embarazada?	NUMERO DE VACUNAS ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NS / NR..... 98
<b>G003</b>	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI.....01 NO.....02 <b>PASE A G005</b>
<b>G004</b>	¿Durante los últimos 30 días, en promedio cuántos cigarrillos fumó en un día?	No. DE CIGARRILLOS ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> FUMA OCASIONALMENTE ..... 01 YA NO FUMA ..... 02 NS / NR..... 98
<b>G005</b>	¿Es usted afiliada o beneficiaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)?	AFILIADA ..... 01 BENEFICIARIA ..... 02 NO ..... 03 NS/NR ..... 98
<b>G006</b>	¿Tiene usted algún seguro médico privado de salud (que no sea el IGSS)?	SI ..... 01 NO ..... 02 NS/NR ..... 98
<b>G007</b>	¿Algunos de sus padres padece o padecía de hipertensión arterial?	SI ..... 01 NO ..... 02 NS/NR ..... 98
<b>G008</b>	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la Salud que tiene presión alta o hipertensión arterial?	SI ..... 01 NO ..... 02 <b>PASE A G011</b> NS/NR ..... 98 <b>PASE A G011</b>
<b>G009</b>	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	SI ..... 01 NO ..... 02 NS/NR ..... 98
<b>G010</b>	¿Consume medicamentos orales bajo prescripción médica para el control de la hipertensión arterial?	SI ..... 01 NO ..... 02 NS/NR ..... 98
<b>G011</b>	¿Alguna vez un médico le dijo que se le subió la presión durante alguno de sus embarazos?	SI ..... 01 NO ..... 02 NS/NR ..... 98 NO APLICA..... 99

### SALUD BUCAL

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
<b>G012</b>	¿Cuántas veces al día se limpia o lava los dientes?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Si cantidad es igual a "0", <b>PASE A G014</b>

SALUD BUCAL												
N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS										
<b>G013</b>	¿Qué utiliza usted para limpiarse o lavarse los dientes?	CEPILLO DE DIENTES.....A PASTA DE DIENTES.....B HILO DENTAL.....C PALILLOS DE DIENTES.....D OTRO (Especificar).....X										
<b>G013a</b>	¿Con qué frecuencia?  01 Diario y tres veces al día y más 02 Diario menos de tres veces al día 03 Tres veces a la semana 04 Dos veces a la semana 05 Una vez a la semana 06 Una vez a la quincena 07 Una vez al mes 96 OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	<table border="1"> <tr> <td>Cepillo de dientes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pasta de dientes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hilo dental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palillo de dientes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO (Especificar)_____</td> <td></td> </tr> </table>	Cepillo de dientes		Pasta de dientes		Hilo dental		Palillo de dientes		OTRO (Especificar)_____	
Cepillo de dientes												
Pasta de dientes												
Hilo dental												
Palillo de dientes												
OTRO (Especificar)_____												
<b>G014</b>	¿Ha ido a consulta con algún dentista?	SI.....01 NO.....02 <b>PASE A G016</b>										
<b>G015</b>	¿Cuando ha ido a consulta con el dentista, qué tipo de tratamientos le han hecho?	EXTRACCIONES DE DIENTES.....A RELLENOS.....B PUENTES O PLACAS.....C LIMPIEZAS.....D OTRO (Especificar).....X										
ZIKA												
<b>G016</b>	¿Le ha dicho en los últimos 12 meses un médico o enfermera que usted tuvo infección por Zika?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98										
<b>G017</b>	¿Ha tenido en los últimos 12 meses 'zarpullido' o 'rash' en una parte de su cuerpo?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98										
<b>G018</b>	¿Ha experimentado en los últimos 12 meses debilidad muscular muy fuerte o ha tenido dificultad para mover alguno de sus brazos o piernas?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98										
<b>G019</b>	¿Ha tenido en los últimos 12 meses una infección del ojo que le puso los ojos rojos, irritados y llorosos?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98										

## H. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**H000. ENTREVISTADOR/A: LÉALE A LA ENTREVISTADA:** Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada. **HAGA LA PREGUNTA H001 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS H002 y H003, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS.**

MÉTODO	H001. Conoce o ha oído hablar de...? (LEA TODOS LOS MÉTODOS)		H002. alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		H003. Usa actualmente? (últimos 30 días)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A. Esterilización femenina o ligadura	01	02	01	02	01	02
B. Esterilización masculina o vasectomía	01	02	01	02	01	02
C. DIU, espiral o T de Cobre	01	02	01	02	01	02
D. Inyección anticonceptiva	01	02	01	02	01	02
E. NORPLANT o implante	01	02	01	02	01	02
F. Píldora o pastilla anticonceptiva	01	02	01	02	01	02
G. Métodos vaginales (jaleas / espumas / diafragma / cremas / óvulos / tabletas)	01	02	01	02	01	02
H. Parche	01	02	01	02	01	02
I. Condón (preservativo)	01	02	01	02	01	02
J. Ritmo/calendario	01	02	01	02	01	02
K. Control de la temperatura, moco cervical (Billings)	01	02	01	02	01	02
L. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	01	02	01	02	01	02
M. MECLA (Lactancia Materna)	01	02	01	02	01	02
N. Anticoncepción de emergencia	01	02	01	02		

**ENTREVISTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA H002 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO 1) PONER TAMBIÉN CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA H003 (USO ACTUAL) Y HAGA PREGUNTA H003 SOLAMENTE PARA CONDONES, PARA LOS DEMAS METODOS PONGALE 2 (NO)**

<b>H004</b>	<b>ENTREVISTADOR/A: VEA PREGUNTAS H003 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE</b>	
	ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE.....01 <b>PASE A H009</b>	
	LA ENTREVISTADA NO USA ACTUALMENTE .....02	
<b>H005</b>	<b>VEA EN E001, SI ESTÁ EMBARAZADA</b>	EMBARAZADA..... 01 <b>PASE A I000</b> NO EMBARAZADA ..... 02 NO SABE ..... 98
<b>H006</b>	¿Cree usted que puede quedar embarazada?	SI ..... 01 <b>PASE A H008</b> NO ..... 02 NO SABE ..... 98 <b>PASE A H008</b>

**ENTREVISTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA H002 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO 1) PONER TAMBIÉN CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA H003 (USO ACTUAL) Y HAGA PREGUNTA H003 SOLAMENTE PARA CONDONES, PARA LOS DEMAS METODOS PONGALE 2 (NO)**

<b>H007</b>	¿Cuál es la razón principal por la que cree que no puede quedar embarazada?  (RESPUESTA UNICA)	FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS Y YA NO PUEDE TENER MÁS HIJOS ..... 01 <b>PASE A I000</b> MENOPAUSIA ..... 02 <b>PASE A I000</b> YA PASARON 2 AÑOS O MÁS DE ESTAR QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO .... 03 <b>PASE A I000</b> SIN VIDA SEXUAL ..... 04 <b>PASE A I000</b> AMAMANTAMIENTO ..... 05 POR EDAD AVANZADA ..... 06 OTRA, Cuál? ..... 96
<b>H008</b>	¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos actualmente?  (RESPUESTA ÚNICA)	DESEA EMBARAZO ..... 01 POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO ..... 02 SIN VIDA SEXUAL ..... 03 RELACIONES NO FRECUENTES ..... 04 POR EDAD AVANZADA ..... 05 NO LE GUSTA ..... 06 MIEDO A EFECTOS COLATERALES ..... 07 TUVO EFECTOS COLATERALES ..... 08 EL COMPAÑERO SE OPONE ..... 09 RAZONES RELIGIOSAS ..... 10 OTRA, Cuál? ..... 96 NS / NR ..... 98

**SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

**H. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>H009</b>	<b>ENTREVISTADOR/A:</b> <b>VEA H003 Y MARQUE EL MÉTODO QUE USA, SI ESTÁ UTILIZANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO</b> <b>ORDEN DE EFECTIVIDAD</b> 1. ESTER. FEMENINA      7. MÉT. VAGINALES 2. VASECTOMÍA          8. PARCHE 3. DIU                      9. CONDÓN 4. INYECCIÓN          10. RITMO 5. NORPLANT            11. BILLINGS 6. PASTILLAS            12. RETIRO 13. MELA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA .... 02 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE ..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA ..... 04 NORPLANT O IMPLANTE ..... 05 PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06 MÉTODOS VAGINALES ..... 07 PARCHE ..... 08 CONDÓN ..... 09 RITMO/CALENDARIO ..... 10 BILLINGS ..... 11 RETIRO ..... 12 MELA ..... 13
<b>H010</b>	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización?	HOSPITAL PUBLICO ..... 01 HOSPITAL PRIVADO ..... 02 CLINICA PRIVADA ..... 03 CLINICA APROFAM ..... 04 OTRO LUGAR, Cuál? ..... 96 NS / NR ..... 98

**SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

**H. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>H011</b>	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	HOSPITAL PUBLICO.....01 CENTRO DE SALUD.....02 PUESTO DE SALUD.....03 IGSS.....04 CENTRO COMUNITARIO.....05 PROMOTOR DE SALUD.....06 MEDICO AMBULATORIO.....07 GUARDIAN DE SALUD.....08 CLINICA / HOSPITAL PRIVADO.....09 CONSULTORIO / MEDICO PRIVADO.....10 APROFAM.....11 FARMACIA.....12 FARMACIA COMUNITARIA.....13 CASA COMADRONA.....14  OTRO.....96 NO SABE/NO RESPONDE.....98 <b>PASE A I000</b>																		
<b>H012</b>	¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? <b>SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS</b>	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 988																		
<b>H013</b>	¿El precio pagado por consulta y por el método anticonceptivo, le parece caro, razonable, barato o no pagó nada?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th align="center"><b>CONSULTA</b></th><th align="center"><b>MÉTODO</b></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARO.....</td><td align="center">01</td><td align="center">01</td></tr> <tr> <td>RAZONABLE.....</td><td align="center">02</td><td align="center">02</td></tr> <tr> <td>BARATO.....</td><td align="center">03</td><td align="center">03</td></tr> <tr> <td>NO PAGÓ.....</td><td align="center">04</td><td align="center">04</td></tr> <tr> <td>NO SABE.....</td><td align="center">98</td><td align="center">98</td></tr> </tbody> </table>		<b>CONSULTA</b>	<b>MÉTODO</b>	CARO.....	01	01	RAZONABLE.....	02	02	BARATO.....	03	03	NO PAGÓ.....	04	04	NO SABE.....	98	98
	<b>CONSULTA</b>	<b>MÉTODO</b>																		
CARO.....	01	01																		
RAZONABLE.....	02	02																		
BARATO.....	03	03																		
NO PAGÓ.....	04	04																		
NO SABE.....	98	98																		

I. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
I000	ENTREVISTADOR/A: VEA H002 EN LA LINEA 1 SI ESTÁ O NO ESTERILIZADA ¿ESTÁ ESTERILIZADA?	SI ESTÁ ESTERILIZADA .....01 <b>PASE A I003</b> NO ESTÁ ESTERILIZADA.....02
I001	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro <b>VEA E001 :</b> <b>NO EMBARAZADA O INSEGURA</b> ¿Quisiera tener un (otro) hijo / hija? <b>EMBARAZADA</b> ¿Después del hijo / hija que está esperando, quisiera tener otro hijo / hija?	QUIERE HIJO / HIJA.....01 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS.....02 NO APLICA (MENOPAUSIA).....03 OPERADA POR RAZONES MÉDICAS.....04 INDECISA O NO SABE.....98 <b>PASE A I003</b>
I002	<b>VEA E001:</b> <b>NO EMBARAZADA O INSEGURA</b> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo / hija? <b>EMBARAZADA</b> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES ..... 01 <input type="text"/> AÑOS..... 02 <input type="text"/> PRONTO / AHORA.....03 CUANDO DIOS QUIERA.....04 CUANDO SE CASE.....05 MENOPÁUSICA .....06 CUANDO PASE EL RIESGO DEL ZIKA.....07 OTRO, Cuál? .....96 NO SABE .....98
I003	<b>VEA E022:</b> <b>TIENE HIJO(S) VIVO(S)</b> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos / hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos hijos quisiera tener? <b>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S)</b> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos querría tener? <b>ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA</b>	<b>NÚMERO</b> ..... <input type="text"/> EL NUMERO QUE DIOS QUIERA ..... 77 OTRA RESPUESTA, Cuál? ..... 96 NO SABE..... 98

J. ACTIVIDAD FÍSICA		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<p>A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo PAGADO o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo <i>[inserte otros ejemplos si es necesario]</i>. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan UNA MAYOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o de LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una MENOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o DE LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN.</p>		
<b>EN EL TRABAJO (PAGADO O NO)</b>		
J001	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica UNA MAYOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o de LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN, como <i>[levantar pesas o cosas pesadas, cavar o cargar leña, acarrear agua]</i> durante al menos 10 minutos SEGUIDOS?  <i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98 <b>PASE A J004</b>

J. ACTIVIDAD FÍSICA		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
J002	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted <b>actividades físicas intensas en su trabajo?</b>	Número de días <input type="text"/>
J003	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>
J004	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una MENOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o de LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN, como caminar RÁPIDO [o <i>transportar pesos ligeros</i> ] durante al menos 10 minutos SEGUIDOS? (INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98 } <b>PASE A J007</b>
J005	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad <b>moderada en su trabajo?</b>	Número de días <input type="text"/>
J006	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>
<b>PARA TRASLADARSE DE UN LUGAR A OTRO</b> En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos platicado. Ahora me gustaría saber cómo se TRASLADA DE UN LUGAR A OTRO. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de ORACIÓN [insertar otros ejemplos si es necesario]		
J007	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos SEGUIDOS CUANDO SE TRASLADA DE UN LUGAR A OTRO?	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98 } <b>PASE A J010</b>
J008	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días <input type="text"/>
J009	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para TRASLADARSE DE UN LUGAR A OTRO?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>
<b>EN EL TIEMPO LIBRE</b> Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para TRASLADARSE DE UN LUGAR A OTRO, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría preguntarle de deportes, gimnasio u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre [inserte otros ejemplos si fuera el caso].		
J010	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/gimnasio intensos que implican una MAYOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o de LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN como [correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos SEGUIDOS? (INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	SI.....01 NO.....02 NS/NR.....98 } <b>PASE A J013</b>
J011	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted <b>deportes/gimnasio intensos en su tiempo libre?</b>	Número de días <input type="text"/>
J012	En uno de esos días en los que practica deportes/gimnasio intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>



J. ACTIVIDAD FÍSICA		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
J013	<p>¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una MENOR VELOCIDAD O ACELERACIÓN de la respiración o de LAS PALPITACIONES DEL CORAZÓN, como caminar deprisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>( INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</p>	<p>SI.....01</p> <p>NO.....02</p> <p>NS/NR.....98</p> <p>} <b>PASE A J016</b></p>
J014	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de <b>intensidad moderada en su tiempo libre</b> ?	Número de días <input type="text"/>
J015	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos</p> <p><input type="text"/> : <input type="text"/></p>
<p><b>COMPORTAMIENTO SEDENTARIO</b></p> <p>La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, MIENTRAS SE TRASLADA DE UN LUGAR A OTRO o con sus amigos. Se incluye el tiempo QUE PASA [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús, moto-taxi, 'tuc tuc', bici-taxi o jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo QUE PASA durmiendo. [INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</p>		
J016	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	<p>Horas : minutos</p> <p><input type="text"/> : <input type="text"/></p>

## K. ANTROPOMETRÍA DE LA MUJER

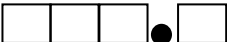
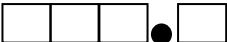
**HAGA LAS MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS EN LA MUJER DE 15 A 49 AÑOS QUE NO ESTÉ EMBARAZADA**

**K000 Confirme el No. de línea de la mujer seleccionada)**

**Nombre:**\_\_\_\_\_

(ver **Cuestionario de Hogar**, hoja de Composición Familiar- **A029**)

Prueba/ Medición	K001 Resultado de medición	K002 Medición	K003 Fecha de medición	K004 Persona que realiza la medición	K005 Hora de medición	K006 Código de equipo	K007 Peso de ROPA
A. Estatura/ Talla en centímetros	Medida----- 01	<div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Cm.</div>	DIA <div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div></div> AÑO <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Código <div><div></div><div></div></div>  Nombre _____	HORAS <div><div></div><div></div></div> MINUTOS <div><div></div><div></div></div>	Código tallímetro <div><div></div><div></div></div>	
	No presente----- 02						
	Embarazada----- 03						
	Rechazo----- 04						
	Otro----- 96 (ESPECIFIQUE) _____						
B. Peso en kilogramos	Pesada----- 01	<div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Kg.</div>	DIA <div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div></div> AÑO <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Código <div><div></div><div></div></div>  Nombre _____	HORAS <div><div></div><div></div></div> MINUTOS <div><div></div><div></div></div>	Código pesa <div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div> <div> <div></div> </div> <div>Kg.</div>
	No presente----- 02						
	Embarazada----- 03						
	Rechazo----- 04						
	Otro----- 96 (ESPECIFIQUE) _____						

Prueba/ Medición	K001 Resultado de medición	K002 Medición	K003 Fecha de medición	K004 Persona que realiza la medición	K005 Hora de medición	K006 Código de equipo	K007 Peso de ROPA																
C. Circunferencia de cintura y cadera  <b>CINTURA</b>	Medida----- 01 No presente----- 02 Embarazada----- 03 Rechazo----- 04 Otro----- 96 (ESPECIFIQUE) _____	 Cm.	DIA <table border="1" data-bbox="1056 289 1123 324"><tr><td></td><td></td></tr></table> MES <table border="1" data-bbox="1056 324 1123 360"><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO <table border="1" data-bbox="989 360 1123 396"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Código <table border="1" data-bbox="1266 276 1365 316"><tr><td></td><td></td></tr></table> Nombre _____			HORAS <table border="1" data-bbox="1543 267 1638 316"><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS <table border="1" data-bbox="1543 316 1638 357"><tr><td></td><td></td></tr></table>					Código de cinta <table border="1" data-bbox="1659 316 1759 357"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
<b>CADERA</b>	Medida----- 01 No presente----- 02 Embarazada----- 03 Rechazo----- 04 Otro----- 96 (ESPECIFIQUE) _____	 Cm.																					



		<b>L018C</b> Sistólica ____ mm/g	<b>L019C</b> Diastólica ____ mm/g	
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--