

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD Y NUTRICIÓN – SIVESNU 2017

MODULO DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS

CUESTIONARIO DE LA MADRE DEL NIÑO/A

ETIQUETA DE
HOGAR
GHCUESXXX

ETIQUETA DE
NIÑO
GCCUESXXX

IDENTIFICACIÓN:

Paquete

--	--	--

del hogar seleccionado

--	--

NÚMERO CORRELATIVO DE BOLETA

Número de línea y nombre del niño/a seleccionado/a (A029 de cuestionario de hogar)

--	--

NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO:

RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				(*) Código resultado												
A001. Número de la Visita	1	2	3													
Código de Entrevistador(a)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			01- COMPLETA 02- MADRE O TUTORA DE NIÑO SELECCIONADO AUSENTE 03- POSPUESTA 04- RECHAZO de MADRE DE NIÑO 05- PARCIALMENTE COMPLETA 06 RASTREO 07-COMPLETA POR RASTREO 08- RASTREO INCOMPLETO 96- OTRO _____ (ESPECIFIQUE)						
A002. Fecha de la visita:																
Día	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
Mes	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
A003. Hora inicial (NIÑO)	Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
A004. Hora final (NIÑO)	Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Min. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
A005. Resultado (*)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									

INDICADORES PARA PARCIALMENTE COMPLETA

☐ Talla
 ☐ Peso
 ☐ Sangre Venosa

A006. IDIOMA DE LA ENTREVISTA		A007. USO DE INTERPRETE 1=SI 2=NO		A008. IDIOMA MATERNO	
01 Español	02 Kaqchikel	03 Queqchi	04 K'iche	05 Mam	06 Poqomchi
07 Tzu'utujil	08 Kanjobal	09 Chorti	10 Pocomam	11 Ixil	12 Popti
13 Jacalteco	14 Aguacateco	96 Otro			

VISITA FINAL			
	Código	Nombre	
A009. Encuestador(a)			
A010. Supervisor(a)			
A012. Supervisor(a) General			

B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NIÑO/A		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
B001	¿En qué día, mes y año nació [NOMBRE]? SI NO SE ACUERDA LA INFORMANTE, PÍDALE LA CERTIFICACIÓN DE RENAP O PARTIDA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98
B002	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños? SI ES LA MISMA INFORMANTE QUE LA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR, SE PUEDE COPIAR EL DATO DE A029 EN CUESTIONARIO DEL HOGAR	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98
SI LA EDAD DEL NIÑO ES DE 5 AÑOS O MÁS, TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRO NIÑO		
B003	GRUPO ETNICO DEL NIÑO (OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTADORA)	INDÍGENA 01 LADINO 02 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)
B004	¿Cómo considera la etnia del niño - indígena, ladina, o de otra etnia?	INDÍGENA 01 LADINO 02 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C001	¿Tiene Ud. el Carné de salud infantil de (NOMBRE)? Si, 'Sí': ¿Puedo verlo, por favor?	SI, CARNÉ MOSTRADO01 PASE A C003 SI, PERO CARNÉ NO MOSTRADO.....02 NO TIENE CARNÉ.....99
C002	¿Alguna vez tuvo el carné de salud infantil de (NOMBRE)?	SI01 NO.....02 NO SABE.....98
C003	¿El carné de salud de (NOMBRE) es el primero o es reposición?	PRIMERO..... 01 REPOSICIÓN..... 02 NO SABE O NO RECUERDA..... 98

ENTREVISTADOR/A: REGISTRE LA INFORMACION DE CADA DOSIS CON DÍA, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTÉ REGISTRADA EN EL CARNÉ, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA/ DOSIS) a (NOMBRE)? COMPLETE LOS DATOS EN C006 CONSULTANDO A LA MADRE CUANDO NO TENGA INFORMACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO NO TENGA CARNÉ.

SI NO EXISTE INFORMACION DE FECHA ESCRITA EN EL CARNÉ PERO EL NIÑO RECIBIÓ LA VACUNA SEGÚN CARNÉ, ANOTE 99 (DÍA / MES) O 99 (AÑO) EN C005

SI NO TIENE CARNÉ: DEJAR C004 y C005 EN BLANCO

VACUNAS	C004. SEGUN CARNÉ TIENE DOSIS		C005. FECHA (SI APARECE EN CARNÉ)			C006. SI NO APARECE EN CARNÉ O NO TIENE CARNÉ PREGUNTE SEGUN INFORMANTE: ¿TIENE LA VACUNA?		
	SI	NO	DIA	MES	AÑO	SI	NO	NS NR
A BCG (Dosis única, inyectada en el bracito izquierdo)	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
B HEPATITIS B - 1	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
C POLIO – 1 (Tomada en gotitas)	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
D PENTAVALENTE -1 (Inyectada en la piernita)	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
E ROTAVIRUS - 1 (Tomada en gotitas)	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
F NEUMOCOCO -1	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
G POLIO – 2	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
H PENTAVALENTE - 2	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
I ROTAVIRUS – 2	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
J NEUMOCOCO - 2	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
K POLIO – 3	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
L PENTAVALENTE - 3	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
M SPR (Sarampión, paperas, rubeola)	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
N NEUMOCOCO - REFUERZO	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
O POLIO – REFUERZO 1	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98
P DPT- REFUERZO 1	01	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	02	98

ENTREVISTADOR/A: REGISTRE LA INFORMACION DE CADA DOSIS CON DÍA, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTÉ REGISTRADA EN EL CARNÉ, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA/ DOSIS) a (NOMBRE)? COMPLETE LOS DATOS EN C006 CONSULTANDO A LA MADRE CUANDO NO TENGA INFORMACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO NO TENGA CARNÉ.

SI NO EXISTE INFORMACION DE FECHA ESCRITA EN EL CARNÉ PERO EL NIÑO RECIBIÓ LA VACUNA SEGÚN CARNÉ, ANOTE 99 (DÍA / MES) O 99 (AÑO) EN C005

SI NO TIENE CARNÉ: DEJAR C004 y C005 EN BLANCO

VACUNAS	C004. SEGUN CARNÉ TIENE DOSIS	C005. FECHA (SI APARECE EN CARNÉ)			C006. SI NO APARECE EN CARNÉ O NO TIENE CARNÉ PREGUNTE SEGUN INFORMANTE: ¿TIENE LA VACUNA?
	SI NO	DIA	MES	AÑO	SI NO NS NR
Q POLIO – REFUERZO 2	01 02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01 02 98
R DPT- REFUERZO 2	01 02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01 02 98
S ANTI-INFLUENZA (anote la última)	01 02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01 02 98

C. SALUD EN LA NIÑEZ

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
C007a	¿TIENE EL CARNÉ INFANTIL INFORMACIÓN SOBRE TOMA DE PESO Y DE TALLA?	SI	01	REVISE CARNÉ Y PASE A C008
		NO	02	
		NO TIENE CARNÉ.....	03	
		NO MOSTRÓ CARNÉ.....	04	
C007	¿Alguna vez han pesado o medido la talla/estatura de (NOMBRE)? (PREGÚNTELE A LA MADRE)	SI	01	PASE A C014
		NO	02	PASE A C021
		NO SABE	98	
C008	(OBSERVACIÓN DEL CARNÉ): NÚMERO DE CONTROLES DE PESO QUE APARECEN REGISTRADOS EN CARNÉ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SI HAY MÁS DE UN CARNÉ, TOMAR EL MÁS COMPLETO	NÚMERO DE CONTROLES EN CARNÉ DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="text"/>	
		NINGÚN CONTROL DE PESO REGISTRADO...00		PASE A C010
		NO TIENE CARNÉ.....99		PASE A C014
C009	(OBSERVACION DEL CARNÉ): FECHA DE LOS DOS ÚLTIMOS CONTROLES DE PESO SI NO APARECE FECHA DEL PENÚLTIMO CONTROL, MARQUE 99 99 99	DIA MES AÑO		
		PENÚLTIMO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		ÚLTIMO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
C010	(OBSERVACION DEL CARNÉ): NÚMERO DE CONTROLES DE TALLA/ESTATURA QUE APARECEN REGISTRADOS EN CARNÉ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SI HAY MÁS DE UN CARNÉ, TOMAR EL MÁS COMPLETO	NÚMERO DE CONTROLES EN CARNÉ DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="text"/>	
		NINGÚN CONTROL DE TALLA REGISTRADO: 00		PASE A C012
		NO TIENE CARNÉ.....99		PASE A C015
C011	(OBSERVACIÓN DEL CARNÉ): FECHA DE LOS DOS ÚLTIMOS CONTROLES DE TALLA/ ESTATURA SI NO APARECE FECHA DEL PENÚLTIMO CONTROL, MARQUE 99 99 99	DIA MES AÑO		
		PENULTIMO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		ÚLTIMO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C012	(OBSERVACIÓN DEL CARNÉ): APARECEN PUNTOS MARCADOS EN LA GRÁFICAS DE PESO/TALLA	SÍ, SÓLO PESO 01 SÍ, SÓLO TALLA 02 SÍ, PESO Y TALLA 03 NINGUNO DE LOS DOS..... 98
C013	(OBSERVACION DEL CARNÉ): APARECE LÍNEA MARCADA EN LAS GRÁFICAS DE PESO/TALLA	SÍ, SÓLO PESO 01 SÍ, SÓLO TALLA 02 SÍ, PESO Y TALLA 03 NINGUNO DE LOS DOS..... 98
C014	OBSERVACION DE CARNÉ, SI NO APARECE PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Han pesado a (NOMBRE) en los últimos 12 meses?	SI 01 NO 02 NO SABE 98
C015	OBSERVACION DE CARNÉ, SI NO APARECE PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Han medido la talla/estatura de (NOMBRE) en los últimos 12 meses?	SI 01 NO 02 } PASE A C021 NO SABE 98
C016	¿Dónde pesan y miden a (NOMBRE)? SE REFIERE A LA MAYORIA DE VECES	CASA..... 01 CENTRO COMUNITARIO..... 02 PUESTO DE SALUD..... 03 CENTRO DE SALUD..... 04 HOSPITAL..... 05 IGSS..... 06 OTRO 96 (ESPECIFICAR)
C017	¿Quién pesa y mide a (NOMBRE)? SE REFIERE A LA MAYORÍA DE VECES	PROMOTOR O VIGILANTE DE SALUD..... 01 FACILITADOR COMUNITARIO..... 02 ENFERMERA..... 03 MÉDICO..... 04 OTRO: (ESP) 96 NO SABE 98
C018	¿La última vez que pesaron a (NOMBRE) le dijeron si estaba bien de peso o con bajo peso o peso demasiado alto?	SÍ LE DIJERON QUE ESTABA BIEN DE PESO.... 01 SÍ LE DIJERON QUE ESTABA CON BAJO PESO. 02 SÍ LE DIJERON QUE ESTABA CON PESO ALTO. 03 NO LE DIJERON..... 04 NO RECUERDA..... 98
C019	¿La última vez que midieron la talla/estatura de (NOMBRE) le dijeron si estaba bien de talla o con talla baja?	SÍ LE DIJERON QUE ESTABA BIEN DE TALLA.... 01 SÍ LE DIJERON QUE ESTABA CON TALLA BAJA. 02 SÍ LE DIJERON QUE ESTABA CON TALLA ALTA 03 NO LE DIJERON..... 04 NO RECUERDA..... 98
C020	¿La última vez que pesaron a (NOMBRE) le aconsejaron acerca de lo que debía comer (NOMBRE)?	SI..... 01 NO..... 02 NO RECUERDA..... 98
C021	¿El día de ayer, durante el día o la noche, le dieron a (NOMBRE) alguna medicina o vitaminas?	SI..... 01 NO..... 02 NO SABE..... 98
C022	¿El día de ayer, durante el día o la noche, le dieron a (NOMBRE) suero oral?	SI..... 01 NO..... 02 NO SABE..... 98

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C023	ENTREVISTADOR (A): ¿EL NIÑO TIENE 6 MESES O MÁS?	SI -> Sigue a C024a NO-> PASE A C047

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C024a	¿TIENE EL CARNÉ INFANTIL INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES DURANTE LOS CONTROLES?	SI 01 NO 02 NO SABE 98
C024	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Alguna vez en una visita médica o monitoreo de crecimiento le administraron Vitamina "A" (de esta) a (NOMBRE)? MUESTRE SUPLEMENTO O FOTO	SI.....01 NO.....02 NO SABE.....98 } PASE A C026
C025	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Hace cuánto tiempo le administraron a (NOMBRE) la Vitamina "A" en una visita médica o en monitoreo de crecimiento por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> NS/NR..... 988
C026	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Alguna vez obtuvo o recibió sobres de vitaminas y minerales espolvoreados o Chispitas (de estas) para darle a (NOMBRE) en la casa? MUESTRE SUPLEMENTO O FOTO	SI.....01 NO.....02 RECETARON PERO NO OBTUVO.....03 NO SABE.....98 } PASE A C037
C027	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Obtuvo o recibió sobres de vitaminas y minerales (Chispitas o micronutrientes en polvo) para darle a (NOMBRE) en la casa en los últimos 6 meses?	SI.....01 NO.....02 } PASE A C037
C028	¿Dónde obtuvo o de dónde recibió sobres de vitaminas y minerales (Chispitas o micronutrientes en polvo) para darle a (NOMBRE) en casa?	CENTRO DE SALUD.....01 PUESTO DE SALUD.....02 CENTRO COMUNITARIO.....03 IGSS.....04 OTRO (especifique)96
C029	¿Podría decirme si usted le dio todo o parte de las vitaminas a su niño(a): (NOMBRE)?	Le dio una parte o todos sobres de vitaminas a su niño(a).....01 NO le dio ninguna dosis de los sobres de vitaminas.....02 PASE A C033 No sabe/no responde.....98 PASE A C034
C030	¿Del paquete de sobres de vitaminas que le dieron, recuerda usted cuánto le dio?	Todo-----01 PASE A C034 Más de la mitad-----02 La mitad-----03 Menos de la mitad-----04 No recuerda-----98
C031	¿Podría decirme por qué no dio el total de dosis de vitaminas y minerales a su niño(a): (NOMBRE)?	No recuerda darlo siempre como indicado.....01 No lo considera importante.....02 No le gusta al niño(a) (el niño rechaza el alimento con las vitaminas).....03 Le da molestias o síntomas al niño(a).....04 Le causa problemas dáselas a su niño(a) (le quita tiempo).....05 Otra (especificar)96

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C032	¿Podría usted decirme si hay algo que no le gusta del uso de las vitaminas y qué impide que usted se la dé a su niño o que hace que a su niño(a) no le guste?	No le gusta el olor o sabor de las vitaminas.....01 No le gusta el cambio de color del alimento.....02 Le quita mucho tiempo darle las vitaminas a su niño(a) todos los días.....03 Otro (especificar)96
C033	¿Podría decirme por qué razones no le dio ninguna de las dosis de vitaminas a su niño(a)?	No sabe cómo dárselo a su niño.....01 No lo considera importante.....02 Le causa problemas dárselas a su niño(a) (le quita tiempo).....03 No le gusta al niño(a) (el niño rechaza el alimento con las vitaminas).....04 Le da molestias o síntomas al niño(a).....05 Otra (especificar)96
C034	¿Hace cuánto tiempo que usted le dió un sobre de vitaminas y minerales (Chispitas o micronutrientes en polvo) a (NOMBRE) en casa por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SI LE DIÓ AYER U HOY, SIGA A C035 MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SI NO, PASE A C037 AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA..... 0 NS/NR.....988
C035	¿Cuántos sobres de vitaminas y minerales (Chispitas o micronutrientes en polvo) le dio a (NOMBRE) ayer?	<input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA: 98
C036	¿En qué alimento o líquido mezcla las vitaminas y minerales (Chispitas o micronutrientes en polvo) para darle a (NOMBRE) SELECCIÓN MÚLTIPLE	Ninguno, le doy directamente del sobreA Comidas suaves (avenas, cereales, verduras, frijoles)...B Caldos o sopas.....C Productos lácteos (incl. yogurt).....D Atoles.....E En pacha de fórmula/ leche materna.....F Agua.....G Jugo.....H Otro (Especifique).....I
C037	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Alguna vez recibió u obtuvo tabletas de ácido fólico (de éstas) para darle a (NOMBRE) en la casa? MUESTRE SUPLEMENTO O FOTO	SI.....01 NO.....02 PASE A C041 RECETARON PERO NO OBTUVO.....03 PASE A C041 NO SABE.....98 PASE A C041
C038	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Obtuvo o recibió tabletas de ácido fólico para darle a (NOMBRE) en casa los últimos 3 meses?	SI.....01 NO.....02 PASE A C041 NO SABE.....98 PASE A C041
C039	¿Dónde obtuvo o de dónde recibió las tabletas de ácido fólico para darle a (NOMBRE) en casa?	CENTRO DE SALUD.....01 PUESTO DE SALUD.....02 CENTRO COMUNITARIO.....03 CLINICA PRIVADA.....04 FARMACIA.....05 IGSS.....06 OTRO (especifique)96

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C040	¿Hace cuánto tiempo que usted le dió a (NOMBRE) una tableta de ácido fólico en la casa por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 988
C041	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Alguna vez recibió u obtuvo pastillas o jarabe de hierro (de estas) para darle a (NOMBRE) en la casa? MUESTRE SUPLEMENTO O FOTO	SI.....01 NO.....02 PASE A C045 RECETARON PERO NO OBTUVO.....03 PASE A C045 NO SABE98 PASE A C045
C042	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE: ¿Obtuvo o recibió pastillas o jarabe de hierro para darle a (NOMBRE) en casa en los últimos 3 meses?	SI.....01 NO.....02 PASE A C045 NO SABE.....98 PASE A C045
C043	¿Dónde obtuvo o de dónde recibió los suplementos de hierro para darle a (NOMBRE) en casa?	CENTRO DE SALUD.....01 PUESTO DE SALUD.....02 CENTRO COMUNITARIO.....03 CLINICA PRIVADA.....04 FARMACIA.....05 IGSS.....06 OTRO (especifique)96
C044	¿Hace cuánto tiempo que usted le dió a (NOMBRE) un suplemento de hierro en la casa por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 988
C044a	OBTENER EL DATO DEL CARNÉ: SI NO APARECE O NO TIENE CARNÉ, PREGÚNTELE A LA MADRE. ESTA PREGUNTA SÓLO APLICA A LOS MAYORES DE 24 MESES: ¿En los últimos 6 meses le han dado a (NOMBRE) medicina para las lombrices (parásitos)?	SI.....01 NO.....02 NO SABE.....98
C045 ENTREVISTADOR (A): VEA C034, C040 Y C044- ¿LE DIERON AL NIÑO ALGUNO DE ÉSTOS SUPLEMENTOS HACE 8 DÍAS O MENOS)? SI ->Siga a C046 NO-> PASE A C047		
C046	Para cada suplemento que le han dado al niño dentro de los últimos 8 días, pregunte: Me puede enseñar el frasco o el sobre de _____ que tomó en la última semana? SELECCIÓN MULTIPLE- MARQUE TODOS LOS QUE SE MUESTRAN	Chispitas (Micronutrientes espolvoreados).....A Ácido Fólico.....B Sulfato ferroso (hierro).....C Otro:D (ESPECIFIQUE) No enseñó ningunoE
C047	¿Sabe Ud. si hay una vacuna para prevenir la diarrea?	SI, HAY..... 01 NO HAY..... 02 NO LO SÉ..... 98
C048	¿Ha tenido diarrea o asientos (NOMBRE) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	SI.....01 NO.....02 PASE A C059 NO SABE.....98 PASE A C059

C049	¿La diarrea tenía sangre?	SI..... 01 NO..... 02
------	---------------------------	--------------------------

C. SALUD EN LA NIÑEZ																																																						
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																																																				
C050	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo asientos o diarrea le dio de tomar la misma cantidad de líquidos, más líquidos o menos líquidos que cuando está sano?	LO MISMO	01																																																			
		MÁS LÍQUIDOS	02																																																			
		MENOS LÍQUIDOS	03																																																			
		TODAVÍA NO TOMA LÍQUIDOS.....	04																																																			
		NO SABE	98																																																			
C051	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTÓ	01																																																			
		DISMINUYÓ.....	02																																																			
		MANTUVO IGUAL	03																																																			
		TODAVÍA NO COME	04																																																			
		NS / NR.....	98																																																			
C052	¿En los días que tuvo diarrea (NOMBRE), el (la) niño / niña: (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS / NR																																																		
	A. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed?	01	02	98																																																		
	B. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos.....	01	02	98																																																		
	C. Tenía los ojos hundidos?	01	02	98																																																		
	D. Orinaba poco o lloraba sin lágrimas?	01	02	98																																																		
C053	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	SI.....	01																																																			
		NO.....	02	PASE A C055																																																		
C054	¿Dónde o a quién consultó primero? ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA	Centro de Salud.....	01																																																			
		Puesto de Salud.....	02																																																			
		Centro de COMUNITARIO.....	03																																																			
		Clinica/ Médico Privado.....	04																																																			
		Hospital.....	05																																																			
		Farmacia.....	06																																																			
		IGSS.....	07																																																			
		Otro, cuál?	96																																																			
		No recuerda.....	98																																																			
C055	¿Hizo usted algo o le dio algo para aliviarle?	SI.....	01																																																			
		NO.....	02	PASE A C058																																																		
C056	Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE), ¿Me puede mostrar con qué lo/la trató? ENTREVISTADOR(A): INDICAR ABAJO CUÁLES TRATAMIENTOS LE MUESTRA LA MADRE. PREGUNTARLE ESPECÍFICAMENTE POR LOS QUE QUEDAN ¿Le dio: (LÉALE UNO A UNO)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ (MOSTRADO)</th> <th>SÍ (NO MOSTRADO)</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Purgantes?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>B. Suero casero?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>C. Sales de rehidratación o suero oral?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>D. Le pusieron suero en las venas?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>E. Antibióticos?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>F. Antidiarreicos?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>G. Zinc?</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>H. Remedios caseros? (Especifique)</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>I. Le hospitalizaron?</td> <td>----</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>				SÍ (MOSTRADO)	SÍ (NO MOSTRADO)	NO	NS/NR	A. Purgantes?	01	02	03	98	B. Suero casero?	01	02	03	98	C. Sales de rehidratación o suero oral?	01	02	03	98	D. Le pusieron suero en las venas?	01	02	03	98	E. Antibióticos?	01	02	03	98	F. Antidiarreicos?	01	02	03	98	G. Zinc?	01	02	03	98	H. Remedios caseros? (Especifique)	01	02	03	98	I. Le hospitalizaron?	----	02	03	98
	SÍ (MOSTRADO)	SÍ (NO MOSTRADO)	NO	NS/NR																																																		
A. Purgantes?	01	02	03	98																																																		
B. Suero casero?	01	02	03	98																																																		
C. Sales de rehidratación o suero oral?	01	02	03	98																																																		
D. Le pusieron suero en las venas?	01	02	03	98																																																		
E. Antibióticos?	01	02	03	98																																																		
F. Antidiarreicos?	01	02	03	98																																																		
G. Zinc?	01	02	03	98																																																		
H. Remedios caseros? (Especifique)	01	02	03	98																																																		
I. Le hospitalizaron?	----	02	03	98																																																		
	ANTIBIÓTICOS: AMPICILINA, ERITROMICINA, TETRACICLINA, AMOXICILINA, TRIMETROPIN-SULFA, ETC ANTI-DIARRÉICO: KAOPECTATE, PEPTOBISMOL, YODOCLORINA, YODOQUIN, ETC																																																					
C057	VEA C053 y C055, ¿MENCIONÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?	SI	01	PASE A C059																																																		
		NO	02																																																			

C. SALUD EN LA NIÑEZ				
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
C058	¿Por qué no hizo nada para aliviarle? ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO 01 NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE 02 NO TUVO TIEMPO / DEMASIADO OCUPADA 03 POR LA DISTANCIA/ FALTA DE TRANSPORTE 04 SERVICIOS SON MALOS 05 POR DESCUIDO 06 FALTA DE DINERO 07 NADIE PODÍA CUIDAR A LOS HIJOS 08 MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON 09 OTRO, ¿Cuál? 96 NS / NR 98		
C059	¿Sabe Ud. si hay una vacuna para prevenir la neumonía?	SI, HAY 01 NO HAY 02 NO LO SÉ 98		
C060	¿En las últimas dos semanas (incluyendo este día) ha tenido (NOMBRE), tos?	SI 01 NO 02 PASE A C068		
C061	¿Durante esta enfermedad de (NOMBRE), (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	01	02	98
	B. Hacia ruido al respirar, le silbaba o le roncaba el pecho?	01	02	98
	C. Se le hundía el pecho?	01	02	98
	D. Respiraba más rápido que de costumbre con respiraciones cortas y rápidas?	01	02	98
	E. Tenía dificultad para respirar?	01	02	98
C062	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	SI 01 NO 02 PASE A C064		
C063	¿Dónde o a quién consultó primero? ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA	Centro de Salud 01 Puesto de Salud 02 Centro COMUNITARIO 03 Clínica/ Médico Privado 04 Hospital 05 Farmacia 06 IGSS 07 Otro, ¿cuál? 96 No recuerda 98		
C064	¿Hizo usted algo o le dio algo para aliviarle?	SI 01 NO 02 PASE A C067		
C065	Para esta enfermedad de (NOMBRE) ¿Me puede mostrar con que se trató? ENTREVISTADOR(A): INDICAR ABAJO CUALES TRATAMIENTOS LE MUESTRAN. INDAGUE: ¿Algo más? PREGUNTELE ESPECIFICAMENTE POR LOS QUE QUEDAN (LÉALE UNA A UNA)	SÍ (MOSTRADO)	SÍ (NO MOSTRADO)	NO NS/NR
	Le dio algún descongestionante, o algo para calmar la tos?	01	02	03 98
	Le dio algo para bajar la fiebre?	01	02	03 98
	Le dio antibióticos?	01	02	03 98
	Le dio zinc?	01	02	03 98
	Le dio algun remedio casero?	01	02	03 98
	Le hospitalizaron?	----	02	03 98
	DESCONGESTIONANTE: SEUDOEFEEDRINA, FENILEFRINA, ETC. ANTIBIÓTICOS: AMPICILINA, ERITROMICINA, TETRACICLINA, AMOXICILINA, TRIMETROPIN-SULFA, ETC.			

C066	VEA EN C062 y C064 ¿MENCIONÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?	SI.....01 PASE A C068 NO.....02
-------------	--	---

C. SALUD EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C067	¿Por qué no hizo nada para aliviarle? ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/NO ERA GRAVE.. 01 NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE..... 02 NO TUVO TIEMPO / DEMASIADO OCUPADA..... 03 POR LA DISTANCIA / FALTA DE TRANSPORTE 04 SERVICIOS SON MALOS 05 POR DESCUIDO 06 FALTA DE DINERO 07 NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS 08 MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON..... 09 OTRO, Cuál? 96 NS / NR..... 98
C068	¿Ha tenido (NOMBRE) fiebre en las últimas 2 semanas?	SI 01 NO 02 NO SABE 98

DESARROLLO INFANTIL					
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
C068a	Hace lo siguiente su hijo menor de tres meses: Su niño(a) voltea o sigue colores fuertes o sonidos? Usted juega con su niño(a) para hacerlo sonreír? Qué hace usted cuando escucha que su niño(a) llora? 1. lo atiende pronto, 2. lo abraza 3. lo mece 4. lo deja llorar	SI 01 01 01 01 01 01	NO 02 02 02 02 02 02	NS / NR 98 98 98 98 98 98	NA 99 99 99 99 99 99
C068b	Hace lo siguiente su hijo de tres a seis meses: Imita su niño(a) movimientos de aplauso? Repite sonidos (responde) si usted platica con él(ella)? (da, ka, ga .etc.) Permite a su niño(a) que le hablen y que lo carguen otras personas sin llorar?	SI 01 01 01	NO 02 02 02	NS / NR 98 98 98	NA 99 99 99
C068c	Hace lo siguiente su hijo de seis a nueve meses: Se sienta? (con o sin apoyo) Cómo carga a su bebé la mayor parte del tiempo? 1. atrás 2. adelante Le canta usted canciones a su bebé, o baila con su bebé?	SI 01 01 01 01	NO 02 02 02 02	NS / NR 98 98 98 98	NA 99 99 99 99

DESARROLLO INFANTIL					
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
C068d	Hace lo siguiente su hijo de nueve a doce meses:	SI	NO	NS / NR	NA
	Gatea, se arrastra o se para con ayuda?	01	02	98	99
	Dice o hace gesto con la mano de hola y/o adiós para relacionarse con otros?	01	02	98	99
	Agarra la comida con los dedos?	01	02	98	99
C068e	Hace lo siguiente su hijo de 12 a 18 meses:	SI	NO	NS / NR	NA
	Su niño(a) camina solo(a) o con ayuda?	01	02	98	99
	Repite palabra o nombres de personas, animales o cosas?	01	02	98	99
C068f	Hace lo siguiente su hijo de 18 a 24 meses:	SI	NO	NS / NR	NA
	Su niño(a) corre, o juega pelota o tira y atrapa cosas?	01	02	98	99
	¿Cómo le expresa usted cariño a su hijo(a)?				
	1. Lo abraza	01	02	98	99
	2. Juega con él o ella	01	02	98	99
	3. Lo arrulla	01	02	98	99
	4. Lo besa	01	02	98	99
	5. Lo acaricia	01	02	98	99
	6. Baila con él o ella	01	02	98	99
	7. Le canta a él o ella	01	02	98	99

SALUD BUCAL		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
C069	¿Le limpia o lava los dientes a su niño menor de 5 años?	SI.....01
		NO.....02 PASE A D000
		NO APLICA.....03 PASE A D000
C070	¿Qué utiliza para limpiar o lavar los dientes de su niño menor de 5 años?	CEPILLO DE DIENTES.....A
		PASTA DE DIENTES.....B
		HILO DENTAL.....C
		PALILLOS DE DIENTES.....D
		OTRO (Especificar).....X

D. ALIMENTACIÓN EN LA NIÑEZ		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
D000	ENTREVISTADOR(A): ¿EL NIÑO ES HIJO BIOLÓGICO DE LA INFORMANTE?	SI- SIGA A D001 NO- PASE A D008
D001	ENTREVISTADOR(A): ¿EL NIÑO ES MENOR DE 36 MESES (3 AÑOS)?	SI- SIGA A D002 NO- PASE A D015
D002	¿Le dio de mamar alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 01 NO..... 02 PASE A D004
D003	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) se lo puso al pecho? SI LA MADRE RESPONDE QUE SE LO PUSO AL PECHO INMEDIATAMENTE CIRCULE 000. SI MENOS DE UNA HORA CIRCULE 1 Y PONGA 00 HORAS. SI MENOS DE 24 HORAS, CIRCULE 1 Y ANOTE EL NÚMERO DE	INMEDIATAMENTE 000
		HORAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A D005

D. ALIMENTACIÓN EN LA NIÑEZ

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																																																			
D009	<p>El día de ayer, durante el día y la noche, le dieron a (NOMBRE) algún líquido como...?</p> <p>(LEA OPCIONES, Solo se necesita frecuencia de 2 y 3)</p> <p>1. Agua sola, pura agua.....</p> <p>2. Fórmula o leche de bote.....</p> <p>3. Leche líquida de vaca o cabra.....</p> <p>4. Jugos (naturales o enlatados).....</p> <p>5. Caldo (de frijol, de verduras, etc) o consomé.....</p> <p>6. Agüitas o té (ej: de manzanilla, arroz, canela, de cebada, etc).....</p> <p>7. Atoles ralos o Incaparina rala.....</p> <p>8. Café.....</p> <p>9. Otros líquidos: (especifique) _____</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>SI</u></td> <td style="text-align: center;"><u>NO</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">[][] veces</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">[][] veces</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> </table>	<u>SI</u>	<u>NO</u>		01	02		01	02	[][] veces	01	02	[][] veces	01	02		01	02		01	02		01	02		01	02																									
<u>SI</u>	<u>NO</u>																																																				
01	02																																																				
01	02	[][] veces																																																			
01	02	[][] veces																																																			
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
D010	A qué edad le inició a dar alimentos que no son líquidos?	<p>MESES [][]</p> <p>TODAVÍA NO COME--- 98 PASE A D013</p>																																																			
D011	<p>¿El día de ayer, durante el día y la noche, le dieron a (NOMBRE) de comer alguna comida que no fueran líquidos, como...?</p> <p>LEA OPCIONES, Sólo se necesita frecuencia para L (productos lácteos)</p> <p>A. Cereales, pan, tortilla, arroz, pasta u otra comida hecha de granos.....</p> <p>B. Güicoy sazón, ayote, zanahoria, camote u otra verdura amarilla/anaranjada.</p> <p>C. Papas blancas, yuca, malanga, ichintal u otra verdura que sea raíz</p> <p>D. Hojas/hierbas color verde oscuro como macuy, bledo, espinacas, o acelga</p> <p>E. Mango maduro, papaya o mamey.....</p> <p>F. Alguna otra verdura o fruta.....</p> <p>G. Hígado, riñón, corazón u otras vísceras.....</p> <p>H. Cualquier carne como res, cerdo, pollo, cordero, cabra, carnes de monte o pato</p> <p>I. Huevos.....</p> <p>J. Pescado fresco o seco, mariscos o conchas.....</p> <p>K. Frijoles, arvejas, habas, lentejas, manías, nueces o semillas.....</p> <p>L. Queso, crema, yogurt u otro producto derivado de la leche.....</p> <p>M. Comidas hechas con aceite, manteca, mantequilla o mayonesa.....</p> <p>N. Comidas dulces como chocolate, dulces, pastel o galletas.....</p> <p>O. Condimentos: chiles, especias, hierbas, ketchup, mostaza o pasta de tomate.</p> <p>P. Larvas, insectos o caracoles.....</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>SI</u></td> <td style="text-align: center;"><u>NO</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">.02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">[][] veces</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">.02</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td></td> </tr> </table>	<u>SI</u>	<u>NO</u>		01	02		01	02		01	02		01	02		01	.02		01	02		01	02		01	02		01	02		01	02	[][] veces	01	02		01	02		01	02		01	02		01	.02		01	02	
<u>SI</u>	<u>NO</u>																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	.02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02	[][] veces																																																			
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	02																																																				
01	.02																																																				
01	02																																																				

D. ALIMENTACIÓN EN LA NIÑEZ

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
	Q. Comidas hechas con aceite de palma.....	
D012	¿El día de ayer, durante el día y la noche, cuántas veces comió (NOMBRE) comida que no fueran líquidos?	Número de veces <input type="text"/> NO SABE.....98
D013	¿El día de ayer, durante el día y la noche, (NOMBRE) tomó algún líquido en pacha?	SI..... 01 NO..... 02 NO SABE..... 98
D015	¿Alguna vez recibió usted plática o charla sobre lactancia materna?	SI..... 01 NO..... 02 PASE A D018 INFORMANTE NO ES LA MADRE..... 96 PASE A D018 NO RECUERDA..... 98 PASE A D018

D. ALIMENTACIÓN EN LA NIÑEZ			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
D016	La plática o charla que recibió, ¿fue antes o después del parto?	Solamente antes.....	01
		Antes y después.....	02
		Solamente después.....	03
		No recuerda.....	98
D017	¿Quién/es le dieron plática o charla sobre lactancia materna? LEA LAS OPCIONES		SI NO
		Médico.....	01 02
		Enfermero(a).....	01 02
		Nutricionista.....	01 02
		Vigilante de Salud(a).....	01 02
		Promotor(a) de salud.....	01 02
		Comadrona.....	01 02
		Madre líder o consejero(a).....	01 02
		Video.....	01 02
		Otro (especificar).....	01 02
D018	¿Alguna vez recibió usted plática o charla sobre la edad de empezar a dar comidas suaves, semi-sólidas y solidas a (nombre)?	SI.....	01
		NO.....	02
		INFORMANTE NO ES LA MADRE.	96
		NO RECUERDA.....	98
D019	¿Alguna vez recibió usted plática o charla sobre cómo empezar a dar comidas suaves, semi-sólidas y solidas a (nombre) y los tipos de comidas que debe ofrecer?	SI.....	01
		NO.....	02 PASE A E001
		INFORMANTE NO ES LA MADRE.....	96 PASE A E001
		NO RECUERDA.....	98 PASE A E001
D020	¿Cuándo fue la última vez que alguien hablo con usted sobre la alimentación de (nombre)?	DIAS.....01	<input type="text"/>
		MESES.....02	<input type="text"/>
		AÑOS.....03	<input type="text"/>
		NS/NR.....98	

E. CONSUMO DE ALIMENTOS FORTIFICADOS

Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en su casa que le hayan dado a (NOMBRE)

		E001	E002
	NOMBRE DEL ALIMENTO	¿En el día de ayer durante el día o la noche, _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?	¿Durante los últimos 7 días, cuántos días _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?
A	PAN DULCE DE MANTECA O TOSTADO (CHAMPURRADA, HOJALDRAS, ETC)?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
B	PAN DESABRIDO (FRANCÉS, PIRUJO O RODAJA)?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
C	ALIMENTOS PREPARADOS EN CASA CON HARINA DE TRIGO COMO PASTELES, GALLETAS, TORTILLAS, MAGDALENAS, EMPANADAS O PARA ESPESAR COMIDAS?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
D	SI CONSUMEN HARINA DE MAÍZ EN LA CASA: ALIMENTOS PREPARADOS EN CASA CON HARINA DE MAÍZ, COMO TAMALITOS, TORTILLAS, ATOLES, O PARA ESPESAR COMIDAS?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
E	JUGOS O BEBIDAS ENVASADAS O ENLATADAS?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
F	REFRESCO PREPARADO EN CASA CON AZÚCAR INCORPORADA, COMO TANG, TOKI, YUS?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
G	SI CONSUMEN AZÚCAR MORENA EN LA CASA: BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR MORENA?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
H	SI CONSUMEN AZÚCAR ESTANDAR (NORMAL) EN LA CASA: BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR ESTANDAR (NORMAL)?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
I	SI CONSUMEN AZÚCAR BLANCA (REFINADA) EN LA CASA: BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR BLANCA (REFINADA)?	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
J	SI CONSUMEN SAL GRUESA/GRANUDA EN LA CASA: ALIMENTO PREPARADO CON SAL	Sí01 NO.....02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

E. CONSUMO DE ALIMENTOS FORTIFICADOS

Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en su casa que le hayan dado a (NOMBRE)

		E001	E002
	NOMBRE DEL ALIMENTO	¿En el día de ayer durante el día o la noche, _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?	¿Durante los últimos 7 días, cuántos días _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?
	GRUESA/GRANUDA?	NS/NR.....98	
K	SI CONSUMEN SAL FINA/DE MESA EN LA CASA: ALIMENTO PREPARADO CON SAL FINA/DE MESA (REFINADA)?	Sí01 NO02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
L	SI CONSUMEN SAL PARA GANADO/ANIMALES EN LA CASA: ALIMENTO PREPARADO CON SAL PARA GANADO/ANIMALES	Sí01 NO02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
M	ATOL DE INCAPARINA O COMIDAS PREPARADAS CON INCAPARINA?	Sí01 NO02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9
N	ATOL DE VITACEREAL O COMIDAS PREPARADAS CON VITACEREAL/ALIMENTO COMPLEMENTARIO FORTIFICADO	Sí01 NO02 NO CONSUMEN.....88 PASE A SIG. ALIMENTO NS/NR.....98	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe.....9

F. ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO

HAGA LAS MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS PARA EL NIÑO ÍNDICE DE 0 A 59 MESES SELECCIONADO EN LA PREGUNTA A027 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR

F000 Anote el No. de línea del niño seleccionado (Nombre) _____
(ver hoja de Composición Familiar en Formulario de Hogar)

Niño es menor de 6 meses ☐

Prueba/ Medición	F001 Resultado de medición	F002 Medición	F003 Fecha de medición	F004 Persona que realiza la medición	F005 Hora de medición	F006 Código de equipo	F007 Peso de ROPA
A. Longitud/ Talla en centíme- tros	Medido(a) longitud--1 Medido(a) talla-----2 No presente-----3 Rechazo-----5 Otro-----6 (ESPECIFIQUE)	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: right;">Cm.</div>	DIA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Nombre _____	HORAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MINUTOS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código Tallímetro <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
B. Peso en kilogra- mos	Medido(a) -----1 No presente----3 Rechazo-----5 Otro-----6 (ESPECIFIQUE)	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: right;">Kg.</div>	DIA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Nombre _____	HORAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MINUTOS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código de Pesa <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: right;">Kg.</div>

OBSERVACIONES: _____

ETIQUETA DE
HOGAR
GHCUESXXXX

ETIQUETA DE
NIÑO
GCCUESXXXX

G. ÍNDICES BIOLÓGICOS DEL NIÑO- Tome muestras de sangre del niño seleccionado

G000 Anote el No. de línea del niño seleccionado
(ver hoja de Composición Familiar)

(Nombre) _____

G001	G002	Altura (msnm)	Punto Corte Anemia (-g/dl)
Código del Técnico del laboratorio: _____	Código del Hemocue		
Nombre (iniciales): _____	_____	_____	_____

Tiempo de proceso

G003 Hora de inicio del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)	G004 Hora de finalización del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)
_____ : _____ Hora Minutos	_____ : _____ Hora Minutos

	G005 Fecha de la toma de la muestra sangre venosa (día/mes/año)	Verificación del proceso de toma de la muestra			ETIQUETA MUESTRA DE MICROTAINER LILA (escanear con Tablet)
Toma de muestra sangre VENOSA	_____/_____/_____	G006 Consentimiento	Si...01	No...02	
		G007 Recolectada	Si...01	No...02	
		G008 Volumen suficiente (>2.5 mL)	Si...01	No...02	
		G009 Muestra MRDR recolectada	Si...01	No...02	ETIQUETA MUESTRA DE VACUTAINER AZUL (escanear con Tablet)
G010	G011	G012			
Se pudo hacer la medición de Hb	Valor de hemoglobina	Entrega de boleta de informe para anemia			
Si01 No.....02	_____ . _____ g/dL	Si entregó boleta01 No.....02			

Registro de realización de la prueba de MRDR (sólo niños 6 a 59 meses)	G013 Hora de ingesta de dosis Vitamina A2	G014 Hora de toma de muestra	
	_____ : _____ Hora Minutos	_____ : _____ Hora Minutos	

