

ETIQUETA DE  
HOGAR  
GHCUESXXXX

ETIQUETA DE  
SAC  
GACUESXXXX

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

## MODULO DE NIÑO/A O ADOLESCENTE DE 6 A 14 AÑOS - CUESTIONARIO DE LA MADRE Y/O DEL NIÑO/A

### 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/A O ADOLESCENTE SELECCIONADO/A: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y CÓDIGO DE INFORMANTE: \_\_\_\_\_

--	--

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 09 NIÑO AUSENTE 10 NIÑO RECHAZA 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																				
<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Talla	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Peso	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Sangre Venosa	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Orina	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Circunferenci a cintura	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Circunferenci a cadera	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		Presión arterial

A006. IDIOMA DE LA ENTREVISTA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		A007. USO DE INTERPRETE 1=SI 2=NO	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		A008. IDIOMA MATERNO	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
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)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
A010. Supervisor(a)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
A012. Supervisor(a) General	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

























B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE NIÑO/A O ADOLESCENTE		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
B000	ENTREVISTADOR(A): ¿EL NIÑO O ADOLESCENTE ES HIJO BIOLÓGICO DE LA INFORMANTE?	SI..... 01 NO..... 02
B000a	ENTREVISTADOR(A): ¿LAS RESPUESTAS LAS BRINDARÁ LA INFORMANTE?	SI..... 01 NO..... 02
B001	¿En qué día, mes y año nació [NOMBRE]?  SI NO SE ACUERDA LA INFORMANTE, PÍDALE LA CERTIFICACIÓN DE RENAP O PARTIDA DE NACIMIENTO	DIA..... MES..... AÑO..... 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 ..... NO RECUERDA ..... 98
***SI LA EDAD DEL NIÑO ES DE MENOR DE 6 O MAYOR DE 14 AÑOS, 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 BUCAL DE NIÑO/A O ADOLESCENTE												
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS										
PREGUNTA DIRECTA A NIÑO/A O ADOLESCENTE: SI 6 O MÁS Y MENOS DE 10, MADRE O CUIDADOR/A DEBE RESPONDER, CON NIÑO/A AL LADO												
C001	¿Se lava o limpia los dientes?	SI.....01 NO.....02 PASE A D000 NS/NR.....98 PASE A D000										
C002	¿Qué utiliza para lavarse o limpiarse los dientes?	CEPILLO DE DIENTES.....A PASTA DE DIENTES.....B HILO DENTAL.....C PALILLOS DE DIENTES.....D OTRO (Especificar).....X										
C003	¿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).....												



D. ALIMENTACIÓN DE NIÑO/A O ADOLESCENTE			
Nº	PREGUNTAS Y RESPUESTAS POR GRUPO DE ALIMENTO		
DIVERSIDAD DE LA DIETA			
<b>Ahora le voy a preguntar por varios tipos de comida que comió (NOMBRE). Si niño/a o adolescente tiene entre 10 y 14 años, se pregunta directamente a niño/a o adolescente. Si tiene entre 6 y más y menos de 10, responde la madre o cuidador/a con niño/a al lado.</b>			
Nº	NOMBRE DEL ALIMENTO	D001. ¿Usted comió ayer durante el día y la noche, dentro o fuera de su hogar (Pregunte por cada comida) .....?	D002. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días usted consumió (Pregunte por cada comida)?
A	Maíz, avena, pan, arroz, tortillas, pastas 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
E	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
F	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
G	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
H	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
I	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
J	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
K	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
L	Frutas ricas en Vitamina A (mango maduro, papaya, o mamey)?	SÍ .....01 NO .....02	Número de días: _____ No consumió...0

D. ALIMENTACIÓN DE NIÑO/A O ADOLESCENTE			
Nº	PREGUNTAS Y RESPUESTAS POR GRUPO DE ALIMENTO		
DIVERSIDAD DE LA DIETA			
<b>Ahora le voy a preguntar por varios tipos de comida que comió (NOMBRE). Si niño/a o adolescente tiene entre 10 y 14 años, se pregunta directamente a niño/a o adolescente. Si tiene entre 6 y más y menos de 10, responde la madre o cuidador/a con niño/a al lado.</b>			
Nº	NOMBRE DEL ALIMENTO	D001. ¿Usted comió ayer durante el día y la noche, dentro o fuera de su hogar (Pregunte por cada comida) .....?	D002. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días usted consumió (Pregunte por cada comida)?
		NO CONSUMEN.....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b> NS/NR.....98	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
<b>Q</b>	Comidas preparadas con aceites (no 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)?	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, 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. ALIMENTACIÓN DE NIÑO/A O ADOLESCENTE			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
<b>Información de dieta recogida directamente con el/la niño/a o adolescente de 6 a 14 años: Si niño/a o adolescente tiene entre 10 y 14 años, se pregunta directamente a niño/a o adolescente. Si tiene entre 6 y más y menos de 10, responde la madre o cuidador/a con niño/a al lado.</b>			
D003	¿Desayunas antes de ir a la escuela?	Sí .....01 NO.....02 NS/NR.....98	
D004	¿Llevas refacción a la escuela?	Sí .....01 NO.....02 NS/NR.....98	
D005	¿Llevas dinero para comprar en la escuela?	Sí .....01 NO.....02 NS/NR.....98	
D006	¿Te dan refacción en la escuela?	Sí .....01 NO.....02 <b>PASE A D008</b> NS/NR.....98 <b>PASE A D008</b>	
D007	¿Te comes la refacción que te dan en la escuela?	Casi siempre .....01 Algunas veces.....02 Nunca.....03 NS/NR.....98	
D008	Al salir de la escuela, ¿almuerzas?	Sí .....01 NO.....02 NS/NR.....98	
<b>Percepciones que tiene niño/a de 6 y más a menos de 10 años sobre los alimentos</b>			
D009	¿Qué te parece la refacción escolar?       01      02      03      04      05      06	NS/NR      98 NO APLICA    99	— —
D010	¿Qué te parecería comer verduras todos los días?       01      02      03      04      05      06	NS/NR      98 NO APLICA    99	— —
D011	¿Qué te parecería comer frutas todos los días?       01      02      03      04      05      06	NS/NR      98 NO APLICA    99	— —
D012	¿Qué te parece tomar agua pura?       01      02      03      04      05      06	NS/NR      98 NO APLICA    99	— —
D013	¿Si pudieras escoger, qué preferirías beber? Entre----- y ----- A. Gaseosa o jugos de naranja o de otra fruta	01 Gaseosa 02 Jugos de naranja o de otra fruta	
	B. Agua pura o gaseosa	01 Gaseosa 02 Agua pura	
	C. Jugo de naranja u otra fruta o agua pura	01 Jugo de naranja y otra fruta 02 Agua pura	

D. ALIMENTACIÓN DE NIÑO/A O ADOLESCENTE		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>D014</b>	¿Si pudieras escoger, qué preferirías comer? Entre ----- y -----	01 Galletas
	A. Galletas o bolsa de tórtix, doritos, chicharrines o parecido	02 Bolsa de tórtix, doritos, chicharrines o parecido
	B. Fruta o galletas	01 Fruta
		02 Galletas
	C. Bolsa de tórtix, doritos, chicharrines o parecido o fruta	01 Bolsa de tórtix, doritos, chicharrines o parecido
		02 Fruta
	D. Panes o sándwich o galletas	01 Panes o sándwich
		02 Galletas
	E. Panes o sándwich o bolsa de tortrix, doritos, chicharrines o parecido	01 Panes o sándwich
		02 Bolsa de tortrix, doritos, chicharrines o parecido
	F. Fruta o dulces	01 Fruta
		02 Dulces

D. CONSUMO DE ALIMENTOS FORTIFICADOS			
<p>Ahora voy a preguntarle a la informante o al/la niño/a o adolescente sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en casa que haya consumido <b>NOMBRE</b>)</p> <p>Respuesta dada por informante (cuando niño menor de 10 años).....01</p> <p>Respuesta dada por niño/a o adolescente de 10 a 14.....02</p>			
		D015	D016
	<b>NOMBRE DEL ALIMENTO</b>	¿En el día de ayer durante el día o la noche, _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?	¿Durante los últimos 7 días, cuántos días _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?
<b>A</b>	PAN DULCE DE MANTECA O TOSTADO (CHAMPURRADA, 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>B</b>	PAN DESABRIDO (FRANCÉS, 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>C</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
<b>D</b>	<b>SI CONSUMEN HARINA DE MAÍZ EN LA CASA:</b> ALIMENTOS PREPARADOS EN CASA CON HARINA DE MAÍZ, COMO TAMALES, 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 consumió...0 No sabe .....9
<b>E</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 consumió...0 No sabe .....9
<b>F</b>	REFresco PREPARADO EN CASA CON AZÚCAR INCORPORADA, COMO TANG,	Sí .....01 No .....02 NO CONSUMEN .....88 <b>PASE A SIG. ALIMENTO</b>	Número de días: _____ No consumió...0 No sabe .....9

### D. CONSUMO DE ALIMENTOS FORTIFICADOS

Ahora voy a preguntarle a la informante o al/la niño/a o adolescente sobre el consumo de ciertos alimentos y otros que fueron preparados en casa que haya consumido **NOMBRE)** Respuesta dada por informante (cuando niño menor de 10 años).....01  
 Respuesta dada por niño/a o adolescente de 10 a 14.....02

		D015	D016
	<b>NOMBRE DEL ALIMENTO</b>	¿En el día de ayer durante el día o la noche, _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?	¿Durante los últimos 7 días, cuántos días _____ consumió (NOMBRE ALIMENTO)?
	TOKI, YUS?	NS/NR.....98	
<b>G</b>	<b>SI CONSUMEN AZÚCAR MORENA EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR MORENA?	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>	<b>SI CONSUMEN AZÚCAR ESTANDAR (NORMAL) EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR ESTANDAR (NORMAL)?	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>	<b>SI CONSUMEN AZUCAR BLANCA (REFINADA) EN LA CASA:</b> BEBIDA O ALIMENTO CON AZÚCAR BLANCA (REFINADA)?	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>	<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 consumió...0 No sabe.....9
<b>K</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 consumió...0 No sabe.....9
<b>L</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 consumió...0 No sabe.....9
<b>M</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 consumió...0 No sabe.....9
<b>N</b>	ATOL DE VITACEREAL O COMIDAS PREPARADAS CON VITACEREAL	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



### E. ACTIVIDAD FÍSICA DE NIÑO/A O ADOLESCENTE DE 10 A 14 AÑOS

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
E001	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste actividad física por un total de al menos 60 minutos al día? SUMA TODO EL TIEMPO QUE PASAS HACIENDO ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA CADA DÍA.	00. 0 días 01. 1 día 02. 2 días 03. 3 días 04. 4 días 05. 5 días 06. 6 días 07. 7 días 98. NS/NR
E002	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste de la casa a la escuela o regresaste caminando o en bicicleta?	00. 0 días 01. 1 día 02. 2 días 03. 3 días 04. 4 días 05. 5 días 06. 6 días 07. 7 días 98. NS/NR
E003	En este ciclo escolar, ¿cuántos días a la semana fuiste a clase de educación física en la escuela?	00. 0 días 01. 1 día 02. 2 días 03. 3 días 04. 4 días 05. 5 días o más 98. NS/NR
E004	Durante los últimos 12 meses, ¿en cuántos equipos de deportes has jugado?	00. 0 equipos 01. 1 equipo 02. 2 equipos 03. 3 o más equipos 98. NS/NR
E005	Durante este ciclo escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases los beneficios de la actividad física?	SÍ .....01 NO .....02 NS/NR .....98
E006	<b>CUANDO NO ESTÁS EN LA ESCUELA O HACIENDO TAREAS</b> Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasas sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras actividades que exigen permanecer sentado, como jugar videojuegos, escuchar música o conectarse en el internet en el chat con los amigos?	00. Menos de 1 hora al día 01. 1 a 2 horas al día 02. 3 a 4 horas al día 03. 5 a 6 horas al día 04. 7 a 8 horas al día 05. Más de 8 horas al día 98. NS/NR

## F. ANTROPOMETRÍA DE NIÑO/A O ADOLESCENTE

HAGA LAS MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS PARA NIÑO/A O ADOLESCENTE ÍNDICE DE 6 A 14 AÑOS SELECCIONADO EN LA PREGUNTA E003 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR

**F000** Anote el No. de línea de sujeto seleccionado   (ver hoja de Composición Familiar en Formulario de Hogar)

(Nombre) \_\_\_\_\_

**Niño tiene de 6 a 14 años**

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;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <span style="margin-left: 10px;">Cm.</span> </div>	DIA <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	Código <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> Nombre _____	HORAS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> MINUTOS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	Código Tallímetro <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	
B. Peso en kilogra- mos	Medido(a) -----1 No presente-----3 Rechazo-----5 Otro-----6 (ESPECIFIQUE)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <span style="margin-left: 10px;">Kg.</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <span style="margin-left: 10px;">Kg.</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <span style="margin-left: 10px;">Kg.</span> </div>	DIA <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	Código <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> Nombre _____	HORAS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> MINUTOS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	Código de Pesa <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"/> <span style="margin-left: 10px;">Kg.</span> </div>

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_



Prueba/ Medición	F008 Resultado de medición	F009 Medición	F010 Fecha de medición	F011 Persona que realiza la medición	F012 Hora de medición	F013 Código de equipo	F014 Peso de ROPA
C. Circunferencia de cintura y cadera  <b>CINTURA</b>	Medida----- 01 No presente----- 02 Embarazada----- 03 Rechazo----- 04 Otro----- 96 (ESPECIFIQUE)	<div> <div> <div></div><div></div><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 de cinta <div><div></div><div></div></div>	
<b>CADERA</b>	Medida----- 01 No presente----- 02 Embarazada----- 03 Rechazo----- 04 Otro----- 96 (ESPECIFIQUE)	<div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>●</div> <div> <div></div> </div> <div>Cm.</div>					

AÑOS CUMPLIDOS:

ETIQUETA DE  
HOGAR  
GHCUESXXXX

ETIQUETA DE  
SAC  
GACUESXXXX

**G. ÍNDICES BIOLÓGICOS DE NIÑO/A O ADOLESCENTE SELECCIONADO/A**

**G000** Anote el No. de línea del sujeto seleccionado   (Nombre) (ver hoja de Composición Familiar)

<p><b>G001</b></p> <p>Código del Técnico del laboratorio: _____</p> <p>Nombre (iniciales): _____</p>	<p><b>G002</b></p> <p>Código del Hemocue</p> <p>_____</p>	<p>Altura (msnm)</p> <p>_____</p>	<p>Punto Corte Anemia (-g/dl)</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Tiempo de proceso</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p><b>G003</b> Hora de inicio del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p><b>G004</b> Hora de finalización del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p> </td> </tr> </table>	<p><b>G003</b> Hora de inicio del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>	<p><b>G004</b> Hora de finalización del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>
<p><b>G003</b> Hora de inicio del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>	<p><b>G004</b> Hora de finalización del proceso de sangre venosa (Horas: minutos)</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>					

<b>Toma de muestra sangre VENOSA</b>	<p><b>G005</b> Fecha de toma muestra sangre venosa (día/mes/año)</p> <p>_____ / _____ / _____</p>	<p><b>Verificación del proceso de toma de la muestra</b></p>			<p><b>G010</b> Se pudo hacer la medición de Hb</p> <p>Si...1      No...2</p>	<p><b>ETIQUETA MUESTRA DE SANGRE VENOSA TUBO LILA (escanear con Tablet)</b></p> <p><b>ETIQUETA MUESTRA DE SANGRE ZINC TUBO AZUL (escanear con Tablet)</b></p>
		<p><b>G006</b> Consentimiento</p>	Si...1	No...2	<p><b>G011</b> Valor de hemoglobina</p> <p>_____ g/dL</p>	
		<p><b>G007</b> Recolectada</p>	Si...1	No...2		
		<p><b>G008</b> Volumen suficiente</p>	Si...1	No...2		
	<p><b>G009</b> Muestra ZINC/MRDR recolectada</p>	Si...1	No...2	<p><b>G012</b> Entrega de boleta de informe para anemia</p>	<p>Si...1 (entregó boleta)</p>	No...2

<b>Toma de muestra de ORINA</b>	<p><b>G013</b> Fecha de la toma de la muestra de orina (día/mes/año)</p> <p>_____ / _____ / _____</p>	<p><b>Verificación del proceso de toma de la muestra</b></p>				<p><b>ETIQUETA MUESTRA DE ORINA (escanear con Tablet)</b></p>
		<p><b>G014</b> Consentimiento</p>	Si...01	No...02		
		<p><b>G015</b> Recolectado yodo tubo orina</p>	Si...01	No...02		
		<p><b>G016</b> Volumen suficiente</p>	Si...01	No...02		

<b>Registro de realización de la prueba de MRDR</b>	<p><b>G017</b> Hora de ingesta de dosis Vitamina A2</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>	<p><b>G018</b> Hora de toma de muestra</p> <p>_____ : _____</p> <p style="text-align: center;">Hora      Minutos</p>	<p><b>Registro de presión arterial</b></p> <p><b>DEBERÁ REGISTRAR EN LA TABLET UNA ÚNICA MEDICIÓN DE PRESIÓN SANGUÍNEA</b></p>		
			<p><b>G019A</b> Sistólica</p> <p>_____ mm/g</p>	<p><b>G020A</b> Diastólica</p> <p>_____ mm/g</p>	<p><b>G021</b></p> <p>Código del Aparato</p> <p>_____</p>
			<p><b>G019B</b> Sistólica</p> <p>_____ mm/g</p>	<p><b>G020C</b> Diastólica</p> <p>_____ mm/g</p>	

			<b>G019B</b> Sistólica ____ _ mm/g	<b>G020C</b> Diastólica ____ _ mm/g	
--	--	--	---------------------------------------	--	--