

ANEXO 4

Instrumentos del ENSAB IV

Módulo 3. Madre o Cuidador (A) de niños de 1, 3 y 5 años

 <p>MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB IV) ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD BUCAL</p>	 <p>S.E.I. S.A. Sistemas Especializados de Información S.A. <i>En encuestas e información... Calidad por compromiso</i></p>	 <p>Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá</p>	
MÓDULO 3. MADRE O CUIDADOR (A) DE NIÑOS DE 1, 3 Y 5 AÑOS				
Número identificación muestral: 				
CONTROL OPERATIVO				
RESULTADOS DE LAS VISITAS				
	Fecha Día Mes Año	Hora Inicio	Hora Fin	Resultado
1	 - - 	 	 	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → ____
2	 - - 	 	 	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → ____
3	 - - 	 	 	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → ____
CÓDIGOS DE RESULTADO DE ENTREVISTA				
1. Completa	3. Rechazo	5. Ausente no recuperable		
2. Incompleta	4. Ausente momentáneo	6. Otro: _____		
4. Nombre del entrevistador: _____		Identificación 		
5. Nombre del supervisor: _____		Identificación 		
6. Tipo de supervisión:		Verificación personal	1 <input type="checkbox"/>	
		Verificación telefónica	2 <input type="checkbox"/>	
		Acompañamiento	3 <input type="checkbox"/>	
		Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	
7. ¿Revisó el formulario? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>				
I. INSERCIÓN SOCIAL				
100	ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden del niño(a), de las preguntas 200, y 203 b del Módulo 1. Hogar.	a. Nombres y apellidos:		
		b. No. orden:		
		c. edad		
101	¿Cuál es el tipo del documento de identidad de <u>Nombre de niño(a)</u> ?	Registro civil	1 <input type="checkbox"/>	
		Otro, ¿cuál?	2 <input type="checkbox"/>	
		No tiene	3 <input type="checkbox"/> → 103	
102	Número del documento:	 	No sabe 1 <input type="checkbox"/>	
103A	ENTREVISTADOR(A): Verifique la pregunta 100C, ¿el niño tiene 5 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 104 No 2 <input type="checkbox"/>		
103B	¿De acuerdo con la edad, el esquema de vacunación del niño(a) está?	Completo	1 <input type="checkbox"/>	
		Incompleto	2 <input type="checkbox"/>	
		Sin información (no es posible verificar con el carné)	3 <input type="checkbox"/>	
104	La persona que responde este módulo:	Vive en este hogar	1 <input type="checkbox"/>	

		No vive en este hogar	2 <input type="checkbox"/> → 106
105	De las personas de la matriz del hogar responde este módulo 👤 <i>Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.</i>	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→ 108
106	Nombre de la persona que responde este módulo: (<i>cuidador del niño(a)</i>)		
107	Parentesco con el niño(a):	1= Padre / Madre 2= Hermano (a) 3= Cuñado (a)	4= Otro familiar 5= No pariente 6= Empleada doméstica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
108	El principal responsable económico del niño(a) es: 👤 <i>Espere respuesta y marque una sola opción</i>	Su madre	1 <input type="checkbox"/>
		Su padre	2 <input type="checkbox"/> → 111
		Familiar cercano que vive con el niño	3 <input type="checkbox"/> → 112
		Familiar cercano que NO vive con el niño	4 <input type="checkbox"/> → 113
		Otro no familiar que vive con el niño	5 <input type="checkbox"/> → 112
		Otro no familiar que NO vive con el niño	6 <input type="checkbox"/> → 113
109	En cuanto a la madre biológica de <u>Nombre del niño(a)</u> :	Vive en este hogar	1 <input type="checkbox"/>
		No vive en este hogar	2 <input type="checkbox"/> → 113
110	De las personas de la matriz del hogar quien es la madre biológica de _____ 👤 <i>Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.</i>	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→ 114
111	En cuanto al padre biológico de <u>Nombre del niño(a)</u> :	Vive en este hogar	1 <input type="checkbox"/>
		No vive en este hogar	2 <input type="checkbox"/> → 113
111A	De las personas de la matriz del hogar quien es el padre biológico de _____ 👤 <i>Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.</i>	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→ 114
112	De las personas de la matriz del hogar quien es el familiar cercano u otro familiar que responde económicamente por _____ 👤 <i>Registre nombre y número de orden de esta persona, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.</i>	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→ 114
113	Por favor dígame los siguientes datos de esta persona.		
	a. Nombres y apellidos:		
	b. Edad:		
	c. ¿Cuál es el parentesco de <u>Nombre del principal responsable económico</u> con <u>Nombre del niño(a)</u> :	6= Padre / Madre 8= Hermano (a) 9= Cuñado (a)	11= Otro familiar 12= No pariente 13= Empleada doméstica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos se identifica <u>Nombre del principal responsable económico</u> ?	1= Indígena 2= ROM (Gitano) 3= Raízal del archipiélago de San Andrés y Providencia 4= Palenquero de San Basilio 5= Negro(a), Mulato(a), Afro colombiano(a) o Afro Descendiente	6= Blanco 7= Mestizo 8= Otras etnias 9= No definido 10= No sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e.Cuál es la afiliación al sistema general de seguridad social de <u>Nombre del principal responsable económico</u>	1= Contributivo 2= Subsidiado 3= Excepcional	4= Especial 5= No asegurado 6= No sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por <u>Nombre del principal responsable económico</u> ?	1. Ninguno → 114 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria	5. Técnico o tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado 8. No sabe no responde → 114 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Último grado o año aprobado en ese nivel		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
114	La ocupación de (<u>nombre del principal responsable económico del niño(a)</u>) es: 👤 <i>Marque solamente la opción más importante, es decir aquella que genera mayores ingresos). En aquellos casos en que la persona tenga 2 ocupaciones que le generan exactamente los mismos ingresos diligencie las preguntas 115 y</i>	Profesional o técnico que ejerce independientemente	1 <input type="checkbox"/>
		Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)	2 <input type="checkbox"/>
		Empleado público titulado (profesional o técnico)	3 <input type="checkbox"/>
		Empleado de empresa particular no titulado	4 <input type="checkbox"/>
		Empleado público no titulado	5 <input type="checkbox"/>
		Artesano	6 <input type="checkbox"/>

116	Comerciante propietario de pequeño negocio	7 <input type="checkbox"/>	
	Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	8 <input type="checkbox"/>	
	Obrero o trabajador manual de empresa no propia	9 <input type="checkbox"/>	
	Jornalero o peón	10 <input type="checkbox"/>	
	Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico / empleada doméstica / ayudante familiar sin remuneración	11 <input type="checkbox"/>	
	Jubilado	12 <input type="checkbox"/>	
	Militar	13 <input type="checkbox"/>	
	Pequeño trabajador agrícola	14 <input type="checkbox"/>	
	Rentista	15 <input type="checkbox"/>	
	Otra, ¿cuál? _____	16 <input type="checkbox"/>	
	Ninguna (desempleado/a)	17 <input type="checkbox"/> ➔ 118	
	No sabe	18 <input type="checkbox"/> ➔ 118	
115	<u>Nombre del principal responsable económico</u> tiene una segunda ocupación: <div style="float: right;"> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 117 </div>		
116	¿Cuál es esa ocupación? 🗣 Encuestador(a) registre el número que corresponde de las opciones de la pregunta 114 <div style="float: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>		
117	¿Cuál es la función de <u>(Nombre del principal responsable económico del niño/a)</u> en su trabajo? 🗣 Lea las opciones de respuesta y marque una sola opción	Hace el trabajo	1 <input type="checkbox"/>
		Dirige y organiza el trabajo de otros	2 <input type="checkbox"/>
		Hace y dirige el trabajo	3 <input type="checkbox"/>
		No aplicable (fuera del proceso productivo)	4 <input type="checkbox"/>
118	¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos de <u>(Nombre principal responsable económico del niño/a)</u> ? 🗣 Espere respuesta, marque una sola opción	Alquiler de propiedad	1 <input type="checkbox"/>
		Jornal diario o por semana	2 <input type="checkbox"/>
		Negocio particular	3 <input type="checkbox"/>
		Pensión jubilar	4 <input type="checkbox"/>
		Sueldo como empleado del sector público	5 <input type="checkbox"/>
		Sueldo como empleado del sector privado	6 <input type="checkbox"/>
		Sueldo como obrero	7 <input type="checkbox"/>
		Sueldo como trabajador del campo	8 <input type="checkbox"/>
		Sueldo como empleada doméstica	9 <input type="checkbox"/>
		Ventas ambulantes	10 <input type="checkbox"/>
		Honorarios por servicios	11 <input type="checkbox"/>
		Donaciones de familiares u otras personas o entidades	12 <input type="checkbox"/>
		Subsidio del Gobierno	13 <input type="checkbox"/>
		Limosna	14 <input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? _____	15 <input type="checkbox"/>
		Ninguna (desempleado/a)	16 <input type="checkbox"/>
		No sabe	17 <input type="checkbox"/>
119	¿En cuál de estos rangos de dinero se ubican los ingresos mensuales de <u>(Nombre del principal responsable económico del niño/a)</u> ? 🗣 Lea las opciones de respuesta Tarjeta	Menos de medio SMLV (\$294.750)	1 <input type="checkbox"/>
		Entre medio y 1 SMLV (\$294.751 - \$589.500)	2 <input type="checkbox"/>
		Más de 1 y menos de 2 SMLV (\$589.501 - \$1.179.000)	3 <input type="checkbox"/>
		Más de 2 y menos de 3 SMLV (\$1.179.001 - \$1.768.500)	4 <input type="checkbox"/>
		Más de 3 y menos de 4 SMLV (\$1.768.501 - \$2.358.000)	5 <input type="checkbox"/>
		Más de 4 SMLV (\$2.358.001 o más)	6 <input type="checkbox"/>
		Ninguna (desempleado/a)	7 <input type="checkbox"/>
		No sabe	8 <input type="checkbox"/>
120	<u>(Nombre del principal responsable económico del niño/a)</u> es <div style="float: right;"> a. Locales <input type="text"/> </div>		

propietario/a de: 🗣️ <i>Lea las opciones de respuesta y marque las dos más importantes que mencione el entrevistado(a)</i>	b. Tierra	<input type="checkbox"/>
	c. Máquinas (vehículo)	<input type="checkbox"/>
	d. Herramientas	<input type="checkbox"/>
	e. Mercancías	<input type="checkbox"/>
	Nada	1 <input type="checkbox"/>
	No sabe	2 <input type="checkbox"/>

II. ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO

201	¿Dónde permanece (<u>Nombre del niño(a)</u>) la mayor parte del tiempo?	Asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar	1 <input type="checkbox"/>
		Asiste a una escuela o colegio	2 <input type="checkbox"/>
		Permanece en la casa	3 <input type="checkbox"/>
		Permanece en la casa de familiares, amigos o vecinos	4 <input type="checkbox"/>
202	¿Con quién permanece (<u>Nombre del niño(a)</u>) la mayor parte del tiempo?	Con su padre o madre	1 <input type="checkbox"/>
		Con un pariente mayor de edad	2 <input type="checkbox"/>
		Con un pariente menor de edad	3 <input type="checkbox"/>
		Con vecinos y/o amigos	4 <input type="checkbox"/>
		Solo	5 <input type="checkbox"/>
		Con una empleada o niñera	6 <input type="checkbox"/>
203	¿El cuidador del niño es miembro del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> ➔ 205	
		No	
204	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por la persona que cuida al niño/a?	Ninguno	1 <input type="checkbox"/> ➔ 205
		Preescolar	2 <input type="checkbox"/>
		Primaria	3 <input type="checkbox"/>
		Secundaria	4 <input type="checkbox"/>
		Técnico o tecnológica	5 <input type="checkbox"/>
		Universitaria	6 <input type="checkbox"/>
		Posgrado	7 <input type="checkbox"/>
		No sabe no responde	8 <input type="checkbox"/> ➔ 205
204 ^a	Último grado o año aprobado en ese nivel	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
205	¿Alguna vez <u>Nombre del niño(a)</u> ha sido llevado a consulta con el/la odontólogo/a?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		Nunca	2 <input type="checkbox"/> ➔ 212
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> ➔ 210
206	¿A qué edad fue llevado por primera vez <u>Nombre del niño(a)</u> al odontólogo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> Años 2 <input type="checkbox"/>
207	¿Cuándo fue llevado <u>Nombre del niño(a)</u> a consulta con el/la odontólogo/a por última vez? 🗣️ <i>Espere respuesta, marque una sola opción</i>	Hace menos de 1 año	1 <input type="checkbox"/>
		Entre 1 y 2 años	2 <input type="checkbox"/>
		Más de 3 años	3 <input type="checkbox"/>
		No sabe/no recuerda	4 <input type="checkbox"/>
208	¿En dónde fue la última consulta de <u>Nombre del niño(a)</u> con el/la odontólogo/a? 🗣️ <i>Lea opciones de respuesta, marque una sola opción</i>	En el servicio que le ofrece la EPS	1 <input type="checkbox"/>
		En un consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS)	2 <input type="checkbox"/>
		En un centro/puesto de salud u hospital	3 <input type="checkbox"/>
209		Por una urgencia	1 <input type="checkbox"/>

	¿Cuál fue el motivo de la última consulta?	Para un tratamiento	2 <input type="checkbox"/>
		Por revisión/prevención	3 <input type="checkbox"/>
		Certificado odontológico	4 <input type="checkbox"/>
210	¿Alguna vez ha solicitado cita o llevado a <u>Nombre del niño(a)</u> al odontólogo/a y NO lo atendieron?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 213
		No sabe / No responde	3 <input type="checkbox"/> → 213
211	¿Qué razón le dieron para no atenderlo/a?	No había citas en ese momento	1 <input type="checkbox"/> → 213
		El niño/a está muy pequeño/a	2 <input type="checkbox"/> → 213
		No está afiliado al SGSSS o no aparecía en las bases de datos	3 <input type="checkbox"/> → 213
	🔊 Espere respuesta, marque una sola opción	No se dejó atender	4 <input type="checkbox"/> → 213
		Otro. ¿Cuál? _____	5 <input type="checkbox"/> → 213
212	¿Cuáles son los motivos por los que nunca ha llevado a <u>Nombre del niño(a)</u> a consulta con el/la odontólogo/a?	a) No ha sentido la necesidad/No sabía	<input type="checkbox"/>
		b) Por falta de dinero	<input type="checkbox"/>
		c) Le da miedo, nervios o pena	<input type="checkbox"/>
		d) No ha tenido tiempo	<input type="checkbox"/>
		e) Dificultad para conseguir la cita	<input type="checkbox"/>
		f) Piensa que no tiene derecho a consulta odontológica	<input type="checkbox"/>
		g) No sabe dónde prestan el servicio	<input type="checkbox"/>
		h) No tiene dónde acudir	<input type="checkbox"/>
		i) El sitio de atención es muy lejano	<input type="checkbox"/>
		j) No le dan permiso en el trabajo	<input type="checkbox"/>
		k) El médico/pediatra no lo ha recomendado	<input type="checkbox"/>
		l) Está muy pequeño/a	<input type="checkbox"/>
	🔊 Espere respuesta, puede marcar más de una opción	No sabe	1 <input type="checkbox"/>
213	¿A qué edad comenzaron a realizar la higiene de la boca a <u>Nombre del niño(a)</u> ?	_____ meses	
	Registre el tiempo en meses	No sabe	91 <input type="checkbox"/>
		Nunca le han realizado la higiene de la boca	92 <input type="checkbox"/> → 224
214	Generalmente, ¿quién hace la higiene de la boca de <u>Nombre del niño(a)</u> ?	El niño solo	1 <input type="checkbox"/>
	🔊 Lea opciones de respuesta. Marque una sola opción	El niño con el padre/madre o adulto/acudiente	2 <input type="checkbox"/>
		El padre/madre o acudiente	3 <input type="checkbox"/>
215	¿Cuándo se le cepillan los dientes a <u>Nombre del niño(a)</u> ?	a. Al levantarse	<input type="checkbox"/>
	🔊 Lea opciones de respuesta, puede marcar varias opciones	b. Después del desayuno	<input type="checkbox"/>
		c. Después del almuerzo	<input type="checkbox"/>
		d. Después de la comida/cena	<input type="checkbox"/>
		e. Antes de acostarse	<input type="checkbox"/>
216	¿Utiliza crema dental para el cepillado de los dientes de <u>Nombre del niño(a)</u> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 218	

217	¿Desde qué edad empezó a usar la crema dental para el cepillado de <u>Nombre del niño(a)</u> ? Registre el tiempo en meses	I ____ I ____ I meses	
		Nunca la ha usado	1 <input type="checkbox"/>
		No sabe	2 <input type="checkbox"/>
218	¿Ha recibido información sobre el tipo de crema dental que debe usar para el cepillado de <u>Nombre del niño(a)</u> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/>	
219	¿Ha recibido información sobre la cantidad de crema dental que debe usar para el cepillado de <u>Nombre del niño(a)</u> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/>	
220	ENTREVISTADOR(A): Revise, ¿marco 1 en la pregunta 218 o 219?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 222A	
221	¿De dónde o de quién ha recibido información sobre el tipo y/o cantidad de crema? Espere respuesta, puede marcar más de una opción	a. Radio/TV	<input type="checkbox"/>
		b. Charlas sobre higiene bucal en su EPS	<input type="checkbox"/>
		c. Internet	<input type="checkbox"/>
		d. Escuela, colegio, guardería a donde asiste el niño	<input type="checkbox"/>
		e. Odontólogo/a	<input type="checkbox"/>
		f. Otro profesional de la salud	<input type="checkbox"/>
		g. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>
222A	ENTREVISTADOR(A): Revise, ¿marco 1 en la pregunta 216?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 224	
222	¿Qué cantidad de crema dental usa <u>Nombre del niño(a)</u> para el cepillado? Lea las opciones de respuesta Usar tarjeta	¼ de cepillo	1 <input type="checkbox"/>
		½ cepillo	2 <input type="checkbox"/>
		¾ cepillo	3 <input type="checkbox"/>
		Todo el cepillo	4 <input type="checkbox"/>
223	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> tiene/tenía el hábito de comer crema dental o tragársela durante el cepillado?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		Algunas veces	2 <input type="checkbox"/>
		Nunca	3 <input type="checkbox"/>
		No sabe	4 <input type="checkbox"/>
224	¿Hasta qué edad le dieron a <u>Nombre del niño(a)</u> leche materna en forma exclusiva?	I ____ I ____ I meses	
		Nunca la dieron	91 <input type="checkbox"/>
		No sabe	92 <input type="checkbox"/>
225	¿En la actualidad <u>Nombre del niño(a)</u> toma biberón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 227 No 2 <input type="checkbox"/>	
226	¿Hasta qué edad tomó biberón <u>Nombre del niño(a)</u> ?	I ____ I ____ I meses	
		Nunca	91 <input type="checkbox"/> → 229
		No sabe	92 <input type="checkbox"/>
227	En el biberón le dan o le daban:	a. Leche materna	<input type="checkbox"/>
		b. Leche de fórmula	<input type="checkbox"/>
		c. Otros tipos de leche	<input type="checkbox"/>
		d. Bebidas azucaradas	<input type="checkbox"/>
		e. Bebidas no azucaradas	<input type="checkbox"/>
		f. Gaseosas	<input type="checkbox"/>
		g. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>

228	¿Nombre del niño(a) duerme o dormía con el biberón?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sabe 3 <input type="checkbox"/>
-----	---	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

229	A. Durante la semana pasada, ¿Cuántas veces comió alguno de los siguientes alimentos?					B. ¿Cuándo comió ____ cuántas porciones consumió al día?		
		NUNCA	1 VEZ POR SEMANA	ENTRE 2 Y 3 VECES POR SEMANA	ENTRE 4 Y 6 VECES POR SEMANA	UNA PORCIÓN AL DÍA	DOS O MÁS PORCIONES AL DÍA	NO SABE
	a. Cereales, raíces, tubérculos, plátanos	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b. Hortalizas, verduras y leguminosas verdes	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	c. Frutas	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	d. Carne, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	e. Lácteos	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	f. Grasas	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	g. Azúcares y dulces	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	h. Gaseosas	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i. Jugos de caja o frasco, jugos/zumos de fruta natural endulzados y agua de panela	1 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	