**Manual CUESTIONARIO GENERAL T1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **hora\_ini** | Entero | 2 | Hora de inicio |  |
| **min\_ini** | Entero | 2 | Minuto de inicio |  |
| **f\_dia** | Entero | 2 | Día de la entrevista |  |
| **f\_mes** | Entero | 2 | Mes de la entrevista |  |
| **f\_anio** | Entero | 2 | Año de la entrevista |  |
| **folio** | Entero largo | 4 | Folio |  |
| **etapa** | Texto corto | 2 | Etapa | T1 |
| **cod\_ent** | Entero | 2 | Código del entrevistador |  |
| **edad** | Entero | 2 | 1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? |  |
| **s2** | Entero | 2 | 2. Eres, hombre o mujer | 1=Hombre 2=Mujer |
| **vna** | Entero | 2 | 2.1 ¿Eres Latino/Hispano? | 1=Si 2=No |
| **vnc** | Entero | 2 | 2.2 ¿Habla alguna lengua indígena? | 1=Si 2=No |
| **vnc\_esp** | Texto corto | 255 | 2.2 ¿Cuál? |  |
| **s3** | Entero | 2 | 3. ¿Actualmente estás estudiando? | 1=Si 2=No |
| **s4\_n** | Entero | 2 | 4. ¿En qué grado estudias? (Nivel) | 0=No fue a la escuela 1=Primaria 2=Técnico post-primaria 3=Secundaria 4=Técnico post-secundaria 5=Carrera Comercial 6=Carrera Técnica 7=Preparatoria o vocacional 8=Técnico Post-vocacional 9=No sabe |
| **s4\_g** | Entero | 2 | 4. ¿En qué grado estudias? (Grado) |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s5\_n** | Entero | 2 | 5. ¿Cuál es tu último grado de estudios? (Nivel) | 0=No fue a la escuela 1=Primaria 2=Técnico post-primaria 3=Secundaria 4=Técnico post-secundaria 5=Carrera Comercial 6=Carrera Técnica 7=Preparatoria o vocacional 8=Técnico Post-vocacional 9=No sabe |
| **s5\_g** | Entero | 2 | 5. ¿Cuál es tu último grado de estudios? (Grado) |  |
| **s6** | Entero | 2 | 6. ¿Trabajas Actualmente? | 1=Si 2=No |
| **s7** | Entero | 2 | 7. Respondente | 1= Madre 2=Padre 3=Abuelo/a 4=Otro |
| **s7\_esp** | Texto corto | 255 | 7. Especifique |  |
| **vn8** | Entero | 2 | 8. ¿Quién es el jefe del hogar? | 1= Esposo o pareja 2= Usted misma 3= Hijo(a) 4= Padre 5= Madre 6= Hermano(a) 7= Cuñado(a) 8= Otro 9= No pariente 99= No sabe |
| **vn9\_n** | Entero | 2 | 9. Pensando en el (la) jefe (a) del hogar. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó? | 0=No fue a la escuela 1=Primaria 2=Técnico post-primaria 3=Secundaria 4=Técnico post-secundaria 5=Carrera Comercial 6=Carrera Técnica 7=Preparatoria o vocacional 8=Técnico Post-vocacional 9=Profesional 10= Postrado 11=Doctorado 12=No sabe |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **vn9\_g** | Entero | 2 | 9. Pensando en el (la) jefe (a) del hogar. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó? |  |
| **vn10** | Entero | 2 | 10. ¿Cuál es el total de piezas y/o habitaciones con que cuenta su hogar? | 0=Ninguno 1=1 2=2 3=3 4= 4 5=5 6=6 7=7 o más |
| **vn11** | Entero | 2 | 11. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? | 0=Ninguno  1=1 2=2 3=3 4= 4 o más |
| **vn10\_1** | Entero | 2 | 12. ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en algunos baños? | 1=Si 2=No |
| **vn12** | Entero | 2 | 13. ¿Su hogar cuenta con calentador de agua o boiler? | 1=Si 2=No |
| **vn13** | Entero | 2 | 14. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda? | 1= 5 o menos 2= Entre 6 y 10 3= Entre 11 y 15 4= Entre 16 y 20 5= 21 o más |
| **vn14** | Entero | 2 | 15. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, de cemento, o de algún otro tipo de acabado? | 1= Tierra 2= Cemento 3= Mosaico 4= Vinil o Linóleo 5= Alfombra 6= Otro tipo de material o acabado |
| **vn14\_e** | Texto corto | 255 | 15. Especificar |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **vn15** | Entero | 2 | 16. ¿Cuántos automóviles propios (excluyendo taxis) tienen en su hogar? | 0= Ninguno 1= 1 2= 2 3= 3 o más |
| **vn16** | Entero | 2 | 17. ¿Tiene aspiradora que funcione? | 1=Si 2=No |
| **vn17** | Entero | 2 | 18. ¿Tiene lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente que funcione? | 1=Si 2=No |
| **vn18** | Entero | 2 | 19. ¿Tiene horno de microondas que funcione? | 1=Si 2=No |
| **vn19** | Entero | 2 | 20. ¿Tiene tostador eléctrico de pan que funcione? | 1=Si 2=No |
| **vn20** | Entero | 2 | 21. ¿Tiene DVD que funcione? | 1=Si 2=No |
| **vn21n** | Entero | 2 | 22. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar? | 0= Ninguna 1= 1 2= 2 o más |
| **vn\_tv** | Entero | 2 | 23. ¿Cuántas televisiones a color funcionado tienen en este hogar? | 0= Ninguna 1= 1 2= 2 3= 3 o más |
| **vn\_estufa** | Entero | 2 | 24. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? | 1=Si 2=No |
| **s25\_a** | Entero | 2 | 25a. Esmalte de uñas, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_a1** | Entero | 2 | 25a. Esmalte de uñas, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s25\_b** | Entero | 2 | 25b. Productos para aclarar la piel (como cremas, desodorantes o antitranspirantes) | 1=Si 2=No |
| **s25\_b1** | Entero | 2 | 25b. Productos para aclarar la piel (como cremas, desodorantes o antitranspirantes) | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_c** | Entero | 2 | 25c. Desodorante, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_c1** | Entero | 2 | 25c. Desodorante, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_d** | Entero | 2 | 25d. Spray/gel para el cabello, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_d1** | Entero | 2 | 25d. Spray/gel para el cabello, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_e** | Entero | 2 | 25e. Colonia/perfume, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_e1** | Entero | 2 | 25e. Colonia/perfume, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_f** | Entero | 2 | 25f. Jabón en barra (solido), uso | 1=Si 2=No |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s25\_f1** | Entero | 2 | 25f. Jabón en barra (solido), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_g** | Entero | 2 | 25g. Jabón líquido (incluye detergente para los trastes), uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_g1** | Entero | 2 | 25g. Jabón líquido (incluye detergente para los trastes), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_h** | Entero | 2 | 25h. Enjuague bucal, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_h1** | Entero | 2 | 25h. Enjuague bucal, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_i** | Entero | 2 | 25i. Loción, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_i1** | Entero | 2 | 25i. Loción, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_j** | Entero | 2 | 25j. Crema de afeitar, uso | 1=Si 2=No |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s25\_j1** | Entero | 2 | 25j. Crema de afeitar, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_k** | Entero | 2 | 25k. Productos para después de afeitar, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_k1** | Entero | 2 | 25k. Productos para después de afeitar, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_l** | Entero | 2 | 25l. Cosméticos (ej. Tintes de cabello, bases, rubor, sombras de ojos, delineador de ojos, rímel) uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_l1** | Entero | 2 | 25l. Cosméticos (ej. Tintes de cabello, bases, rubor, sombras de ojos, delineador de ojos, rímel) frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_m** | Entero | 2 | 25m. Shampoo, uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_m1** | Entero | 2 | 25m. Shampoo, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_n** | Entero | 2 | 25n. Acondicionador, uso | 1=Si 2=No |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s25\_n1** | Entero | 2 | 25n. Acondicionador, frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_o** | Entero | 2 | 25o. Crema para el cabello (ej. Sedal, Fructis, Vitalis), uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_o1** | Entero | 2 | 25o. Crema para el cabello (ej. Sedal, Fructis, Vitalis), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_p** | Entero | 2 | 25p. Otros productos para el cabello (ej. Mousse, decolorantes/colorantes de cabello, suavizantes, permanentes), uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_p1** | Entero | 2 | 25p. Otros productos para el cabello (ej. Mousse, decolorantes/colorantes de cabello, suavizantes, permanentes), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_r** | Entero | 2 | 25r. Otros artículos de tocador (con base de cera o grasa), uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_r1** | Entero | 2 | 25r. Otros artículos de tocador (con base de cera o grasa), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s25\_re** | Texto corto | 255 | 25. Especifique |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s25\_s** | Entero | 2 | 25. Productos de lavandería (jabón para lavar, suavizante, almidón, etc.), uso | 1=Si 2=No |
| **s25\_s1** | Entero | 2 | 25. Productos de lavandería (jabón para lavar, suavizante, almidón, etc.), frecuencia | 1= Todos los días 2= Un par de veces por semana 3= Una vez por semana 4= 1-3 veces por mes 5= Menos de una vez al mes 6= Nunca 99=No sabe |
| **s26** | Entero | 2 | 26 ¿Hay en tu escuela pisos de vinil o linóleo? | 1= Si 2= No 3= Participante no va a la escuela 9= No sabe |
| **s27** | Entero | 2 | 27. Uso del agua | 1= Agua de la llave 2= Agua filtrada 3= Agua purificada (embotellada/garrafón) |
| **s28** | Entero | 2 | 28. ¿Cuál es la principal fuente de agua para beber en tu casa? | 1= Agua del municipio (red pública) 2= Agua privada (pipa) 3= Agua de garrafón/de entrega 9= No sabe |
| **s29** | Entero | 2 | 29. ¿Alguna vez has preparado/calentado tus alimentos en el horno de microondas en recipientes o envoltorios plásticos, o preparan/calientan en tu casa tus alimentos de esta manera? | 1= Si 2= No 9= No sabe |
| **s30** | Entero | 2 | 30. ¿Con que frecuencia consumes alimentos cocinados/calentados en el microondas en envases o envoltorios plásticos? | 1= Menos de una día al mes 2= De uno a tres días al mes 3= De uno a dos días a la semana 4= 3-5 días a la semana 5= Más de 5 días a la semana 6= Muchas veces al día 9= No sabe |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s31** | Entero | 2 | 31. ¿Con que frecuencia consumes alimentos enlatados (por ejemplo, conservas de frutas, verduras, atún etc.? | 1= Menos de una día al mes 2= De uno a tres días al mes 3= De uno a dos días a la semana 4= 3-5 días a la semana 5= Más de 5 días a la semana 6= Muchas veces al día 9= No sabe |
| **s32** | Entero | 2 | 32. ¿Con que frecuencia consumes bebidas enlatadas (por ejemplo, refrescos? | 1= Menos de una día al mes 2= De uno a tres días al mes 3= De uno a dos días a la semana 4= 3-5 días a la semana 5= Más de 5 días a la semana 6= Muchas veces al día 9= No sabe |
| **s33** | Entero | 2 | 33. ¿Le han aplicado alguna vez a su hija la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)? | 1= Sí 2= No 3= No aplica |
| **s33\_1** | Entero | 2 | 33.1 ¿Cuántas dosis le han aplicado a su hija? | 1= 1 2= 2 9= No sabe |
| **s33\_2d** | Entero | 2 | 33.2 Fecha aproximada de inicio de vacunación, día |  |
| **s33\_2m** | Entero | 2 | 33.2 Fecha aproximada de inicio de vacunación, mes |  |
| **s33\_2a** | Entero | 2 | 33.2 Fecha aproximada de inicio de vacunación, año |  |
| **s33\_3** | Entero | 2 | 33.3 ¿A qué edad se le aplicó a su hija la primera dosis? |  |
| **s33\_4** | Entero | 2 | 33.4 ¿En dónde la vacunaron? | 1= Médico Privado 2= Clínica del IMSS 3= Campaña/en Escuelas 4= Centro de Salud 5= Otro. Especifique |
| **s33\_4esp** | Texto corto | 255 | 33.4 Especifique |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s34\_a** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, enfermedad del corazón | 1= Enfermedad del corazón 2= Enfermedad pulmonar 3= Enfermedad de los riñones 4= Leucemia 5= Presión arterial alta 6= Tuberculosis 7= Herpes 8= Diabetes 9= Presión arterial baja 10= Convulsiones o epilepsia 11= Artritis 12= Fiebre reumática 13= Cirugía del corazón 14= Soplo cardiaco 15= Enfermedad del hígado 16= Hemofilia 17= Hepatitis 18= Cáncer 19= Anemia 20= Enfermedad Psiquiátrica |
| **s34\_b** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Enfermedad Pulmonar |
| **s34\_c** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Enfermedad de los riñones |
| **s34\_d** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Leucemia |
| **s34\_e** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Presión arterial alta |
| **s34\_f** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Tuberculosis |
| **s34\_g** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Herpes |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s34\_h** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Diabetes | 1= Enfermedad del corazón 2= Enfermedad pulmonar 3= Enfermedad de los riñones 4= Leucemia 5= Presión arterial alta 6= Tuberculosis 7= Herpes 8= Diabetes 9= Presión arterial baja 10= Convulsiones o epilepsia 11= Artritis 12= Fiebre reumática 13= Cirugía del corazón 14= Soplo cardiaco 15= Enfermedad del hígado 16= Hemofilia 17= Hepatitis 18= Cáncer 19= Anemia 20= Enfermedad Psiquiátrica |
| **s34\_i** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Presión arterial baja |
| **s34\_j** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Convulsiones o epilepsia |
| **s34\_k** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Artritis |
| **s34\_l** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Fiebre reumática |
| **s34\_m** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Cirugía de corazón |
| **s34\_n** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, soplo cardiaco |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s34\_o** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, enfermedad del hígado | 1= Enfermedad del corazón 2= Enfermedad pulmonar 3= Enfermedad de los riñones 4= Leucemia 5= Presión arterial alta 6= Tuberculosis 7= Herpes 8= Diabetes 9= Presión arterial baja 10= Convulsiones o epilepsia 11= Artritis 12= Fiebre reumática 13= Cirugía del corazón 14= Soplo cardiaco 15= Enfermedad del hígado 16= Hemofilia 17= Hepatitis 18= Cáncer 19= Anemia 20= Enfermedad Psiquiátrica |
| **s34\_p** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, hemofilia |
| **s34\_q** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Hepatitis |
| **s34\_r** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Cáncer |
| **s34\_s** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, Anemia |
| **s34\_t** | Entero | 2 | 34. Ha tenido su hijo/a diagnóstico médico de alguno/os de los siguientes padecimientos, enfermedad Psiquiátrica |
| **s35\_a** | Entero | 2 | 35. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? Asma | 1= Asma 2= Urticaria 3= Alergias 4= Desmayos |
| **s35\_b** | Entero | 2 | 35. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? Urticaria |
| **s35\_c** | Entero | 2 | 35. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? Alergias |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s35\_d** | Entero | 2 | 35. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? Desmayos | 1= Asma 2= Urticaria 3= Alergias 4= Desmayos |
| **s36** | Texto corto | 255 | 36. Describa cualquier condición que crea que pueda evitar que se le haga un examen dental |  |
| **toma\_med2** | Entero | 2 | 37. ¿Está su hijo/a recibiendo algún medicamento actualmente? | 1=Si 2=No |
| **med1h** | Texto corto | 255 | Nombre del medicamento 1 |  |
| **med1h\_c1** | Doble | 8 | Medicamento 1, cantidad (mg) |  |
| **med1h\_c2** | Doble | 8 | Medicamento 1, cantidad (g) |  |
| **med1h\_c3** | Doble | 8 | Medicamento 1, cantidad (ml) |  |
| **med1h\_c4** | Doble | 8 | Medicamento 1, cantidad (UI) |  |
| **med1h\_f1** | Entero | 2 | Medicamento 1, frecuencia (veces por día) |  |
| **med1h\_f2** | Entero | 2 | Medicamento 1, frecuencia (semana) |  |
| **med1h\_f3** | Entero | 2 | Medicamento 1, frecuencia (mes) |  |
| **med1h\_d1** | Entero | 2 | Medicamento 1, duración (dd) |  |
| **med1h\_d2** | Entero | 2 | Medicamento 1, duración (sem) |  |
| **med1h\_d3** | Entero | 2 | Medicamento 1, duración (mm) |  |
| **med1h\_d4** | Entero | 2 | Medicamento 1, duración (aa) |  |
| **med1h\_d5** | Entero | 2 | Medicamento 1, siempre | 1= Siempre |
| **med2h** | Texto corto | 255 | Nombre del medicamento 2 |  |
| **med2h\_c1** | Doble | 8 | Medicamento 2, cantidad (mg) |  |
| **med2h\_c2** | Doble | 8 | Medicamento 2, cantidad (g) |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **med2h\_c3** | Doble | 8 | Medicamento 2, cantidad (ml) |  |
| **med2h\_c4** | Doble | 8 | Medicamento 2, cantidad (UI) |  |
| **med2h\_f1** | Entero | 2 | Medicamento 2, frecuencia (veces por día) |  |
| **med2h\_f2** | Entero | 2 | Medicamento 2, frecuencia (semana) |  |
| **med2h\_f3** | Entero | 2 | Medicamento 2, frecuencia (mes) |  |
| **med2h\_d1** | Entero | 2 | Medicamento 2, duración (dd) |  |
| **med2h\_d2** | Entero | 2 | Medicamento 2, duración (sem) |  |
| **med2h\_d3** | Entero | 2 | Medicamento 2, duración (mm) |  |
| **med2h\_d4** | Entero | 2 | Medicamento 2, duración (aa) |  |
| **med2h\_d5** | Entero | 2 | Medicamento 2, siempre | 1= Siempre |
| **med3h** | Texto corto | 255 | Nombre del medicamento 3 |  |
| **med3h\_c1** | Doble | 8 | Medicamento 3, cantidad (mg) |  |
| **med3h\_c2** | Doble | 8 | Medicamento 3, cantidad (g) |  |
| **med3h\_c3** | Doble | 8 | Medicamento 3, cantidad (ml) |  |
| **med3h\_c4** | Doble | 8 | Medicamento 3, cantidad (UI) |  |
| **med3h\_f1** | Entero | 2 | Medicamento 3, frecuencia (veces por día) |  |
| **med3h\_f2** | Entero | 2 | Medicamento 3, frecuencia (semana) |  |
| **med3h\_f3** | Entero | 2 | Medicamento 3, frecuencia (mes) |  |
| **med3h\_d1** | Entero | 2 | Medicamento 3, duración (dd) |  |
| **med3h\_d2** | Entero | 2 | Medicamento 3, duración (sem) |  |
| **med3h\_d3** | Entero | 2 | Medicamento 3, duración (mm) |  |
| **med3h\_d4** | Entero | 2 | Medicamento 3, duración (aa) |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **med3h\_d5** | Entero | 2 | Medicamento 3, siempre | 1= Siempre |
| **med4h** | Texto corto | 255 | Nombre del medicamento 4 |  |
| **med4h\_c1** | Doble | 8 | Medicamento 4, cantidad (mg) |  |
| **med4h\_c2** | Doble | 8 | Medicamento 4, cantidad (g) |  |
| **med4h\_c3** | Doble | 8 | Medicamento 4, cantidad (ml) |  |
| **med4h\_c4** | Doble | 8 | Medicamento 4, cantidad (UI) |  |
| **med4h\_f1** | Entero | 2 | Medicamento 4, frecuencia (veces por día) |  |
| **med4h\_f2** | Entero | 2 | Medicamento 4, frecuencia (semana) |  |
| **med4h\_f3** | Entero | 2 | Medicamento 4, frecuencia (mes) |  |
| **med4h\_d1** | Entero | 2 | Medicamento 4, duración (dd) |  |
| **med4h\_d2** | Entero | 2 | Medicamento 4, duración (sem) |  |
| **med4h\_d3** | Entero | 2 | Medicamento 4, duración (mm) |  |
| **med4h\_d4** | Entero | 2 | Medicamento 4, duración (aa) |  |
| **med4h\_d5** | Entero | 2 | Medicamento 4, siempre | 1= Siempre |
| **med5h** | Texto corto | 255 | Nombre del medicamento 5 |  |
| **med5h\_c1** | Doble | 8 | Medicamento 5, cantidad (mg) |  |
| **med5h\_c2** | Doble | 8 | Medicamento 5, cantidad (g) |  |
| **med5h\_c3** | Doble | 8 | Medicamento 5, cantidad (ml) |  |
| **med5h\_c4** | Doble | 8 | Medicamento 5, cantidad (UI) |  |
| **med5h\_f1** | Entero | 2 | Medicamento 5, frecuencia (veces por día) |  |
| **med5h\_f2** | Entero | 2 | Medicamento 5, frecuencia (semana) |  |
| **med5h\_f3** | Entero | 2 | Medicamento 5, frecuencia (mes) |  |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **med5h\_d1** | Entero | 2 | Medicamento 5, duración (dd) |  |
| **med5h\_d2** | Entero | 2 | Medicamento 5, duración (sem) |  |
| **med5h\_d3** | Entero | 2 | Medicamento 5, duración (mm) |  |
| **med5h\_d4** | Entero | 2 | Medicamento 5, duración (aa) |  |
| **med5h\_d5** | Entero | 2 | Medicamento 5, siempre | 1= Siempre |
| **s38** | Entero | 2 | 38. ¿Su hijo/a ha vivido siempre en el DF/Zona Metropolitana del Valle de México? | 1=Si 2=No |
| **s38\_1a** | Texto corto | 255 | 38.1 ¿Dónde ha vivido?, Ciudad |  |
| **s38\_1a1** | Entero | 2 | 38.1 De qué año: |  |
| **s38\_1a2** | Entero | 2 | 38.1 A qué año: |  |
| **s38\_1b** | Texto corto | 255 | 38.1 ¿Dónde ha vivido?, Ciudad |  |
| **s38\_1b1** | Entero | 2 | 38.1 De qué año: |  |
| **s38\_1b2** | Entero | 2 | 38.1 A qué año: |  |
| **s38\_1c** | Texto corto | 255 | 38.1 ¿Dónde ha vivido?, Ciudad |  |
| **s38\_1c1** | Entero | 2 | 38.1 De qué año: |  |
| **s38\_1c2** | Entero | 2 | 38.1 A qué año: |  |
| **s39\_1** | Entero | 2 | 39.1 ¿Usted, (la madre del hijo/a, si el acompañante no es la madre) tiene hijos menores al hijo/a en estudio? | 1=Si 2=No |
| **s39\_2** | Entero | 2 | 39.2 ¿Cuántos? |  |
| **s40\_1** | Entero | 2 | 40.1 Hasta donde recuerda, ¿ha tomado tu hijo (a) pastillas o gotas de flúor recetadas/aplicadas por un dentista o un médico? | 1= Sí 2= No 9= No está seguro |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s40\_2** | Entero | 2 | 40.2 ¿Quién recetó las gotas o pastillas? | 1= Dentista general 2= Dentista para niños 3= Médico familiar 4= Pediatra 5= Otro, especifique |
| **s40\_2esp** | Entero | 2 | 40.2 Otro, especifique |  |
| **s40\_3** | Entero | 2 | 40.3 ¿Qué tipo tomo? | 1= Gotas 2= Pastillas |
| **s40\_4** | Entero | 2 | 40.4 ¿Recuerda la dosis? | 1= Sí  2= No |
| **s41\_1a** | Entero | 2 | 41.1 Tipo dosis | 1= Gotas 2= Pastillas |
| **s41\_1a1** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_1a2** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_1b** | Entero | 2 | 41.1 Tipo dosis | 1= Gotas 2= Pastillas |
| **s41\_1b1** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_1b2** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_1c** | Entero | 2 | 41.1 Tipo dosis | 1= Gotas 2= Pastillas |
| **s41\_1c1** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_1c2** | Entero | 2 | 41.1 edad |  |
| **s41\_2** | Entero | 2 | 41.2 ¿A qué edad comenzó su hijo(a) a tomar estas gotas o pastillas? | 1= Menos de 2 años 2= De los 2 a 4 años 3= De los 4 a 6 años 4= Mayor de 6 años 9= No recuerda |
| **s41\_3** | Entero | 2 | 41.3 ¿Le ha sido aplicado fluoruro a su hijo(a) por un dentista antes de cumplir los 6 años? | 1= Si, frecuentemente (4 veces o más) 2= Si, ocasionalmente (1 a 3 veces) 3= Si, no estoy segura con qué frecuencia 4= No 9= No estoy seguro |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s41\_4** | Entero | 2 | 41.4 Hasta donde puede recordar, ¿a qué edad empezó a lavar los dientes de su hijo (a)? | 1= Menos de 2 años 2= De los 2 a 4 años 3= De los 4 a 6 años 4= Mayor de 6 años 5= Nunca se los ha cepillado 9= No recuerda |
| **s41\_5** | Entero | 2 | 41.5 ¿A qué edad comenzó su hijo(a) a cepillarse los dientes sólo (a)? | 1= Menos de 2 años 2= De los 2 a 4 años 3= De los 4 a 6 años 4= Mayor de 6 años 5= Nunca se los ha cepillado 9= No recuerda |
| **s41\_6** | Entero | 2 | 41.6 ¿Con que frecuencia normalmente se cepillaba los dientes su hijo(a) antes de los 2 años? | 1= Dos veces al día o más 2= Una vez al día 3= Menos de una vez al día 4= Nunca 9= No está segura |
| **s41\_7** | Entero | 2 | 41.7 ¿Con que frecuencia normalmente se cepillaba los dientes su hijo/a después de los 2 años? | 1= Dos veces al día o más 2= Una vez al día 3= Menos de una vez al día 4= Nunca 9= No está segura |
| **s41\_8** | Entero | 2 | 41.8 ¿A qué edad comenzó su hijo(a) a usar una pasta dental con flúor? | 1= Menos de 2 años 2= De los 2 a 4 años 3= De los 4 a 6 años 4= Mayor de 6 años 9= No recuerda |
| **s41\_9** | Entero | 2 | 41.9 ¿Cual marca de pasta dental usaba su hijo(a) con mayor frecuencia desde el nacimiento hasta los 6 años? | 1= Crest 2= Colgate 3= Aquafresh 4= Otra, especifique |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s41\_9e** | Texto corto | 255 | 41.9 Otra, especifique |  |
| **s43\_1** | Entero | 2 | 43.1 Del nacimiento hasta los 2 años, la cantidad de pasta que usaba su hijo (a) regularmente se parece a la imagen del número |  |
| **s43\_2** | Entero | 2 | 43.2 De los 2 a los 4 años, la cantidad de pasta dental que usaba regularmente su hijo (a) se parece a la imagen del número |
| **s43\_3** | Entero | 2 | 43.3 De los 4 a los 6 años, la cantidad de pasta que usaba regularmente su hijo (a) semeja más cercanamente al número |
| **s43\_4** | Entero | 2 | 43.4 Actualmente, la cantidad de pasta que usaba regularmente su hijo(a) semeja más cercanamente al número |
| **s44\_1** | Entero | 2 | 44.1 ¿Usó su hijo(a) alguna vez un enjuague con flúor antes de los 6 años? | 1= Sí, regularmente (2 o más veces a la semana) 2= Sí, ocasionalmente (menos de 3 veces a la semana) 3= Sí, irregularmente (lo uso después de recién comprado) 4= No 9= No está segura |
| **s44\_2\_1** | Entero | 2 | 44.2.1 ¿A qué edad empezó a usar enjuague? | 1= Menos de 2 años 2= De los 2 a los 4 años 3= De los 4 a 6 años 4= Mayor de 6 años 9= No recuerda |
| **s45\_1** | Entero | 2 | 45.1 ¿Ha participado tu hijo(a) en un programa escolar de enjuagues de flúor en la escuela? | 1= Sí 2= No 9= No está segura |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s45\_2** | Entero | 2 | 45.2 ¿En qué grado estaba su hijo/a al comenzar el programa de enjuagues? | 1= Kínder 2= Preprimaria 3= Primer o segundo de primaria 4= Tercero o cuarto de primaria 5= Quinto o sexto de primaria 6= En secundaria o mayor 9= No está seguro |
| **s46** | Entero | 2 | 46. ¿Es usted la persona a cargo de la provisión de los gastos en alimentos en el hogar? | 1= Sí 2= No |
| **s46\_1** | Entero | 2 | 46.1 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_2** | Entero | 2 | 46.2 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar se quedaron sin alimentos? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_3** | Entero | 2 | 46.3 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación (saludable, nutritiva, balanceada, equilibrada)? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_4** | Entero | 2 | 46.4 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s46\_5** | Entero | 2 | 46.5 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, (comer, almorzar) o cenar? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_6** | Entero | 2 | 46.6 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_6a** | Entero | 2 | 46.6a ¿El informante mencionó al menos un Sí en las preguntas 46.1 a 46.6? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_7** | Entero | 2 | 46.7 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_8** | Entero | 2 | 46.8 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_8a** | Entero | 2 | 46.8a ¿En este hogar viven personas menores de 18 años? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s46\_9** | Entero | 2 | 46.9 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación (saludable, nutritiva, balanceada, equilibrada)? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_10** | Entero | 2 | 46.10 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_11** | Entero | 2 | 46.11 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayudar, (comer, almorzar) o cenar? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_12** | Entero | 2 | 46.12 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_13** | Entero | 2 | 46.13 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **Variable** | **Tipo** | **Tamaño** | **Descripción (labels)** | **Códigos (values and labels)** |
| **s46\_14** | Entero | 2 | 46.14 En los últimos 3 meses, por fala de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |
| **s46\_15** | Entero | 2 | 46.15 En los últimos 3 meses, por fala de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? | 1= Si 2= No 8= No sabe 9= No responde |