

REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

# ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES CONTINUA - 2º CICLO - 2005

**CUESTIONARIO DEL HOGAR**  
AMPARADO POR EL D. L. Nº 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO				VIVIENDA			

## IDENTIFICACIÓN

### A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

DISTRITO \_\_\_\_\_

CENTRO POBLADO .....

### B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ÁREA URBANA

ZONA Nº .....

MANZANA Nº .....

ÁREA RURAL

A.E.R. ....

VIVIENDA Nº.....

CUESTIONARIO  DE

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR \_\_\_\_\_

## VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

### VISITA FINAL

FECHA

1a.

2a.

3a.

FECHA:

DÍA.....

MES.....

AÑO.....

EQUIPO NÚMERO .....

ENTREVISTADORA.....

RESULTADO FINAL.....

NOMBRE DE LA

ENTREVISTADORA

RESULTADO\*\*\*

PRÓXIMA VISITA: FECHA  
HORA

NÚMERO

TOTAL DE VISITAS .....

### \*\*\*CÓDIGOS DE RESULTADO:

- 1 COMPLETA
- 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE
- 3 HOGAR AUSENTE
- 4 APLAZADA
- 5 RECHAZADA
- 6 VIVIENDA DESOCUPADA O NO ES VIVIENDA
- 7 VIVIENDA DESTRUIDA
- 8 VIVIENDA NO ENCONTRADA
- 9 OTRA \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

### DATOS DE CONTROL

TOTAL HOGARES  
EN LA VIVIENDA.....

TOTAL PERSONAS  
EN EL HOGAR .....

MUJERES 15 - 49 AÑOS

Nº DE ORDEN DEL  
INFORMANTE.....

NOMBRE

SUPERVISORA EN EL CAMPO

CRÍTICO DE OFICINA

DIGITADOR (A)

FECHA

## LISTADO DEL HOGAR

Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que **habitualmente** viven en su hogar o que se alojan ahora con usted

Nº OR-DEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACION CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	ELEGIBILIDAD		PARTIDA DE NACIMIENTO
	Dígame por favor el nombre de las personas que <b>habitualmente</b> viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, empezando por el Jefe del Hogar	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el Jefe del Hogar?  01 JEFE 02 ESPOSA/ESPOSO 03 HIJO / HIJA 04 YERNO / NUERA 05 NIETO / NIETA 06 PADRE / MADRE 07 SUEGRO / SUEGRA 08 HERMANO/ HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO/ HIJO DE CRIANZA 11 SIN PARENTESCO 12 EMPLEADA DOMÉSTICA	¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	<b>PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS:</b> ¿Tiene (NOMBRE) Partida de Nacimiento?  1 Si tiene 2 No tiene pero está inscrito(a) 3 No tiene y no está inscrito(a) 8 No sabe
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8b)	(8a)
			SI NO	SI NO	H M	EN AÑOS			
01		0 1	1 2	1 2	1 2		01	01	1 2 3 8
02			1 2	1 2	1 2		02	02	1 2 3 8
03			1 2	1 2	1 2		03	03	1 2 3 8
04			1 2	1 2	1 2		04	04	1 2 3 8
05			1 2	1 2	1 2		05	05	1 2 3 8
06			1 2	1 2	1 2		06	06	1 2 3 8
07			1 2	1 2	1 2		07	07	1 2 3 8
08			1 2	1 2	1 2		08	08	1 2 3 8
09			1 2	1 2	1 2		09	09	1 2 3 8
10			1 2	1 2	1 2		10	10	1 2 3 8
11			1 2	1 2	1 2		11	11	1 2 3 8
12			1 2	1 2	1 2		12	12	1 2 3 8
13			1 2	1 2	1 2		13	13	1 2 3 8
14			1 2	1 2	1 2		14	14	1 2 3 8
15			1 2	1 2	1 2		15	15	1 2 3 8

Sólo para estar segura que tengo una lista completa 1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TOTAL MUJERES 15 A 49 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
		CONTINUA EN OTRO CUESTIONARIO SI 1 NO 2

## LISTADO DEL HOGAR

Nº OR- DEN	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD			PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS			
				CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
	¿(NOMBRE) tiene Seguro de Salud?	<b>SI TIENE SEGURO</b>  ¿ El Seguro de Salud que tiene (NOMBRE) corresponde a:  <b>A</b> ESSALUD / IPSS? <b>B</b> Fuerzas Armadas o Policiales? <b>C</b> Seguro Integral de Salud? <b>D</b> Entidad Prestadora de Salud? <b>E</b> Seguro Privado? <b>Z</b> NO SABE  <b>Z: PASE A 9d</b>		¿Alguno de los seguros de salud indicados está a nombre de (NOMBRE)?	¿Qué hizo (NOMBRE) la semana pasada?  1 ¿Trabajó? 2 ¿Realizó alguna tarea o cachuelo por un pago en dinero o especies? 3 ¿No trabajó pero tenía trabajo? 4 ¿Buscó trabajo? 5 ¿Estudiaba? 6 ¿Quehaceres del hogar? 7 ¿Otro? 8 No Sabe		
	(9 a)		(9 b)		(9 c)		
	SI	NO	NS	SI	NO	NS	
01	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
02	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
03	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
04	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
05	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
06	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
07	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
08	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
09	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
10	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
11	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
12	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
13	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
14	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8
15	1	2	8 PASE A 9d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

Nº OR- DEN	EDUCACIÓN																
	PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS				PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS												
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó (NOMBRE)? 0 INICIAL O 1 PRE-ESCOLAR 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 BACHILLERATO 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA  SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO  SI ES "6" O MÁS, ANOTE "6" EN AÑO	¿Está (NOMBRE) asistiendo actualmente a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el 2005 (NOMBRE) alguna vez asistió a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el 2005 (NOMBRE) ¿a qué nivel y año o grado asiste? (¿asistió?)	Durante el año escolar o académico 2004 (NOMBRE) asistió a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el año escolar o académico 2004 a qué nivel y año o grado asistió (NOMBRE)?										
(10)	(11)	(11a)	(11b)	(11c)	(12)	(12a)											
	SI	NO	NIVEL	AÑO	GRADO	SI	NO	SI	NO	NIVEL	AÑO	GRAD	SI	NO	NIVEL	AÑO	GRAD
01	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 PASE 11c	2	1	2 PASE 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

Nº ORDEN	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES											
	PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS											
	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?			ESTA VIVA			¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?			ESTA VIVO		
	NO O NS: PASE A 15			SI: ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE  NO: ANOTE "00"			NO O NS:  PASE A 10 EN LA SIGUIENTE FILA SI HAY MÁS PERSONAS ; SINO PASE A 21			SI: ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE  NO: ANOTE "00"		
	(13)			(14)			(15)			(16)		
	SI	NO	NS				SI	NO	NS			
01	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
02	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
03	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
04	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
05	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
06	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
07	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
08	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
09	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
10	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
11	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
12	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
13	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
14	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
15	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
21	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	<b>RED PÚBLICA</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 → 22AB FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13  <b>AGUA DE POZO</b> POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 22AB POZO PÚBLICO..... 22  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RIO/ACEQUIA..... 32  AGUA DE LLUVIA..... 41 → 22AB CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 OTRO ..... 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
22	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> EN EL SITIO ..... 996 → 22AB	
22AA	Generalmente, ¿quién va a recoger agua para su hogar?	MUJER ADULTA..... 1 HOMBRE ADULTO..... 2 MUJER MENOR DE 15 AÑOS..... 3 HOMBRE MENOR DE 15 AÑOS..... 4 OTRO ..... 6 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
22AB	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?	<b>RED PÚBLICA</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13  <b>AGUA DE POZO</b> POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 POZO PÚBLICO..... 22  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RIO/ACEQUIA..... 32  AGUA DE LLUVIA..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 AGUA EMBOTELLADA..... 91 → 23 OTRO ..... 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
22 A	En su hogar ¿Qué le hacen al agua que frecuentemente utilizan para tomar o beber?	LA HIERVEN..... 1 LE ECHAN LEJÍA/CLORO..... 2 TAL COMO VIENE DE FUENTE..... 3 AGUA FILTRADA ..... 4 OTRO ..... 6 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
23	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar?	<b>CONECTADO A RED PÚBLICA</b> DENTRO LA VIVIENDA ..... 11 FUERA LA VIVIENDA ..... 21 POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA) ..... 31 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL / CAMPO) ..... 51 OTRO ..... 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	→ 25
23 A	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 → 25 NO..... 2	
24 A	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 ..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
25	¿Tiene en su hogar: - electricidad? - radio? - televisor? - teléfono móvil (celular)? - teléfono fijo? - refrigeradora? - computadora? - internet?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ELECTRICIDAD .....  RADIO .....  TELEVISOR .....  TELÉFONO MOVIL (CELULAR).....  TELÉFONO FIJO.....  REFRIGERADORA .....  COMPUTADORA .....  INTERNET ..... </div> <div> SI 1 1 1 1 1 1 1 1 </div> <div> NO 2 2 2 2 2 2 2 2 </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">→ 26</div> </div> </div>
26	¿Cuál es el combustible que utilizan mas frecuentemente en su hogar para cocinar?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ELECTRICIDAD .....  GAS .....  KEROSENE .....  CARBÓN .....  LEÑA .....  BOSTA .....  NO COCINA.....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 01 02 03 04 05 06 95 96 </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">→ 26AB</div> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">→ 26AB</div> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">→ 26A</div> </div> </div>
26 AA	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea, conducto, desfogue para eliminar el humo?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI .....  NO.....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 1 2 6 </div> </div>	
26 AB	Generalmente, ¿Se cocina dentro de la casa, al aire libre o en cuarto separado?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DENTRO DE LA CASA.....  AL AIRE LIBRE/PATIO/AZOTEA.....  CUARTO SEPARADO.....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 1 2 3 6 </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">→ 26A</div> </div> </div>
26 AC	¿Utiliza un cuarto especialmente para cocinar?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI.....  NO..... </div> <div> 1 2 </div> </div>	
26 A	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HABITACIONES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
26 B	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HABITACIONES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
27	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>PISO NATURAL</b>  TIERRA / ARENA .....    <b>PISO RÚSTICO</b>  MADERA (ENTABLADOS) .....    <b>PISO ACABADO</b>  PARQUET O MADERA PÚLIDA .....  LÁMINAS ASFÁLTICAS, VINÍLICOS O SIMILARES .....  LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES .....  CEMENTO/LADRILLO .....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 11    21    31 32 33 34 96 </div> </div>	
27 A	¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de su vivienda?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO.....  PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO.....  ADOBE O TAPIA .....  QUINCHA (CAÑA CON BARRO) .....  MADERA .....  PIEDRA CON BARRO .....  TRIPLE Y .....  ESTERA .....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 11 12 13 14 15 16 17 18 96 </div> </div>	
27 B	¿Cuál es el material predominante en los techos de su vivienda?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CONCRETO ARMADO.....  MADERA.....  TEJAS.....  PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES.....  CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO.....  PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC.....  OTRO .....  (ESPECIFIQUE) </div> <div> 11 12 13 14 15 16 96 </div> </div>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
27 C	TIPO DE VENTANAS  POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>TIENE VENTANAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON VIDRIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANA CON MADERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON MALLAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	TIENE VENTANAS.....	1	2	VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2	VENTANA CON MADERA.....	1	2	VENTANAS CON MALLAS.....	1	2	VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2	→ 28																																
	SI	NO																																																			
TIENE VENTANAS.....	1	2																																																			
VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2																																																			
VENTANA CON MADERA.....	1	2																																																			
VENTANAS CON MALLAS.....	1	2																																																			
VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2																																																			
28	¿Algún miembro de su hogar tiene:  - bicicleta / triciclo? - motocicleta? - carro ó camión? - carreta? - bote a motor? - otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>BICICLETA / TRICICLO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRO O CAMIÓN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRETA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOTE A MOTOR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		SI	NO	BICICLETA / TRICICLO .....	1	2	MOTOCICLETA .....	1	2	CARRO O CAMIÓN .....	1	2	CARRETA .....	1	2	BOTE A MOTOR .....	1	2	OTRO _____	1	2	(ESPECIFIQUE)																													
	SI	NO																																																			
BICICLETA / TRICICLO .....	1	2																																																			
MOTOCICLETA .....	1	2																																																			
CARRO O CAMIÓN .....	1	2																																																			
CARRETA .....	1	2																																																			
BOTE A MOTOR .....	1	2																																																			
OTRO _____	1	2																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																					
28A	Las siguientes preguntas nos servirán para saber su posibilidad de afrontar problemas en relación a la salud de usted o de alguno de los miembros de su hogar.  ¿Alguno de los miembros de este hogar es dueño de tierras agrícolas?	SI..... 1 NO..... 2	→ 28C																																																		
28B	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	HECTAREAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  OTRA MEDIDA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (ESPECIFIQUE)  NO SABE/NO CONOCE ..... 998																																																			
28C	¿Alguno de los miembros de este hogar es dueño de ...  ...reses ? ...caballos, mulas o burros? ...cabras? ...ovejas? ...aves en general? ...cuyes, conejos? ...cerdos? ...otros animales?  PARA CADA RESPUESTA "SI" PREGUNTE ¿Cuántos?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> <td>CANTIDAD</td> </tr> <tr> <td>RESES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CABALLOS/MULAS/BURROS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CABRAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OVEJAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AVES EN GENERAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CUYES./CONEJOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CERDOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS ANIMALES _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">ESPECIFIQUE</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	CANTIDAD	RESES .....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CABRAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	OVEJAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	AVES EN GENERAL.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CERDOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	OTROS ANIMALES _____	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	ESPECIFIQUE					
	SI	NO	NS	CANTIDAD																																																	
RESES .....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
CABRAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
OVEJAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
AVES EN GENERAL.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
CERDOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
OTROS ANIMALES _____	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
ESPECIFIQUE																																																					
28D	¿Alguno de los miembros de este hogar tiene una cuenta bancaria?	SI..... 1 NO..... 2																																																			
28E	¿Cree que los miembros de este hogar, incluyéndose usted, podrían ser desalojados de esta vivienda?	SI PODRÍA SER DESALOJADO..... 1 NO PODRÍA SER DESALOJADO..... 2 NO SABE ..... 8																																																			



## PESO Y TALLA

VERIFIQUE LA COLUMNA (8) Y REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE Y EDAD DE TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS				MEDICIÓN DE PESO Y TALLA DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS			
Nº DE LÍNEA DE LA COL. (8)	NOMBRE DE LA COL. (2)	EDAD DE LA COL. (7)	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? *	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>

VERIFIQUE LA COLUMNA (1) Y (7) Y REGISTRE EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE, EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS				MEDICIÓN DE PESO Y TALLA DE NIÑOS NACIDOS MENORES DE 6 AÑOS			
Nº DE LÍNEA verifique COL. (1) Y (7)	NOMBRE DE LA COL. (2)	EDAD DE LA COL. (7)	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	DÍA    MES    AÑO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	ACOS.   PAR. 1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1        2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>

\* PARA NIÑO(A)S NO INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS, PREGUNTE DÍA, MES Y AÑO. PARA TODOS LOS DEMÁS NIÑO(A)S COPIE MES Y AÑO DE LA 215 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y PREGUNTE EL DÍA.

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR:

## MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

VERIFIQUE LA COLUMNA (38)	Nº DE LINEA DEL PARIEN-TE/ ADULTO RESPONSABLE. REGISTRE "00" SI NO ESTÁ LISTADO EN EL CUEST. DEL HOGAR.	LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO A MUJERES/ PARIENTES/ADULTO RESPONS. *  CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	ACTUALMENTE EMBARAZADA	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 46</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PRÓX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI ..... 1 NO/NS ..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 46</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PRÓX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI ..... 1 NO/NS ..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 46</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PRÓX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI ..... 1 NO/NS ..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 46</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PRÓX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI ..... 1 NO/NS ..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

### NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

VERIFIQUE COL (39) :	Nº DE LINEA DEL PARIEN-TE/ ADULTO RESPONSABLE. REGISTRE "00" SI NO ESTÁ LISTADO EN EL CUEST. DEL HOGAR.	LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO A MUJERES/ PARIENTES/ADULTO RESPONS. *  CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 MEDIDO(A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
5 MESES Y MAS.. 1 OTRO ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. NINO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5 MESES Y MAS.. 1 OTRO ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. NINO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5 MESES Y MAS.. 1 OTRO ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. NINO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5 MESES Y MAS.. 1 OTRO ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. NINO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5 MESES Y MAS.. 1 OTRO ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. NINO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PROX. LINEA</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

#### \* DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Como parte de esta encuesta, estamos estudiando la presencia de anemia en mujeres y niños. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una nutrición inadecuada. Esta investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento de la anemia.

Solicitamos que usted (y los niños menores de 6 años ) participen en la prueba de anemia, que consiste en dar una gotita de sangre de su dedo. En esta prueba usamos instrumentos descartables y seguros para cada persona. Inmediatamente después de la prueba le estaremos dando los resultados, los cuales serán confidenciales.

Le pido que usted y (NOMBRE DEL NIÑO) participen de la prueba de anemia. Sin embargo, si usted decide no hacerse la prueba está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión. Ahora, por favor dígame ¿Acepta hacerse la prueba de anemia?.

50	<p>VERIFIQUE 47 Y 48</p> <p>NÚMERO DE PERSONAS CON HEMOGLOBINA POR DEBAJO DEL LÍMITE *</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNA O MAS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NINGUNA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>DAR A CADA MUJER/PARIENTE/ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA Y CONTINÚE CON 51</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>DAR A CADA MUJER/PARIENTE/ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA.</p> </div> </div>
51	<p>Hemos detectado un nivel bajo de hemoglobina en ( su sangre/ la sangre de NOMBRE DEL NIÑO (OS)). Esto indica que (usted / NOMBRE DEL NIÑO (OS)) han desarrollado una severa anemia, lo cual es un serio problema de salud. Le sugiero acercarse al establecimiento de salud para obtener tratamiento adecuado para usted (para NOMBRE DEL NIÑO (os)).</p>

### CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

GRUPOS DE EDAD	GRADOS DE ANEMIA	HEMOGLOBINA (g / dl)
	CLASIFICACIÓN	
MEF (15 - 49 años)	Anemia Leve	10.0 - 11.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	< 7.0
Niños de 5 -59 meses y Gestantes	Anemia Leve	10.0 - 10.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	4.0 - 6.9
	Anemia muy Severa	< 4.0

### OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

---

---

---

---

### OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

---

---

---

---

NOMBRE DE LA SUPERVISORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

39	<p><b>ENTREVISTADORA: VEA LA COLUMNA (8) Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIÉN CORRESPONDA</b></p>
----	---

**PROCEDIMIENTO DE SELECCION DE LA MUJER A SER ENTREVISTADA  
EN LA SECCION DE "VIOLENCIA DOMESTICA"**

1. Verifique en la portada el **último dígito del número del cuestionario** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **fila** a usar en el cuadro.

**FILA**

2. Verifique **en la columna 8**, el total de mujeres entre 15-49 años que hay en el listado de hogar y escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la **columna** a usar

**COLUMNA**

3. Circule en el cuadro siguiente el número en la intersección de la correspondiente **FILA Y COLUMNA**.

Ultimo dígito del cuestionario	Número de mujeres listadas en Cuestionario de Hogar							
	Una mujer	Dos mujeres	Tres mujeres	Cuatro mujeres	Cinco mujeres	Seis mujeres	Siete mujeres	Ocho mujeres
<b>0</b>	1	2	2	4	3	6	5	4
<b>1</b>	1	1	3	1	4	1	6	5
<b>2</b>	1	2	1	2	5	2	7	6
<b>3</b>	1	1	2	3	1	3	1	7
<b>4</b>	1	2	3	4	2	4	2	8
<b>5</b>	1	1	1	1	3	5	3	1
<b>6</b>	1	2	2	2	4	6	4	2
<b>7</b>	1	1	3	3	5	1	5	3
<b>8</b>	1	2	1	4	1	2	6	4
<b>9</b>	1	1	2	1	2	3	7	5

4. El número circulado le indica cuál mujer en el LISTADO DE HOGAR es elegible para las preguntas de Violencia Doméstica, es decir, si es la primera mujer listada, o la segunda, la tercera, etc..  
Recuerde que el número circulado en el cuadro de arriba no es equivalente al número de orden de la mujer.
5. Revise la **columna 8** del LISTADO DE HOGAR para poder determinar el **número de orden** de la mujer seleccionada, es decir, el número de orden de la primera mujer listada, o la segunda o la tercera, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas y ponga una X al lado del número de orden en la **columna 8**.