

# ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR: ENDES CONTINUA

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA			

## CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres y los niños menores de cinco años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

¿LA ENTREVISTADA ACEPTA LA ENTREVISTA?

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA  
EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : \_\_\_\_\_

--	--

MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN  
DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

SI = 1

NO= 2

## VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL							
FECHA				FECHA: DÍA..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
RESULTADO***				ENTREVISTADORA..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> RESULTADO FINAL..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS ..... <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							

### \*\*\*CÓDIGOS DE RESULTADO:

1 COMPLETA

4 RECHAZADA

7 OTRA

2 AUSENTE

5 RESPONDIDA PARCIALMENTE

(ESPECIFIQUE)

3 APLAZADA

6 INCAPACITADA

NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)			
FECHA	_____ <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		_____ <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		_____ <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

## SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo? <b>SI ES CIUDAD, SONDEE:</b> ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO ..... 5																													
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 VISITANTE ..... 96	105																												
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? <b>SI ES CIUDAD, SONDEE:</b> ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO ..... 5																													
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																													
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? <b>COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	114																												
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?  - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE AÑO</th> <th style="text-align: center;">ANOTE GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO																												
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
110	<b>VERIFIQUE 106:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> </div> </div>		113																												
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	113																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS ..... 04 NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	<b>VERIFIQUE 108</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> </div> </div>		115
114	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de estas frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA  SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE: ¿Puede Ud. leer parte de alguna de estas frases?	NO PUEDE LEER ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.... 4 _____ ESPECIFIQUE EL IDIOMA CIEGA/PROBLEMAS VISUALES ..... 5	
114A	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?	SI..... 1 NO..... 2	
114B	<b>VERIFIQUE 114</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           CIRCULÓ CÓDIGO 2, 3 ó 4 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           CIRCULÓ CÓDIGO 1 ó 5 <input type="checkbox"/> </div> </div>		116
115	¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
116	¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
117	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
119	¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO ..... 1 QUECHUA ..... 2 AYMARA ..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN ..... 4 IDIOMA EXTRANJERO ..... 5	

## SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 204
203	¿Cuántas hijas viven con usted? ¿Cuántos hijos viven con usted? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con usted? ¿Cuántos hijos no están viviendo con usted? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida, aunque sólo viviera pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 208
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL <b>SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"</b>	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	<b>VERIFIQUE 208:</b> Quisiera asegurarme que tengo la información correcta ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → <b>INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO</b>		
210	<b>VERIFIQUE 208:</b> UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226		

# HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo.

**ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 212 : LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS.**

**SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA FUTURA REFERENCIA.**

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
					<u>SI ESTA VIVO</u>	<u>SI ESTA VIVO</u>	<u>SI ESTA MUERTO</u>		
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  <b>INDAGUE:</b> ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>ANOTE:</b> - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR  ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
01  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3		
02  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
03  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
04  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
05  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
06  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
07  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
08  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2

212	213	214	215	216	217 <u>SI ESTA VIVO</u>	218 <u>SI ESTA VIVO</u>	219 <u>SI ESTA MUERTO</u>	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUÍTELE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR  ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 → 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
10  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 → 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
11  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 → 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
12  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 → 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
13  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 → 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?							SI..... 1 NO..... 2 → 223	
222A	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.							SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA								
223A	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.219)							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES '12 MESES' O '1 AÑO' ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.						1. _____	2. _____	3. _____
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1999. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226. <input type="text"/>								
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1999 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	230
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES.....	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Quando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada <b>en ese momento, quería esperar</b> más tiempo, o <b>no quería tener (más) hijos?</b>	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Se ha hecho control del embarazo?  SI, SÍ, ¿En dónde?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD ..... B FFAA Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA ..... D PUESTO DE SALUD MINSA ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO POSTA DE ESSALUD ..... F  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO MEDICO PARTIC..... H EN CASA DE PARTERA ..... I OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)  NO SE HIZO CONTROL PRENATAL..... Y	230
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	
229B	¿Está Ud. afiliada al Seguro Integral de Salud?	SI..... 1 NO..... 2	230
229C	¿Cómo se enteró Ud. del Seguro Integral de Salud?  ¿Por algún otro medio?  CIRCULE TODAS LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE MENCIONE	POR LA TELEVISIÓN ..... A POR LA RADIO ..... B POR LOS PERIÓDICOS ..... C PERSONAL DE SALUD LE INFORMÓ ..... D A TRAVÉS DE UN FAMILIAR / AMIGOS ..... E CLUB DE MADRES/ COM. POPULAR..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	236
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... AÑO.....	
232	<b>VERIFIQUE 231:</b> ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DE 1999 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DE 1999 <input type="checkbox"/>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
234	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto desde enero de 1999?	SI..... 1 NO..... 2	236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO, QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO POSTERIOR A A ENERO DE 1999 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES QUE TUVO LA PÉRDIDA Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235A	¿Tuvo Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero de 1999?	SI..... 1 NO..... 2	236
235B	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
236	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  _____ FECHA, SI LA DA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> HISTERECTOMIZADA/MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
237	Entre una regla y otra ¿Cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	239
238	Para Ud. ¿Cuáles son esos días?  _____ _____ ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 02 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 04 EN CUALQUIER MOMENTO..... 05 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
239	¿Qué documentos de identificación tiene Ud. ?  ¿Algún otro documento?  CIRCULE TODOS LOS TIPOS DE DOCUMENTO QUE MENCIONE	PARTIDA DE NACIMIENTO ..... A BOLETA DE INSCRIPCION ..... B DNI ..... C LIBRETA ELECTORAL ..... D LIBRETA MILITAR ..... E NO TIENE ..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	



### SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo

301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?

- **ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.**

- **PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:**

¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)

- **ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.**

**PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, PREGUNTE:**

302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?

01	ESTERILIZACION FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas)	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACION MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía)	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre).	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden hacerse colocar por un doctor o enfermera, seis cápsulas en la parte alta de su brazo las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
08	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
09	MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a sus niños sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para no quedar embarazada	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
10	ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
11	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
12	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo	SI ..... 1 NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2
13	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI ..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO ..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2

303 VERIFIQUE 302:

NI UN SOLO "SI"  
(NUNCA HA USADO)

☐

AL MENOS UN "SI"  
(HA USADO MÉTODO)

☐

→ PASE A 307

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A _____ → 327D		
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? <b>CORRIJA 301 - 302 Y 303</b>		
307	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	<b>VERIFIQUE 302 (01):</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ↓           </div> <div style="text-align: center;">             MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> → 311A           </div> </div>		
309	<b>VERIFIQUE 226:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <math>226=2, 8</math>              NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓           </div> <div style="text-align: center;"> <math>226=1</math>              EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 319           </div> </div>		
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	319
311	¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada?  SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE DEL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B → 312 PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES O NORPLANT..... F CONDÓN..... G ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... H → 316 AMENORREA POR LACTANCIA..... I ABSTINENCIA PERIÓDICA..... J RETIRO..... K OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	<b>VERIFIQUE 311</b> EN CASO DE ESTAR CIRCULADOS "A" Y "B", HAGA LAS PREGUNTAS 312 A 315 SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.  ¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA ..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 HOSPITAL DE ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA ..... 18  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 20 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES "ONG"</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG ..... 31 <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... 98	
313	<b>VERIFIQUE 311</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             SEÑALÓ <input type="checkbox"/>              ESTERILIZACIÓN FEMENINA ↓              ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?           </div> <div style="text-align: center;">             SEÑALÓ ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/>              ESTERILIZACIÓN MASCULINA ↓              ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su marido/compañero que no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?           </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
314	¿Ud. se arrepiente (que su esposo haya sido operado) de haber sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	315
314A	¿Por qué está arrepentida (que su esposo haya sido operado) de haber sido operada?	DESEA OTRO HIJO..... 01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02 EFECTOS COLATERALES..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 OTRA RAZÓN: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
315	¿En qué mes y año la(lo) operaron? VERIFIQUE QUE FECHA DEBE SER POSTERIOR A TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO. SONDEE Y CORRIJA SI FUESE NECESARIO.	MES..... AÑO.....	
315A	<b>VERIFIQUE 311:</b> ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ÉL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		318
315B	¿Tomó Ud. la decisión de operarse durante su control pre-natal, en el parto, después del parto, o en otro momento?	EN EL CONTROL PRE-NATAL..... 1 EN EL PARTO..... 2 DESPUÉS DEL PARTO..... 3 EN OTRO MOMENTO..... 6 ESPECIFIQUE	318
316	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	MES..... AÑO.....	
317	<b>VERIFIQUE 311:</b> USUARIAS DE PÍLDORA, CONDÓN O VAGINALES <input type="checkbox"/> <b>311=C, G, H</b> USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA <input type="checkbox"/> <b>311=J</b> USUARIAS DE DIU, INYECCIÓN, NORPLANT, LACTANCIA, RETIRO, OTROS <input type="checkbox"/> <b>311=D,E,F,I,K,X</b>		317C 318
317A	¿Cuál es la marca de (PÍLDORA/CONDÓN/VAGINALES) que está usando?	a. PÍLDORA: ..... b. CONDÓN: ..... c. VAGINALES: .....	
317B	<b>VERIFIQUE 311</b> USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA <input type="checkbox"/> USUARIAS DE OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/>		318
317C	¿Cómo hace usted para saber en qué días no debe tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 1 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 2 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 3 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 4 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 5 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
318	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b> ANTES DE ENERO 1999 <input type="checkbox"/> ENERO DE 1999 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1999 ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
318A	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 318</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           ANTES DE ENERO 1999 <input type="checkbox"/>            ↓  <b>PASE A 320</b> </div> <div>           ENERO DE 1999 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>            ↓  <b>CONTINUE CON 319</b> </div> </div>		
319	<p>Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 1999.</li> <li>- USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA.</li> <li>- NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada?</li> <li>- ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó?</li> <li>- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua?</li> <li>- ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción?</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 2:</b></p> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Por qué dejó de usar (EL MÉTODO)? ¿Dejó de utilizar (EL MÉTODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</li> <li>- ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO.</li> <li>- EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1.</li> <li>- SI DEJÓ DE USAR INTENCIONALMENTE (EL MÉTODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? ANOTE "0" EN CADA MES, EN LA COLUMNA 1</li> </ul>		
320	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 326 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 → 328 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 → 328 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
321	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b> EMPEZÓ A USAR EN ENERO DE 1999 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> EMPEZÓ A USAR ANTES DE 1999 <input type="checkbox"/> → 327 FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>		
321A	<b>SI 320=01 PASE 322</b>  Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA). En ese momento, ¿dónde le prescribieron dicho método?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 PUESTO DE SALUD MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA ..... 18 OTRO GOBIERNO: ..... 19 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG ..... 31 PROMOTORES DE ONG..... 32  <b>OTRO:</b> TIENDA/SUPERMERCADO..... 41 IGLESIA..... 42 AMIGOS/PARIENTES..... 43 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
322	¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	SI..... 1 NO..... 2	324
323	En algún momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con ese método?	SI..... 1 NO..... 2	324A
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	SI..... 1 NO..... 2	
324A	<b>VERIFIQUE 323:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  CIRCULÓ CÓDIGO "1" </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  NO CIRCULÓ "1" O NO SE HIZO PREGUNTA </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> ↓  En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar? </div> <div style="text-align: center;"> ↓  Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	325A
325	¿En algún momento, Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	SI..... 1 NO..... 2 NO TENÍA PREFERENCIA..... 3 NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 OTRO..... 6 ESPECIFIQUE	325E 325C
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
325C	¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usando?	MI ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 MÉDICO, OBSTETRIZ, ENFERMERA..... 02 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 03 PROMOTOR DE SALUD DE ONG..... 04 OTRO..... 96 ESPECIFIQUE	
325D	¿Por qué usted aceptó usar el método que actualmente usa?	FUE RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO O PERSONAL DE SALUD..... 01 NO HABÍA OTRO MÉTODO DISPONIBLE..... 02 ESPOSO/COMPAÑERO QUERÍA ESE MÉTODO.... 03 ME OFRECIERON VÍVERES/SERVICIOS DE SALUD GRATIS..... 04 DEJARÍA DE SER BENEFICIARIA DE ALGÚN PROGRAMA..... 05 OTRO..... 96 ESPECIFIQUE	
325E	<b>VERIFIQUE 312 Ó 321A:</b> 312= CUALQUIER CÓDIGO O 321A=ALGÚN CÓDIGO EN SEGUNDA COLUMNA	321A= OTROS CÓDIGOS	326

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																												
325F	<p>Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el (MÉTODO) la última vez.</p> <p>En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", ¿Qué le pareció:</p> <p>a. El horario de atención?</p> <p>b. La explicación sobre métodos de planificación familiar?</p> <p>c. La información recibida sobre el método prescrito?</p> <p>d. La comodidad de la sala de espera?</p> <p>e. La limpieza de la sala de espera?</p> <p>f. El tiempo de espera?</p> <p>g. El trato del personal administrativo?</p> <p>h. El trato del personal de enfermería?</p> <p>i. El trato del médico(a)?</p> <p>j. Las explicaciones del médico?</p> <p>k. La privacidad en la atención?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BUENO</th><th>REGULAR</th><th>MALO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	BUENO	REGULAR	MALO	NS	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	
BUENO	REGULAR	MALO	NS																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
1	2	3	8																																												
326	<p><b>VERIFIQUE 320:</b></p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330</p> <p>PÍLDORA..... 03 → 327B</p> <p>DIU..... 04 → 327B</p> <p>INYECCIÓN..... 05 → 327B</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → 327B</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08</p>																																													
327	<p>¿Dónde obtuvo usted (METODO), la última vez?</p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p><b>SECTOR GOBIERNO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA..... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... 12</p> <p>PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13</p> <p>HOSPITAL ESSALUD ..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD... 15</p> <p>CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA ..... 18</p> <p>OTRO GOBIERNO:_____ 19</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN</p> <p>FAMILIAR DE ONG ..... 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p><b>OTRO:</b></p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... 41</p> <p>IGLESIA..... 42</p> <p>AMIGOS/PARIENTES..... 43</p> <p><b>OTRO:</b> _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																													
327A	PASE A _____		→ 330																																												
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del DIU/NORPLANT?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 330</p>																																													
327C	¿Cuántos controles se ha hecho en los últimos 12 meses?, es decir desde ..... ( MES, AÑO ) hasta la fecha.	NÚMERO DE CONTROLES.....	→ 330																																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<b>NO EN UNIÓN..... 11</b>  <b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</b> NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSIA..... 23 HISTERECTOMÍA..... 24 INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MÁS HIJOS..... 27 EMBARAZADA..... 28  <b>OPOSICIÓN A USAR</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42 → 330  <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b> PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54  <b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b> FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
328	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 330	
329	¿Cuál es ese lugar?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F OTRO GOBIERNO: _____ G (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H FARMACIA / BOTICA ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTORES DE ONG ..... M  <b>OTRO:</b> TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
330	¿En los últimos 12 meses la ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
331	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	
332	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

## SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	<b>VERIFIQUE 224:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/>              DESDE ENERO DE 1999           </div> <div style="text-align: center;">             NINGÚN NACIMIENTO <input type="checkbox"/> → <b>PASE A 485</b>              DESDE ENERO DE 1999           </div> </div>			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1999 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DE 1999. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno.  Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada <b>entonces</b> , quería <b>esperar más tiempo</b> o <b>no quería</b> tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 422) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 422) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 422) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 422) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)?  SI SI, ¿ Con quién se chequeó? ¿ Se chequeó con alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y <input type="checkbox"/> (PASE A 415) ←		
407A	¿Dónde se controló?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA.. D PUESTO DE SALUD MINSA.. E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULT. MEDICO PART.... H CASA DE PARTERA..... I  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		



	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																					
409	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																							
410	<b>VERIFIQUE 409:</b> NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	<div> <div>UNA VEZ <input type="checkbox"/></div> <div>MAS DE UNA VEZ O NS <input type="checkbox"/></div> </div> <div>           (PASE A 412)           <div></div> </div>																							
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																							
412	En alguno de sus controles, ¿le hicieron algo de lo siguiente?: a. ¿La pesaron? b. ¿Le midieron la barriga? c. ¿Le tomaron la presión arterial? d. ¿Le hicieron un examen de orina? e. ¿Le hicieron un examen de sangre? f. ¿Escucharon los latidos del corazón del bebé?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>PESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS BEBÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	PESO.....	1	2	BARRIGA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	EXAMEN DE ORINA.....	1	2	EXAMEN DE SANGRE..	1	2	LATIDOS BEBÉ.....	1	2		
	SI	NO																							
PESO.....	1	2																							
BARRIGA.....	1	2																							
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																							
EXAMEN DE ORINA.....	1	2																							
EXAMEN DE SANGRE..	1	2																							
LATIDOS BEBÉ.....	1	2																							
413	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 415) ←																							
414	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																							
415	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en el brazo o la nalga para prevenir al bebé contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento? (SI DICE NO SONDEE)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 416) ←																							
415A	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																							
416	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←																							
416A	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998  NRO. DE INYECCIONES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																							
419	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿tuvo usted dificultad con su visión durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																							
420	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿usted sufrió de ceguera nocturna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																							

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
421	<p>¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)?</p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>SU DOMICILIO..... 11</p> <p><b>SECTOR GOBIERNO</b></p> <p>HOSPITAL:</p> <p>MINSA..... 21</p> <p>(PASE A 422) ←</p> <p>ESSALUD..... 22</p> <p>FF.AA. Y PNP..... 23</p> <p>CENTRO SALUD MINSA..... 24</p> <p>PUESTO SALUD MINSA..... 25</p> <p>(PASE A 422) ←</p> <p>POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLINICA PARTICULAR..... 31</p> <p>CONSULT. MEDICO PART.. 32</p> <p>CASA DE PARTERA..... 33</p> <p><b>OTRO:</b> ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		
421A	<p>¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?</p>	<p>NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11</p> <p>QUEDABA MUY LEJOS..... 12</p> <p>NO HABÍA PERSONAL..... 13</p> <p>ESTABA AFILIADA A OTRO</p> <p>SERVICIO DE SALUD..... 14</p> <p>PERSONAL DABA MALOS</p> <p>TRATOS..... 15</p> <p>NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA</p> <p>ATENCIÓN..... 16</p> <p>ESPOSO/FAMILIAR SE</p> <p>OPUSO..... 17</p> <p>POR TRADICIÓN..... 18</p> <p>NO ERA HIGIÉNICO..... 19</p> <p>NO CONFIA EN LA ATENCIÓN. 20</p> <p>PERSONAL ES DESCUIDADO.. 21</p> <p>CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22</p> <p>NO TENÍA DINERO..... 23</p> <p>NO LA QUISIERON ATENDER.. 24</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		
422	<p>(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
423	<p>¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?</p> <p>¿Alguién más?</p> <p>TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON</p> <p>SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS</p>	<p>MÉDICO..... A</p> <p>OBSTETRIZ..... B</p> <p>ENFERMERA..... C</p> <p>SANITARIO..... D</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... E</p> <p>COMADRONA/PARTERA..... F</p> <p>FAMILIAR..... G</p> <p>OTRO: ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE..... Y</p>	<p>MÉDICO..... A</p> <p>OBSTETRIZ..... B</p> <p>ENFERMERA..... C</p> <p>SANITARIO..... D</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... E</p> <p>COMADRONA/PARTERA..... F</p> <p>FAMILIAR..... G</p> <p>OTRO: ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE..... Y</p>	<p>MÉDICO..... A</p> <p>OBSTETRIZ..... B</p> <p>ENFERMERA..... C</p> <p>SANITARIO..... D</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... E</p> <p>COMADRONA/PARTERA..... F</p> <p>FAMILIAR..... G</p> <p>OTRO: ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE..... Y</p>
423A	<p>Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo:</p> <p>a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas?</p> <p>b. ¿Sangrado excesivo después del parto?</p> <p>c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal?</p> <p>d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre?</p> <p>e. ¿Alguna otra complicación?</p>	<p><b>SI NO</b></p> <p>LABOR PROLONGADA..... 1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO..... 1 2</p> <p>FIEBRE CON SANGRADO.... 1 2</p> <p>CONVULSIONES..... 1 2</p> <p>OTRA: ..... 1 2</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
424A	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
424B	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←
424C	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?  SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
424D	¿(NOMBRE) fue inscrito en la Municipalidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
424E	<b>VERIFIQUE 421:</b>  ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 33 Y 96 <input type="checkbox"/> → (PASE A 425A) OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓		
425	Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón al niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425A	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2		
425B	¿(NOMBRE), está afiliada (ado) al Seguro Integral de Salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
426	Durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas como consecuencia del parto:  a. Sangrado intenso por la vagina? b. Desmayo o pérdida de conocimiento? c. Fiebre alta o escalofríos? d. Infección de los senos? e. Dolor y ardor al orinar? f. Flujos o líquidos vaginales? g. Pérdida involuntaria de orina?	<div style="text-align: right;"><b>SI NO</b></div> SANGRADO INTENSO..... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1 2 INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1 2 DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA DE ORINA..... 1 2		
426A	<b>VERIFIQUE 426:</b>	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> ↓ NINGÚN SI <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 427)		
426B	¿Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2		
427	Después del parto de (NOMBRE) ¿tuvo Ud. algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427D) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
427A	¿A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico?  SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	DÍAS DESPUÉS NACIMIENTO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS NACIMIENTO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
427B	¿Quién le hizo el control?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 SANITARIO..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
427C	¿Dónde se controló Ud.?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE)	<b>SU DOMICILIO</b> ..... 11  <b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSAL.. 24 PUESTO DE SALUD MINSAL.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
427D	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2		
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO..... 2 (PASE A 431) ←		
429	¿Le volvió su regla (el período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?			
430	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
431	<b>VERIFIQUE 226:</b>  ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 433)		
432	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 434) ←		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
433	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?  SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98
434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2
435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho?  SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000  HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000  HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000  HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
436A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 437) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 437) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 437) ←
436B	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente?  ¿Algo más?  ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA..... B DEXTOSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO ..... X ESPECIFIQUE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.. A AGUA SOLA..... B DEXTOSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO ..... X ESPECIFIQUE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA..... B DEXTOSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H  OTRO ..... X ESPECIFIQUE
437	VERIFIQUE 404:  ¿NIÑO VIVO?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="text-align: center;">↓ (PASE A 439)</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="text-align: center;">↓ (PASE A 439)</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="text-align: center;">↓ (PASE A 439)</div>
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?  SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←
442	¿En qué lugar recibió la capacitación?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA 24 PUESTO DE SALUD MINSA 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA 24 PUESTO DE SALUD MINSA 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA 24 PUESTO DE SALUD MINSA 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
443	<b>VERIFIQUE 404:</b> NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)
443A	<b>VERIFIQUE 438:</b> ¿LACTANDO?	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> (PASE A 446)	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> (PASE A 446)	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> (PASE A 446)
444	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m)  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
445	¿Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m)  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>
446	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
446A	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos?  SI, SÍ, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE..... 98
449		VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>

## SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

### CUESTIONARIO ADICIONAL

451	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1999. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL FORMULARIO ADICIONAL).			
452	<b>VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212</b>	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE  DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> </div>	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> </div>	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)         </div> </div>
454	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?  ¿Me permite verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 ] (PASE A 456) ←  SÍ, NO VISTA..... 2 ] (PASE A 458) ←  SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 ] (PASE A 456) ←  SÍ, NO VISTA..... 2 ] (PASE A 458) ←  SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 ] (PASE A 456) ←  SÍ, NO VISTA..... 2 ] (PASE A 458) ←  SIN TARJETA..... 3
455	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 ] NO..... 2 ] (PASE A 458) ←	SI..... 1 ] NO..... 2 ] (PASE A 458) ←	SI..... 1 ] NO..... 2 ] (PASE A 458) ←
456	1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span>DÍA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div> BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span>DÍA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div> BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span>DÍA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div> BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	POLIO 0 (Recién nacido)	P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	POLIO 1	P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	POLIO 2	P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	POLIO 3	P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DPT 1	D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DPT 2	D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DPT 3	D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B 1	HvB1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B 2	HvB2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEPATITIS B 3	HvB3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HvB3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEMOFILUS 1	Hib1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEMOFILUS 2	Hib2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIHEMOFILUS 3	Hib3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hib3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	VITAMINA "A" (La más reciente)	VIT. A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VIT. A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VIT. A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANTIAMARÍLICA	Amar. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Amar. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Amar. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
457	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en Jornadas Nacionales o barridos de vacunación?  MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, ANTIHEPATITIS B1-B3, POLIO 0-3, DPT 1-3, ANTIHEMOPHILUS 1-3, ANTIAMARILICA O SARAMPION?	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de Jornada Nacional o barrido de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466)
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
459A	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B que es una inyección que se pone en la nalga o muslo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460)
459B	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra de la Hepatitis B cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2
459C	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)
460A	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2
460B	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	Nº DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	Nº DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	Nº. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en la nalga o muslo cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B)
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHEMOPHILUS, que es para evitar el virus causante de la neumonia y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462D)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462D)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462D)
462C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462D	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A, que es para evitar la mala visión en los niños?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F)
462E	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
462F	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARILICA que es una inyección que se pone en el hombro para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
464	¿Algunas de las vacunas que recibió (NOMBRE) fueron parte de alguna Jornada Nacional o barrido de de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
465	¿En qué Jornada Nacional o barrido de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	JORNADA / BARRIDO 2002. A JORNADA / BARRIDO 2003. B JORNADA / BARRIDO 2004. C OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2002. A JORNADA / BARRIDO 2003. B JORNADA / BARRIDO 2004. C OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2002. A JORNADA / BARRIDO 2003. B JORNADA / BARRIDO 2004. C OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)
466	En los últimos 6 meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←
466A	¿Quién le controló a (NOMBRE) el crecimiento y desarrollo?  ¿ALGUIEN MÁS?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
466B	¿Dónde tuvo lugar el control de (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSAL..... 24 PUESTO DE SALUD MINSAL..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSAL..... 24 PUESTO SALUD MINSAL..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSAL..... 24 PUESTO SALUD MINSAL..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)
466C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? SI NINGUNO, ANOTE "00"	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
467	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
468	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←
469	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>																																																												
469A	<b>VERIFIQUE 467 Y 468:</b>  FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)																																																												
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A) ←																																																												
471	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  <input type="text"/> NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro sitio?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 473) ← PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I (PASE A 473) ← BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 473) ← PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I (PASE A 473) ← BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 473) ← PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I (PASE A 473) ← BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																																																												
472	¿Por qué no acudió a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)																																																												
472A	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre / tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)																																																												
473	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←																																																												
474	¿Durante la diarrea tuvo alguno de estos síntomas o dolencias:  a. Estuvo intranquilo, irritable? b. Estuvo sediento, bebía los líquidos rápidamente? c. Lloraba sin lágrimas? d. Tenía la piel reseca y/o arrugada?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO	1	2	8	SEDIENTO	1	2	8	SIN LÁGRIMAS	1	2	8	PIEL RESECA	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO	1	2	8	SEDIENTO	1	2	8	SIN LÁGRIMAS	1	2	8	PIEL RESECA	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO	1	2	8	SEDIENTO	1	2	8	SIN LÁGRIMAS	1	2	8	PIEL RESECA	1	2	8
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO	1	2	8																																																													
SEDIENTO	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS	1	2	8																																																													
PIEL RESECA	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO	1	2	8																																																													
SEDIENTO	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS	1	2	8																																																													
PIEL RESECA	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO	1	2	8																																																													
SEDIENTO	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS	1	2	8																																																													
PIEL RESECA	1	2	8																																																													
475	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES.. <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES.. <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																												

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
476	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?  SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
477	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, le dió más o le dió menos comida?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
478	¿Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral / Bolsa Salvadora)? b. Frutiflex, electrolite u otro similar? c. Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?	<div style="text-align: right;">SI NO NS</div> SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL..... 1 2 8 SUERO CASERO. 1 2 8	<div style="text-align: right;">SI NO NS</div> SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL..... 1 2 8 SUERO CASERO. 1 2 8	<div style="text-align: right;">SI NO NS</div> SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL..... 1 2 8 SUERO CASERO. 1 2 8
479	¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ◀
480	¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea?  ¿Algo más?  CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D PANETELA (AGUA Y ARROZ) E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D PANETELA (AGUA Y ARROZ) E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D PANETELA (AGUA Y ARROZ) E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento para tratar la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ◀	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ◀	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ◀
482	¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 483) ◀ PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I (PASE A 483) ◀ BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 483) ◀ PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I (PASE A 483) ◀ BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 483) ◀ PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I (PASE A 483) ◀ BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE _____
482A	¿Por qué no acudió a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15
482B	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
482C	¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
483		REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
484	<b>VERIFIQUE 478a Y 478b, PARA TODOS LOS NIÑOS:</b> "SI" EN 478a O EN 478b <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>		486																
485	¿Ha oído hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o del Frutiflex que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																	
486	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1999 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		490																
487	Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Qué síntomas harían que Ud. llevara a su niña/niño a un establecimiento de salud inmediatamente?  ¿Algún otro síntoma?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																	
488	Si uno de sus niños enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado a tratamiento médico?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO SABE..... 8																	
489	¿Qué hace usualmente con las deposiciones de su niño (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO QUEMA EN EL PATIO..... 04 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 05 LO BOTA EN LA BASURA..... 06 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07 OTRO: ..... # (ESPECIFIQUE)																	
490	¿Ha oído o escuchado de una prueba de papanicolaou? (Un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2	492																
491	¿Le hicieron una prueba de papanicolaou en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2																	
492	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2																	
492A	¿Ud. conoce como se hace el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2	493																
492B	¿Ud. misma se realiza el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2																	
493	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, es para Ud. un gran problema o no es problema:  a. ¿Saber a dónde ir? b. ¿Conseguir permiso para ir? c. ¿Conseguir dinero para el tratamiento? d. ¿La lejanía de los servicios médicos? e. ¿Tener que conseguir transporte? f. ¿No querer ir sola? g. ¿Que tal vez no haya personal de salud femenino?	<table border="0"> <thead> <tr> <th>GRAN PROBLEMA</th> <th>NO ES PROBLEMA/</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA/	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA/																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		

494	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2001 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>UNO O MÁS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></span> <span>NINGUNO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> → 500</span> </div> REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 495 <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(NOMBRE)</div>																																									
495	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA LÍQUIDO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA DE LA COLUMNA "A" Y DESPUÉS LA DE LA COLUMNA "B"</li> <li>- SI NO TOMÓ ESE LIQUIDO, ANOTE "0".</li> <li>- SI TOMÓ 7 O MÁS VECES, ANOTE "7".</li> <li>- SI NO SABE, ANOTE "8".</li> </ul> </div> <div style="width: 50%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th><th style="width: 45%; text-align: center;">A</th><th style="width: 50%; text-align: center;">B</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:</th><th style="text-align: center;">Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE):</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Agua sola (sin mezclar con nada)?</td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?</td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?</td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>d. Jugo de fruta?</td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?</td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table> </div> </div> </div>				A	B		¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE):	a. Agua sola (sin mezclar con nada)?	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d. Jugo de fruta?	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																		
	A	B																																								
	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE):																																								
a. Agua sola (sin mezclar con nada)?	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
d. Jugo de fruta?	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
496	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió en los últimos 7 días , incluyendo el día de ayer. <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA DE LA COLUMNA "A" Y DESPUÉS LA DE LA COLUMNA "B"</li> <li>- SI NO COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0".</li> <li>- SI COMIÓ 7 O MÁS VECES, ESCRIBA "7".</li> <li>- SI NO SABE, ESCRIBA "8".</li> </ul> </div> <div style="width: 50%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th><th style="width: 45%; text-align: center;">A</th><th style="width: 50%; text-align: center;">B</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió (ALIMENTOS) separado o combinado con otros alimentos?</th><th style="text-align: center;">Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Harina, pan, fideos, galletas... o cualquier comida hecha de granos?</td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>b Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?</td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>c Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?</td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>d Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?</td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>e Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?</td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>f Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?</td><td style="text-align: center;">f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>g Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?</td><td style="text-align: center;">g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>h Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?</td><td style="text-align: center;">h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>i Queso o yogurt?</td><td style="text-align: center;">i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>j Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?</td><td style="text-align: center;">j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>k Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, etc)</td><td style="text-align: center;">k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table> </div> </div> </div>				A	B		¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió (ALIMENTOS) separado o combinado con otros alimentos?	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE)	a Harina, pan, fideos, galletas... o cualquier comida hecha de granos?	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	f Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?	f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	g Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?	g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	h Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?	h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	i Queso o yogurt?	i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	j Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?	j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	k Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, etc)	k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	A	B																																								
	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió (ALIMENTOS) separado o combinado con otros alimentos?	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día y/o la noche le dió a (NOMBRE)																																								
a Harina, pan, fideos, galletas... o cualquier comida hecha de granos?	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
b Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
c Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
d Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
e Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
f Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?	f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	f <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
g Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?	g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	g <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
h Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?	h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	h <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
i Queso o yogurt?	i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	i <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
j Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?	j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	j <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								
k Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, etc)	k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	k <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																								

## SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">SI      NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1      2 ESPOSO / MARIDO..... 1      2 OTROS HOMBRES..... 1      2 OTRAS MUJERES..... 1      2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ ..... 2 NO..... 3	
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1999		
504	PASE A _____		512
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>	
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 SE ENAMORÓ DE OTRO..... 04 NO APORTABA ECONÓMICAMENTE AL HOGAR..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE/ ESPOSO..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL..... 07 USO DE DROGAS..... 08 CONDUCTA CORRUPTA..... 09 OTRO: _____ 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
509	<b>VERIFIQUE 508:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>  </div> <div style="text-align: center;">             CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             ¿En qué mes y año empezó a a vivir con su esposo/ compañero?           </div> <div style="text-align: center;">             ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero?           </div> </div>	MES..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> NO SABE EL MES..... 98  AÑO..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> NO SABE EL AÑO..... 9998	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DE 1999. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DE 1999.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTA Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.</p>		
512	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar.</p> <p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</p>	<p>NUNCA..... 00 → 522</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95</p>	
513	<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.</p>	<p>HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> → 522</p>	
514	<p><b>VERIFIQUE 301:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales, usaron condón?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos usan una bolsita especial durante las relaciones. La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales ¿usaron condón?</p> </div> </div>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
515	<p>¿Qué es de Ud. el hombre con quien tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE. 01 → 517</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06</p> <p>ENAMORADO..... 07</p> <p>OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
516	<p>¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
517	¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 522</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
518	La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otro hombre, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	
519	¿Cuál es su relación con esa persona?  SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual con Ud.?  SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE. 01 → 521 NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
520	¿Por cuánto tiempo ha tenido (tuvo) relaciones sexuales con este hombre?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>	
521	¿En total, con cuántos otros hombres diferentes a su compañero habitual ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/>	
522	¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2 → 601	
523	¿Cuál es ese lugar?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODAS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL DEL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F OTRO GOBIERNO: ..... G (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... H FARMACIA / BOTICA ..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J OTRO PRIVADO: ..... K (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTOR DE ONG ..... M  <b>OTRO:</b> TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P  OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

## SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
601	<b>VERIFIQUE 311:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     NINGUNO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTÓ                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">                     ÉL O ELLA ESTERILIZADOS                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div style="text-align: right;">614</div> </div>
602	<b>VERIFIQUE 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: center;"> <b>226=2, 8</b>                      NO EMBARAZADA O INSEGURA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: center;"> <b>226=1</b>                      EMBARAZADA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1                      NO MÁS / NINGUNO..... 2                      NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 3                      INDECISA/NO SABE/ INSEGURA                          PARA NO EMBARAZADAS/INSEGURA. 4                          PARA EMBARAZADAS..... 5                 </div> <div style="text-align: right;">                     604 614 608 610                 </div> </div>
603	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 602 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: center;">                     NO EMBARAZADA O INSEGURA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: center;">                     EMBARAZADA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes del nacimiento de otro hijo?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     MESES..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>                       AÑOS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>                       PRONTO / AHORA..... 993                      NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994                      DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995                      OTRA: ..... 996                          (ESPECIFIQUE)                      NO SABE..... 998                 </div> <div style="text-align: right;">                     609 614 609 609                 </div> </div>
604	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 602:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     NO EMBARAZADA O INSEGURA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">                     EMBARAZADA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div style="text-align: right;">610</div> </div>
605	<b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: center;"> <b>310=1</b>                      USA ACTUALMENTE                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="text-align: center;"> <b>310=2</b>                      NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: right;">608</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div style="text-align: right;">608</div> </div>
606	<b>VERIFIQUE 603:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">                     2 AÑOS O MÁS O NO SE PREGUNTÓ                     <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div style="text-align: right;">610</div> </div>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
607	<p><b>VERIFIQUE 602 Y 603:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO QUIERE MÁS/ NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> </div> </div>	<p><b>NO EN UNIÓN</b>..... A</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTE-RECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR:</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMA-SIADO LEJOS..... R</p> <p>MUY COSTOSO..... S</p> <p>USO INCONVENIENTE..... T</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... U</p> <p><b>OTRA:</b> ..... X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERÍA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EM-BARAZADA/NO TIENE REL. SEX... 4</p>	
609	<p><b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>310=1</p> <p>→ 614</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>310=2</p> <p>↓</p> </div> </div>		614
610	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	612
611	¿Qué método preferiría usar?	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>VAGINALES..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO: ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>INSEGURA..... 98</p>	614

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11  <b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b> NO TIENE SEXO/ SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPÁUSICA/HISTEREC- TOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26  <b>OPOSICIÓN A USAR:</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42  <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b> PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53 MUY COSTOSO..... 54  USO INCONVENIENTE..... 55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56  <b>OTRA:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... 98	
612A	<b>VERIFIQUE 501</b>  NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <sup>501=3</sup> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">             OTRAS <input type="checkbox"/> →           </div>		614
613	¿Ud. usaría un método si estuviera casada / o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	<b>VERIFIQUE 216:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>              ↓              Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían?           </div> <div style="text-align: center;">             NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>              ↓              Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?           </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</b></p>	NINGUNO ..... 00 →  NÚMERO <input style="width: 40px;" type="text"/>  OTRA RESPUESTA: ..... 96 → _____ (ESPECIFIQUE)	616
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>NIÑAS</div> <div>NIÑOS</div> <div>CUALQUIERA</div> </div> NÚMERO..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
616	En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3																					
616 A	En los últimos 12 meses Ud. ha oído o leído algún mensaje sobre planificación familiar: a. ¿En la radio? b. ¿En la televisión? c. ¿En un periódico o revista?	<table> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr> <td>RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>TELEVISIÓN.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PERIÓDICO O REVISTA....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISIÓN.....	1	2	PERIÓDICO O REVISTA....	1	2									
	SI	NO																					
RADIO.....	1	2																					
TELEVISIÓN.....	1	2																					
PERIÓDICO O REVISTA....	1	2																					
617	En los últimos 12 meses Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	619																				
618	Con quién ha comentado?  Con alguien más?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F HIJO..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE)																					
619	<b>VERIFIQUE 501:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             SÍ, ACTUALMENTE CASADA  <input type="checkbox"/> 501=1           </div> <div>             SÍ, CONVIVIENDO  <input type="checkbox"/> 501=2           </div> <div>             NO, NO EN UNIÓN  <input type="checkbox"/> </div> </div>		624																				
619A	<b>VERIFIQUE 311/311A PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             ALGÚN CÓDIGO MARCADO  <input type="checkbox"/> </div> <div>             NINGÚN CÓDIGO MARCADO  <input type="checkbox"/> </div> </div>		621																				
620	Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada. Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo o los dos decidieron juntos?	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE.... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: ..... 6 (ESPECIFIQUE)																					
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (compañero) sobre la planificación familiar.  ¿Ud. piensa que su esposo (compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8																					
621 A	¿Con qué frecuencia Ud. habló con su esposo/compañero acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3																					
622	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS  <input type="checkbox"/> </div> <div>             ÉL O ELLA ESTERILIZADO  <input type="checkbox"/> </div> </div>		624																				
623	¿Ud. piensa que su esposo (compañero) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8																					
624	¿Usted está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando: a. Ella sabe que él tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual? b. Ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer? c. Ella ha tenido recientemente un parto? d. Ella está cansada o no está de humor?	<table> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr> <td>TIENE UNA ETS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CANSADA/NO DE HUMOR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	TIENE UNA ETS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																				
TIENE UNA ETS.....	1	2	8																				
OTRA MUJER.....	1	2	8																				
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																				
CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8																				

## SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
701	<b>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 501=1,2   ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 505=1,2,3   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 502=3   <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN </div>	<div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">→ 703</div> <div style="margin-right: 20px;">→ 707</div> </div>																													
702	Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																													
703	Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	→ 706																												
704	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?  - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MÁS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CIRCULE NIVEL </div> <div style="width: 45%;"> ANOTE AÑO GRADO </div> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">998</td> </tr> </table>	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO SABE.....			998	
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
NO SABE.....			998																												
706	<b>VERIFIQUE 701:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA   <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? </div> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente? </div> </div>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </div> <hr/> <hr/> <hr/>																													
707	¿Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	→ 710																												
708	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia.  ¿En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 710																												
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 719																												
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) Ud. principalmente?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </div> <hr/> <hr/> <hr/>																													
711	<b>VERIFIQUE 710</b> <b>TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA</b> <input type="checkbox"/>	→ 713																												
712	¿Ud. trabaja (trabajó) principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
713	¿Ud. realiza (realizó) ese trabajo para un familiar, para otro o trabaja (trabajó) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																					
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																					
715	¿Ud. usualmente trabaja durante todo el año, trabaja por temporada o sólo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO..... 1 POR TEMPORADA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																																					
716	¿A Ud. le pagan (pagaban) o usted gana (ganaba) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	<div> <div></div> <div>719</div> </div>																																				
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5																																					
718	En promedio, ¿cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO..... 6																																					
719	En su hogar, quién tiene la última palabra en las siguientes decisiones:  a. ¿El cuidado de su salud?..... b. ¿Hacer compras grandes del hogar?..... c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?..... d. ¿Visitar a familia, amigos, o parientes?..... e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTRE- VISTADA</th><th>MARIDO</th><th>AMBOS</th><th>ALGUIEN MÁS</th><th>ENTREV./ ALGUIEN MÁS</th><th>NADIE</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	ENTRE- VISTADA	MARIDO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ENTREV./ ALGUIEN MÁS	NADIE	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
ENTRE- VISTADA	MARIDO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ENTREV./ ALGUIEN MÁS	NADIE																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
720	<b>VERIFIQUE 217 Y 218:</b> TIENE ALGÚN HIJO DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<div> <div></div> <div>720B</div> </div>																																				
720A	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO WAWA-WASI..... 10 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 11  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																					
720B	Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio desde Enero de 1999?	UN SITIO..... 1 MÁS DE UN SITIO..... 2	<div> <div></div> <div>723</div> </div>																																				



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
721	<p>EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD:</p> <p>"1" PARA CAPITAL DE DEPARTAMENTO</p> <p>"2" PARA CIUDAD</p> <p>"3" PARA PUEBLO</p> <p>"4" PARA CAMPO</p> <p>"5" PARA EL EXTRANJERO</p> <p>EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1999.</p>		
722	PASE A		801
723	<p>¿En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
724	<p>¿En qué distrito y provincia vivía Ud. antes?</p>	<p>DISTRITO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PROVINCIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEPARTAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>FUERA DEL PAIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
725	<p>¿Vivía en una ciudad, en el pueblo o en el campo?</p> <p>SI DIJO "CIUDAD", INDAGUE: ¿Era la capital del departamento?</p>	<p>CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1</p> <p>CIUDAD..... 2</p> <p>PUEBLO..... 3</p> <p>CAMPO..... 4</p> <p>EXTRANJERO..... 5</p>	
726	<p>¿Por qué razón salió Ud. del último lugar donde vivía?</p>	<p>DESPLAZADA POR INSEGURIDAD..... 01</p> <p>DAMNIFICADA POR DESASTRES..... 02</p> <p>AQUÍ AYUDAN A LOS POBRES..... 03</p> <p>RAZONES LABORALES..... 04</p> <p>RAZONES DE EDUCACIÓN..... 05</p> <p>RAZONES DE SALUD..... 06</p> <p>RAZONES FAMILIARES..... 07</p> <p>BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES..... 08</p> <p>OTRA: <input type="text"/> 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
727	<p>¿Cuántas personas de su familia vinieron con Ud?</p>	<p>NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
727A	<p>¿Quiénes?</p> <p>¿Alguién más?</p> <p>MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE. SI VINO SOLA ESCRIBA "00".</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... A</p> <p>HIJO(S), HIJA(S)..... B</p> <p>SUEGROS/PADRES..... C</p> <p>HERMANOS/HERMANAS..... D</p> <p>OTROS: <input type="text"/> X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
728	<p>EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO MARQUE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD:</p> <p>"1" PARA CAPITAL DE DEPARTAMENTO</p> <p>"2" PARA CIUDAD</p> <p>"3" PARA PUEBLO</p> <p>"4" PARA CAMPO</p> <p>"5" PARA EL EXTRANJERO</p> <p>EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y POR CADA CAMBIO REGISTRE UNA "X" EN EL MES EN EL CUAL OCURRIÓ EL CAMBIO Y EN EL MES ANTES DE LA "X" ESCRIBA EL CÓDIGO DE LA ANTERIOR RESIDENCIA</p>		

## SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS E.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	¿Usted ha oído hablar de: <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">La infección por VIH?</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Una enfermedad llamada SIDA?</div>	<div style="text-align: right; margin-right: 20px;">SI      NO</div> VIH..... 1      2 SIDA..... 1      2	
801A	<b>VERIFIQUE 801:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>             POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> </div> <div>             NINGÚN SI <input type="checkbox"/> </div> </div>		817
802	¿Hay algo que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	803A
803	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? ¿Algo más? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b><u>PRÁCTICAS SEGURAS</u></b></p>           NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A            ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B            USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C            SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D            EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E            EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F            EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G            EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H            EXIGIR PARA UNA TRANSFUSION "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I            EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J            NO TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K         </div> <div style="width: 48%;"> <p><b><u>OTRAS PRÁCTICAS</u></b></p>           EVITAR LOS BESOS..... L            EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M            BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N            USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O            EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P            OTRA: ..... X  <div style="text-align: center; font-size: small;">(ESPECIFIQUE)</div>           NO SABE..... Z         </div> </div>		
803A	¿Piensa usted que su riesgo de adquirir el SIDA es alto, moderado, mínimo o no tiene ningún riesgo?	ALTO..... 1 MODERADO..... 2 MINIMO..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	803C  803D
803B	¿Por qué cree que tiene (NINGÚN/MÍNIMO) riesgo de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A UTILIZA CONDOMES SIEMPRE..... B TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... C TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES..... D ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... E NO TIENE O NO HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... F NO HA TENIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE.. G EVITA INYECCIONES..... H OTRO..... X <div style="text-align: center; font-size: small;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE..... Z	803D
803C	¿Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDOMES SIEMPRE..... A TIENE MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL.... B TIENE MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES.. C ESPOSO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL D TIENE O HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TUVO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F TUVO INYECCIONES..... G OTRO..... X <div style="text-align: center; font-size: small;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
803D	¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA?  ¿Alguna otra fuente?  CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIA..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELÍCULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON OTRAS PERSONAS..... L OTRO..... X _____ ESPECIFIQUE	
803E	¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacer la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
803F	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
803G	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
803H	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	809
803I	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
809	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
810	¿Conoce a alguien cercano que tiene SIDA o ha muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
811	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	815A
812	¿Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño?  ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?)  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
815A	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815B	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador lo puede despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en su hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8	
817	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	818 C
817A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C OTRO..... W _____ ESPECIFIQUE OTRO..... X _____ ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
817B	<b>VERIFIQUE 801 Y 817</b> <b>POR LO MENOS UN SI EN 801</b> <b>O CÓDIGO "1" EN 817</b>	801 TODOS LOS CÓDIGOS= "2" Y CÓDIGO "2" EN 817	818C

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
818	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <b>que un hombre</b> tiene una enfermedad de transmisión sexual</p> <p>¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <table border="0"> <tr> <td>DOLOR ABDOMINAL.....</td><td>A</td> <td>PÉRDIDA DE PESO.....</td><td>J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES.....</td><td>B</td> <td>IMPOTENCIA.....</td><td>K</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE.....</td><td>C</td> <td>PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....</td><td>L</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR.....</td><td>D</td> <td>SECRECIÓN O PUS POR EL PENE.....</td><td>M</td> </tr> <tr> <td>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....</td><td>E</td> <td>OTRO: .....</td><td>W</td> </tr> <tr> <td>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....</td><td>F</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....</td><td>G</td> <td>NO SABE.....</td><td>Z</td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS GENITALES.....</td><td>H</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SANGRE EN LA ORINA.....</td><td>I</td> <td></td><td></td> </tr> </table>	DOLOR ABDOMINAL.....	A	PÉRDIDA DE PESO.....	J	SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES.....	B	IMPOTENCIA.....	K	SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....	L	MOLESTIAS AL ORINAR.....	D	SECRECIÓN O PUS POR EL PENE.....	M	ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....	E	OTRO: .....	W	INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....	F	(ESPECIFIQUE)		ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....	G	NO SABE.....	Z	VERRUGAS GENITALES.....	H			SANGRE EN LA ORINA.....	I				
DOLOR ABDOMINAL.....	A	PÉRDIDA DE PESO.....	J																																				
SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES.....	B	IMPOTENCIA.....	K																																				
SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....	L																																				
MOLESTIAS AL ORINAR.....	D	SECRECIÓN O PUS POR EL PENE.....	M																																				
ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....	E	OTRO: .....	W																																				
INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....	F	(ESPECIFIQUE)																																					
ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....	G	NO SABE.....	Z																																				
VERRUGAS GENITALES.....	H																																						
SANGRE EN LA ORINA.....	I																																						
818A	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <b>que una mujer</b> tiene una enfermedad de transmisión sexual</p> <p>¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <table border="0"> <tr> <td>DOLOR ABDOMINAL.....</td><td>A</td> <td>PÉRDIDA DE PESO.....</td><td>J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA.....</td><td>B</td> <td>INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS.....</td><td>K</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE.....</td><td>C</td> <td>PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....</td><td>L</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR.....</td><td>D</td> <td>OTRO: .....</td><td>W</td> </tr> <tr> <td>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....</td><td>E</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....</td><td>F</td> <td>NO SABE.....</td><td>Z</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....</td><td>G</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS GENITALES.....</td><td>H</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SANGRE EN LA ORINA.....</td><td>I</td> <td></td><td></td> </tr> </table>	DOLOR ABDOMINAL.....	A	PÉRDIDA DE PESO.....	J	SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA.....	B	INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS.....	K	SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....	L	MOLESTIAS AL ORINAR.....	D	OTRO: .....	W	ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....	E	(ESPECIFIQUE)		INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....	F	NO SABE.....	Z	ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....	G			VERRUGAS GENITALES.....	H			SANGRE EN LA ORINA.....	I				
DOLOR ABDOMINAL.....	A	PÉRDIDA DE PESO.....	J																																				
SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA.....	B	INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS.....	K																																				
SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	PUEDA NO HABER SÍNTOMAS.....	L																																				
MOLESTIAS AL ORINAR.....	D	OTRO: .....	W																																				
ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES.....	E	(ESPECIFIQUE)																																					
INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.....	F	NO SABE.....	Z																																				
ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES.....	G																																						
VERRUGAS GENITALES.....	H																																						
SANGRE EN LA ORINA.....	I																																						
818 B	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses.</p> <p>¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 3</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>	818G																																				
818 C	<p><b>VERIFIQUE 512</b></p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p> <p>NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		901																																				
818D	<p>Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>																																					
818E	<p>Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>																																					
818F	<p><b>VERIFIQUE 818 D ó 818 E =1</b></p> <p>HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/></p> <p>NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/></p>		818H																																				
818G	<p>La última vez que usted tuvo ese problema hizo algo de los siguiente:</p> <table border="0"> <tr> <td>a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular?	SI	NO	b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?	1	2	c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica?	1	2	d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?	1	2	e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?	1	2																							
a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular?	SI	NO																																					
b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?	1	2																																					
c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica?	1	2																																					
d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?	1	2																																					
e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?	1	2																																					
818H	<p>A algunas personas les ofrecen dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales. ¿Usted se ha encontrado en esa situación en los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	901																																				
818I	<p>En los últimos 12 meses ¿usted ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una pareja diferente a su pareja estable?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																					

## SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron.  Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?	NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
902	<b>VERIFIQUE 901:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             DOS O MÁS HIJO(A)S  <input style="width: 40px;" type="text"/>              ↓           </div> <div style="text-align: center;">             SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA)  <input style="width: 40px;" type="text"/> →           </div> </div>	<b>PASE A 916</b>
903	De todos lo(a)s hermano(a)s que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?	NÚMERO DE HERMANO(A)S ANTERIORES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
904	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">             ¿Cuál es el nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?           </div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(1)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(2)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(3)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(4)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(5)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(6)</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">(7)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> <div>(NOMBRE)</div> </div>	
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE)? en años cumplidos?	<input style="width: 40px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 40px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 40px;" type="text"/>
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input style="width: 40px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7) SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (8)
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
913	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 40px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916
916	Verifique en la Portada del Cuestionario Individual si la mujer está seleccionada para aplicarle la sección de Violencia Doméstica SELECCIONADA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA NO SELECCIONADA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> →  <input style="width: 40px;" type="text"/> →           </div> <div style="text-align: right;"> <b>PASE A 1000</b>  <b>PASE A 1028</b> </div> </div>

904	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2
906	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905. ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
907	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
908	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998	<div></div> (PASE A 910) NS ..... 9998
909	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
910	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	<div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE (FINALICE)
911	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2
912	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
913	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
914	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
915	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<div></div> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 916

## SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																												
1000	<b>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</b> NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>HAY PRIVACIDAD <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span></span> <span>NO HAY PRIVACIDAD <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</span> →</span> </div>		1028																												
1000A	<b>LEA:</b> Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja. Yo sé que algunas de estas pregunta son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga																														
1001	<b>VERIFIQUE 501, 502, 504: ESTADO CONYUGAL</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span></span> <span>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA/(LEER EN PASADO) <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span></span> <span>NUNCA CASADA/NUNCA UNIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> →</span> </div>		1013B																												
1002	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos En su relación con su (último) esposo (marido): SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces’ A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted? B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted? C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar? D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos? E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUE- NTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARIÑOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO LIBRE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPECTUOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>DERECHOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUE- NTE	A VECES	NUNCA	CARIÑOSO .....	1	2	3	TIEMPO LIBRE .....	1	2	3	CONSULTAS.....	1	2	3	RESPECTUOSO .....	1	2	3	DERECHOS.....	1	2	3					
	FRECUE- NTE	A VECES	NUNCA																												
CARIÑOSO .....	1	2	3																												
TIEMPO LIBRE .....	1	2	3																												
CONSULTAS.....	1	2	3																												
RESPECTUOSO .....	1	2	3																												
DERECHOS.....	1	2	3																												
1003	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (marido): A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre? B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel? C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades? D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia? E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba? F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>INFIEL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA AMISTADES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE VA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DESCONFIANZA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO .....	1	2	8	INFIEL .....	1	2	8	VISITA AMISTADES .....	1	2	8	VISITA FAMILIA .....	1	2	8	SABER DONDE VA.....	1	2	8	DESCONFIANZA .....	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOSO .....	1	2	8																												
INFIEL .....	1	2	8																												
VISITA AMISTADES .....	1	2	8																												
VISITA FAMILIA .....	1	2	8																												
SABER DONDE VA.....	1	2	8																												
DESCONFIANZA .....	1	2	8																												
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (marido). Su (último) esposo (marido) alguna vez:																														
A	¿le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													
B	¿la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													
C	¿la ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A PREG.
1005	Su (último) esposo (marido) alguna vez:				
A	¿la empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿la abofeteó o le retorció el brazo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
D	¿la ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
E	¿trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
F	¿la atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
G	¿la amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
H	¿ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
I	¿la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1006	<b>VERIFIQUE 1005:</b> POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> → NINGÚN SI <input type="checkbox"/> → 1009				
1007	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (marido) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'		NÚMERO DE AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96		
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (marido) le hizo				
A	¿Tuvo moretones y dolores?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1009	¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?		SI..... 1 NO..... 2 → 1011		
1010	Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3		
1011	¿Su esposo (marido) toma(ba) bebidas alcohólicas?		SI..... 1 NO..... 2 → 1013A		
1012	¿Su esposo (marido) se embriaga(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3		
1012A	<b>VERIFIQUE 1006 y 1011</b> 1006 = POR LO MENOS UN SI Y <input type="checkbox"/> → 1013 A 1011 = TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS <input type="checkbox"/>				
1012B	Cuando su esposo (marido) la ha agredido/golpeado ¿Se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1013	<b>VERIFIQUE 501, 502, 504: ESTADO CONYUGAL</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>1013A</b>   CASADA/CONVIVIENTE  SEPARADA/ DIVORCIADA/  VIUDA <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> <b>1013B</b>   NUNCA CASADA/  NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Desde cuándo usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/ marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente? </div> <div style="width: 45%;"> Desde cuándo usted tenía 15 años de edad, ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 → 1018 NO RESPONDE..... 8 → 1018	
1014	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE ..... A PADRE ..... B MADRASTRA ..... C PADRASTRO ..... D HERMANA ..... E HERMANO ..... F HIJA ..... G HIJO ..... H EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... I SUEGRA ..... J SUEGRO ..... K OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... L OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... M OTRO PARIENTE FEMENINO ..... N OTRO PARIENTE MASCULINO ..... O AMIGA/CONOCIDA ..... P AMIGO/CONOCIDO ..... Q MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... R EMPLEADOR(A) ..... S EXTRAÑO(A) ..... T OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1015	<b>VERIFIQUE 1014:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 1017 </div> </div>		
1016	De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?	MADRE ..... 01 PADRE ..... 02 MADRASTRA ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANA ..... 05 HERMANO ..... 06 HIJA ..... 07 HIJO ..... 08 EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... 09 SUEGRA ..... 10 SUEGRO ..... 11 OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... 12 OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... 13 OTRO PARIENTE FEMENINO ..... 14 OTRO PARIENTE MASCULINO ..... 15 AMIGA/CONOCIDA ..... 16 AMIGO/CONOCIDO ..... 17 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... 18 EMPLEADOR(A) ..... 19 EXTRAÑO(A) ..... 20 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1017	Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?	NÚMERO DE VECES ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
1018	<b>VERIFIQUE 210, 226 Y 229 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1021 </div> </div>		
1019	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 1021	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																
1020	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	ACTUAL (ULTIMO) ESPOSO/MARIDO ..... A MADRE ..... B PADRE ..... C MADRASTRA ..... D PADRASTRO ..... E HERMANA ..... F HERMANO ..... G HIJA ..... H HIJO ..... I EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... J SUEGRA ..... K SUEGRO ..... L OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... M OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... N OTRO PARIENTE FEMENINO ..... O OTRO PARIENTE MASCULINO ..... P AMIGA/CONOCIDA ..... Q AMIGO/CONOCIDO ..... R MAESTRO(A) / PROFESOR(A) ..... S EMPLEADOR(A) ..... T EXTRAÑO(A) ..... U OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)																	
1021	<b>VERIFIQUE 1005, 1008, 1013 Y 1019:</b> POR LO MENOS <input type="checkbox"/> NINGUN 'SI' <input type="checkbox"/>		1025																
1022	Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI ..... 1 NO ..... 2	1023A																
1023	¿A quién le ha pedido ayuda?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MADRE ..... A PADRE ..... B HERMANA ..... C HERMANO ..... D ACTUAL (ULTIMO) ESPOSO (MARIDO)..... E SUEGRA ..... F SUEGRO ..... G OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... H OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... I OTRO PARIENTE FEMENINO ..... J OTRO PARIENTE MASCULINO ..... K AMIGO(A) ..... L VECINO(A) ..... M OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)																	
1023A	Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?  SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?  ¿Alguna otra institución?	COMISARIA..... A JUZGADO ..... B FISCALIA ..... C DEFENSORIA MUNICIPAL (DEMUNA) ..... D MINISTERIO DE LA MUJER (MIMDES) ..... E DEFENSORIA DEL PUEBLO ..... F ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... G ORGANIZACION PRIVADA..... H OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	1025																
1024	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	NO SABIA DONDE IR / NO CONOCE SERVICIOS..... 01 NO ERA NECESARIO..... 02 DE NADA SIRVE..... 03 COSAS DE LA VIDA..... 04 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACION ..... 05 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO A ELLA O A SUS HIJOS ..... 06 MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO ..... 07 VERGUENZA..... 08 ELLA TENIA LA CULPA ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)																	
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8																	
1026	AGRADEZCA DE NUEVO A LA ENTREVISTADA Y REGISTRE SI DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTA SECCIÓN HUBO NIÑOS PRESENTES TODO EL TIEMPO O ALGUNAS VECES	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>TODO EL TIEMPO</th><th>ALGUNAS VECES</th><th>NO PRES.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MENOR 10 AÑOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MAYOR 10 AÑOS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.	MENOR 10 AÑOS.....	1	2	3	MAYOR 10 AÑOS .....	1	2	3					
	TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.																
MENOR 10 AÑOS.....	1	2	3																
MAYOR 10 AÑOS .....	1	2	3																
1027	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFIRIERON DE ALGUNA OTRA FORMA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SI, UNA VEZ</th><th>SI, MAS DE UNA VEZ</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO ....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OTRA MUJER ADULTA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		SI, UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO ....	1	2	3	OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3	
	SI, UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO																
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3																
OTRO HOMBRE ADULTO ....	1	2	3																
OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3																
1028	ANOTE LA HORA DE TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....																	

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Algún otro comentario:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.
- LAS COLUMNAS 1, 3 Y 4, DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

**INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.****COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos**

N NACIMIENTOS  
E EMBARAZOS  
T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO  
1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA  
2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA  
3 PÍLDORAS  
4 DIU  
5 INYECCIONES  
6 IMPLANTES O NORPLANT  
7 CONDÓN  
8 ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)  
9 AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)  
J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)  
K RETIRO  
X OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

**COL 2: Discontinuidad de Uso de Anticonceptivo**

1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA  
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA  
3 MARIDO DESAPROBÓ  
4 EFECTOS COLATERALES  
5 MOTIVOS DE SALUD  
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD  
7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO  
8 USO INCONVENIENTE  
9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE  
C COSTO  
F FATALISTA  
A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA  
D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN  
X OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)  
Z NO SABE

**COL 3: Matrimonio / Unión**

X EN UNIÓN (CASADA O CONVIVIENTE)  
O NO EN UNIÓN

**COL 4: Movimientos y Tipos de Localidad**

X CAMBIO DE TIPO DE LOCALIDAD  
1 CAPITAL DE DEPARTAMENTO  
2 CIUDAD  
3 PUEBLO  
4 CAMPO  
5 EXTRANJERO

1			1	2	3	4		
	12	DIC			01			DIC
	11	NOV			02			NOV
	10	OCT			03			OCT
	09	SEP			04			SEP
2	08	AGO			05			AGO 2
0	07	JUL			06			JUL 0
0	06	JUN			07			JUN 0
4	05	MAY			08			MAY 4
	04	ABR			09			ABR
	03	MAR			10			MAR
	02	FEB			11			FEB
	01	ENE			12			ENE
	12	DIC			13			DIC
	11	NOV			14			NOV
	10	OCT			15			OCT
	09	SEP			16			SEP
2	08	AGO			17			AGO 2
0	07	JUL			18			JUL 0
0	06	JUN			19			JUN 0
3	05	MAY			20			MAY 3
	04	ABR			21			ABR
	03	MAR			22			MAR
	02	FEB			23			FEB
	01	ENE			24			ENE
	12	DIC			25			DIC
	11	NOV			26			NOV
	10	OCT			27			OCT
	09	SEP			28			SEP
2	08	AGO			29			AGO 2
0	07	JUL			30			JUL 0
0	06	JUN			31			JUN 0
2	05	MAY			32			MAY 2
	04	ABR			33			ABR
	03	MAR			34			MAR
	02	FEB			35			FEB
	01	ENE			36			ENE
	12	DIC			37			DIC
	11	NOV			38			NOV
	10	OCT			39			OCT
	09	SEP			40			SEP
2	08	AGO			41			AGO 2
0	07	JUL			42			JUL 0
0	06	JUN			43			JUN 0
1	05	MAY			44			MAY 1
	04	ABR			45			ABR
	03	MAR			46			MAR
	02	FEB			47			FEB
	01	ENE			48			ENE
	12	DIC			49			DIC
	11	NOV			50			NOV
	10	OCT			51			OCT
	09	SEP			52			SEP
2	08	AGO			53			AGO 2
0	07	JUL			54			JUL 0
0	06	JUN			55			JUN 0
0	05	MAY			56			MAY 0
	04	ABR			57			ABR
	03	MAR			58			MAR
	02	FEB			59			FEB
	01	ENE			60			ENE
	12	DIC			61			DIC
	11	NOV			62			NOV
	10	OCT			63			OCT
	09	SEP			64			SEP
1	08	AGO			65			AGO 1
9	07	JUL			66			JUL 9
9	06	JUN			67			JUN 9
9	05	MAY			68			MAY 9
	04	ABR			69			ABR
	03	MAR			70			MAR
	02	FEB			71			FEB
	01	ENE			72			ENE