

REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

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

**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	_____ _____	_____ _____	_____ _____

## 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"	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CIRCULE</b>  <b>NIVEL</b> </div> <div> <b>ANOTE</b>  <b>AÑO</b> </div> <div> <b>GRADO</b> </div> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR..... 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA..... 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA..... 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO..... 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..... 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..... 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></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 UNIVERSITARIO..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO / SE UNIO..... 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NINOS MAS PEQUEÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS ..... 04 NO PODIAN PAGAR LA PENSION..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUO/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBO EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABIA ESCUELA..... 11 NO HABIA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	<b>VERIFIQUE 108:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; 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-around; 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	
119A	¿Cuál es el idioma o lengua materna de su(s): a. Padre? b. Abuelos paternos? c. Madre? d. Abuelos maternos?  <b>REGISTRE LAS RESPUESTAS USANDO LOS CODIGOS DE 119</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           IDIOMA/LENGUA            PADRE.....            ABUELOS PATERNOS.....            MADRE.....            ABUELOS MATERNOS.....         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div>           NO SABE            8            8            8            8         </div> </div>	

## 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	<b>SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL</b> <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		

211

## 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 <u>SI ESTA VIVO</u>	218 <u>SI ESTA VIVO</u>	218A <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)?  <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?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿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) QÚITELE 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	NUMERO ↓ PROXIMO 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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	NUMERO ↓ 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>	218A <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)?  <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?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿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) 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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">MES</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">AÑO</td></tr></table>			MES						AÑO		SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			SI..... 1 NO..... 2	NUMERO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ↓ PASE A 220			DÍAS..... 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							SI..... 1 NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
MES																														
AÑO																														
10 _____ (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">MES</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">AÑO</td></tr></table>			MES						AÑO		SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			SI..... 1 NO..... 2	NUMERO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ↓ PASE A 220			DÍAS..... 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							SI..... 1 NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
MES																														
AÑO																														
11 _____ (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">MES</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">AÑO</td></tr></table>			MES						AÑO		SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			SI..... 1 NO..... 2	NUMERO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ↓ PASE A 220			DÍAS..... 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							SI..... 1 NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
MES																														
AÑO																														
12 _____ (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">MES</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">AÑO</td></tr></table>			MES						AÑO		SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			SI..... 1 NO..... 2	NUMERO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ↓ PASE A 220			DÍAS..... 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							SI..... 1 NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
MES																														
AÑO																														
13 _____ (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">MES</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">AÑO</td></tr></table>			MES						AÑO		SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			SI..... 1 NO..... 2	NUMERO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ↓ PASE A 220			DÍAS..... 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							SI..... 1 NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
MES																														
AÑO																														
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)								<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>																					
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.						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2000. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.																													
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2000 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	Cuando 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 PUBLICO</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 DEL 2000 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/>		

233

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 del 2000?	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 2000 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 del 2000?	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 regla ¿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 en los cuales puede quedar más fácilmente embarazada?  _____ 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 - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. LUEGO CONTINUE CON LA PREGUNTA 301. - LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO. PARA CADA METODO CIRCULADO CON CODIGO 1 EN 301, PREGUNTE 302.			
301	¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? <b>PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE PREGUNTE:</b> ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)		302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?
01	ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA) Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	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, obstetrix, 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 LACTANCIA EXCLUSIVA, 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	REGLA, 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	<b>VERIFIQUE 302:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO)             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> </div> <div style="text-align: right;">             PASE A 307             <div style="font-size: 20px; margin: 0 10px;">→</div> </div> </div>		



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, INYECCIÓN, VAGINALES	<b>311=C,E,G, H</b> <input type="checkbox"/> <b>311=J</b> USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA <input type="checkbox"/> <b>311=D,F,I,K,X</b> USUARIAS DE DIU, NORPLANT LACTANCIA, RETIRO, OTROS <input type="checkbox"/>	317C 318
317A	¿Cuál es la marca de (PÍLDORA, CONDÓN, VAGINALES, INYECCIÓN) que está usando?	a. PÍLDORA: ..... b. CONDÓN: ..... c. VAGINALES: ..... d. INYECCIÓN: .....	
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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             ANTES DE ENERO 2000 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>              ↓              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 2000           </div> <div style="text-align: center;">             ENERO DEL 2000 O DESPUÉS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>              ↓              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           </div> </div>																																																									
318A	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 318:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             ANTES DE ENERO 2000 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>              ↓  <b>PASE A 320</b> </div> <div style="text-align: center;">             ENERO DEL 2000 O DESPUÉS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>              ↓  <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 2000.</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> <p><b>EN LA COLUMNA 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL <b>PRIMER MES DE USO</b>.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <p>¿Dónde obtuvo el método cuando Ud. empezó a usarlo?</p> <p>¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)?</p>																																																									
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.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">NO SE HIZO LA PREGUNTA.....</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 5%;">327D</td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACIÓN FEMENINA .....</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA).....</td> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>PÍLDORA.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIU.....</td> <td style="text-align: center;">04</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INYECCIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IMPLANTES O NORPLANT.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONDÓN.....</td> <td style="text-align: center;">07</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>326</td> </tr> <tr> <td>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES).....</td> <td style="text-align: center;">08</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA).....</td> <td style="text-align: center;">09</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>328</td> </tr> <tr> <td>ABSTINENCIA PERIÓDICA.....</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RETIRO.....</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>328</td> </tr> <tr> <td>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	NO SE HIZO LA PREGUNTA.....	00	→	327D	ESTERILIZACIÓN FEMENINA .....	01			ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA).....	02	→	330	PÍLDORA.....	03			DIU.....	04			INYECCIÓN.....	05			IMPLANTES O NORPLANT.....	06			CONDÓN.....	07	→	326	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES).....	08			LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA).....	09	→	328	ABSTINENCIA PERIÓDICA.....	10			RETIRO.....	11	→	328	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....	12			OTRO: _____	96		
NO SE HIZO LA PREGUNTA.....	00	→	327D																																																							
ESTERILIZACIÓN FEMENINA .....	01																																																									
ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA).....	02	→	330																																																							
PÍLDORA.....	03																																																									
DIU.....	04																																																									
INYECCIÓN.....	05																																																									
IMPLANTES O NORPLANT.....	06																																																									
CONDÓN.....	07	→	326																																																							
ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES).....	08																																																									
LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA).....	09	→	328																																																							
ABSTINENCIA PERIÓDICA.....	10																																																									
RETIRO.....	11	→	328																																																							
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....	12																																																									
OTRO: _____	96																																																									
321	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b> EMPEZÓ A USAR EN ENERO DE 2000 O DESPUÉS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             FECHA: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>              Mes      Año           </div> <div style="text-align: center;">             EMPEZÓ A USAR ANTES DE 2000 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> → 327           </div> </div>																																																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321A	<p><b>SI 320=01 PASE 322</b></p> <p>Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA). En ese momento, ¿dónde le prescribieron o indicaron dicho método?</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 PUBLICO</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>CLINICA PRIVADA ..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLINICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN 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>NADIE/SE AUTOMEDICO..... 95</p> <p><b>OTRO:</b> ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
322	Usted obtuvo (METODO ACTUAL) de (FUENTE DE METODO DEL CALENDARIO) en (FECHA). ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	<p>SI..... 1 → 324</p> <p>NO..... 2</p>	
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?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 324A</p>	
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
324A	<p><b>VERIFIQUE 323:</b></p> <p>CIRCULÓ CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> NO CIRCULÓ "1" <input type="checkbox"/> O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?</p> <p>↓</p> <p>Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar?</p>	<p>SI..... 1 → 325A</p> <p>NO..... 2</p>	
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?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	<p>SI..... 1 → 325E</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO TENÍA PREFERENCIA..... 3</p> <p>NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 → 325C</p> <p>OTRO..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA ..... 12</p> <p>OTRO: ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
325BB	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA METODO EN ESTAB. SALUD..... A MUY COSTOSO..... B OTRO: ..... X (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 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 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> → 326           </div>	326																																																												
325F	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron o indicaron el (MÉTODO) la última vez. En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", ¿Qué le pareció:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>BUENO</th><th>REGULAR</th><th>MALO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. El horario de atención?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. La explicación sobre métodos de planificación familiar?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. La información recibida sobre el método prescrito?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. La comodidad de la sala de espera?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. La limpieza de la sala de espera?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. El tiempo de espera?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. El trato del personal administrativo?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. El trato del personal de enfermería?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. El trato del médico(a), obstetriz?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. Las explicaciones del médico?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>k. La privacidad en la atención?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	NS	a. El horario de atención?	1	2	3	8	b. La explicación sobre métodos de planificación familiar?	1	2	3	8	c. La información recibida sobre el método prescrito?	1	2	3	8	d. La comodidad de la sala de espera?	1	2	3	8	e. La limpieza de la sala de espera?	1	2	3	8	f. El tiempo de espera?	1	2	3	8	g. El trato del personal administrativo?	1	2	3	8	h. El trato del personal de enfermería?	1	2	3	8	i. El trato del médico(a), obstetriz?	1	2	3	8	j. Las explicaciones del médico?	1	2	3	8	k. La privacidad en la atención?	1	2	3	8	
	BUENO	REGULAR	MALO	NS																																																											
a. El horario de atención?	1	2	3	8																																																											
b. La explicación sobre métodos de planificación familiar?	1	2	3	8																																																											
c. La información recibida sobre el método prescrito?	1	2	3	8																																																											
d. La comodidad de la sala de espera?	1	2	3	8																																																											
e. La limpieza de la sala de espera?	1	2	3	8																																																											
f. El tiempo de espera?	1	2	3	8																																																											
g. El trato del personal administrativo?	1	2	3	8																																																											
h. El trato del personal de enfermería?	1	2	3	8																																																											
i. El trato del médico(a), obstetriz?	1	2	3	8																																																											
j. Las explicaciones del médico?	1	2	3	8																																																											
k. La privacidad en la atención?	1	2	3	8																																																											
326	<b>VERIFIQUE 320:</b> CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → 327B INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → 327B CONDÓN..... 07 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08																																																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
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 PUBLICO</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</p>	330
327C	¿Cuántos controles se ha hecho en los últimos 12 meses?, es decir desde ..... ( MES, AÑO ) hasta la fecha.	NÚMERO DE CONTROLES..... <input type="text"/>	330
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<p><b>NO EN UNIÓN..... 11</b></p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... 21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSIA..... 23</p> <p>HISTERECTOMÍA..... 24</p> <p>INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MÁS HIJOS..... 27</p> <p>EMBARAZADA..... 28</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 53</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54</p> <p><b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61</p> <p>MUY COSTOSO..... 62</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	330

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
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 PÚBLICO</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  <b>OTRO:</b> ..... 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 DESDE ENERO DE 2000             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2000             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             → <b>PASE A 485</b> </div> </div>			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 2000 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DE 2000. 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 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 407) ←</b> ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 407) ←</b>	ENTONCES..... 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 422) ←</b> ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 422) ←</b>	ENTONCES..... 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 422) ←</b> ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 422) ←</b>
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> AÑOS..... 2 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> AÑOS..... 2 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> AÑOS..... 2 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> 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 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <b>(PASE A 415) ←</b>		
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 PUBLICO</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..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> NO SABE..... 98		
409	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> 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 _____																								
410	<b>VERIFIQUE 409:</b>  NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MAS DE UNA VEZ O NS <input type="checkbox"/> (PASE A 412)																										
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? g. ¿Le hicieron la prueba del VIH/SIDA?	<table border="0"> <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> <tr> <td>PRUEBA VIH/SIDA.....</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	PRUEBA VIH/SIDA.....	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																										
PRUEBA VIH/SIDA.....	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 415C) ←																										
415A	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																										
415B	<b>VERIFIQUE 415A:</b>  NUMERO DE DOSIS VACUNA TÉTANOS	2 Ó MAS DOSIS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 416)																										
415C	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 416) ←																										
415D	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																										
415E	¿Cuándo fue la última vez que recibió la vacuna contra el tétanos?. Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE).	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																										
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	¿Dónde dió a luz a (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)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 <input type="checkbox"/> (PASE A 422) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 <input type="checkbox"/> PUESTO SALUD MINSA..... 25 <input type="checkbox"/> (PASE A 422) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MEDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
421A	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER 24 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)		
422	(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
423	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  ¿Alguién más?  TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON  SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
423A	Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo: a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. ¿Sangrado excesivo después del parto? c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? e. ¿Alguna otra complicación?	SI NO LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO.... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA: _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)		

	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"/>
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 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 las cuántas <b>horas</b> , días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico?	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <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 PUBLICO</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> 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		
427E	Durante el primer mes, después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Le hicieron al bebé algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
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	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
431	<b>VERIFIQUE 226:</b>  ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 EMBARAZADA NO 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 <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"/>
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 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C) ←
436B	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)?  ¿Algo más?  ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA 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 DEXTROSA 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 DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO..... X (ESPECIFIQUE)
436C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con Usted, inmediatamente después que nació?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
437	<b>VERIFIQUE 404:</b>  ¿NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)
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, enseñanza) 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 (charla, enseñanza)?  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 PUBLICO</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 PUBLICO</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 PUBLICO</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 2000. 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 <input type="text"/>  <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 PASE A 484)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)         </div> </div>	NOMBRE <input type="text"/>  <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 PASE A 484)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)         </div> </div>	NOMBRE <input type="text"/>  <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 PASE A 484)         </div> <div> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/>            ↓            (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)         </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.																											
	BCG	BCG <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG <table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
DÍA	MES	AÑO																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
DÍA	MES	AÑO																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
DÍA	MES	AÑO																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
	POLIO 0 (Recién nacido)	P 0 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	POLIO 1	P 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	POLIO 2	P 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	POLIO 3	P 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	DPT 1	D 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	DPT 2	D 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	DPT 3	D 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEPATITIS B 1	HvB1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEPATITIS B 2	HvB2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEPATITIS B 3	HvB3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEMOFILUS 1	Hib1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib1 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEMOFILUS 2	Hib2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib2 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIHEMOFILUS 3	Hib3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib3 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT. A <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT. A <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTIAMARÍLICA	Amar. <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amar. <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amar. <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	ANTISARAMPIONOSA O SPR	S <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <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 SARAMPIÓN?	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..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... 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..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... 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..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHEMOPHILUS, que es para evitar el virus causante de la neumonía 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..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... 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..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... 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 SARAMPION, RUBÉOLA, PAPERAS?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
464	¿Algunas de las vacunas que recibió (NOMBRE) fueron parte de alguna 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) ←
465	¿En qué Jornada Nacional o barrido de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	JORNADA / BARRIDO 2003..... A JORNADA / BARRIDO 2004..... B JORNADA / BARRIDO 2005..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2003..... A JORNADA / BARRIDO 2004..... B JORNADA / BARRIDO 2005..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2003..... A JORNADA / BARRIDO 2004..... B JORNADA / BARRIDO 2005..... 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 PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 OTRO:..... 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"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <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  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro sitio?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIÓNEN	<b>SECTOR PÚBLICO</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 PROMOTOR DE SALUD..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</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 PROMOTOR DE SALUD..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</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 PROMOTOR DE SALUD..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)
471A	<b>VERIFIQUE 471 :</b>	2 O MAS CODIGOS <input type="checkbox"/> UN CODIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 471C)	2 O MAS CODIGOS <input type="checkbox"/> UN CODIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 471C)	2 O MAS CODIGOS <input type="checkbox"/> UN CODIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 471C)
471B	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento?  <b>ANOTE CODIGO REGISTRADO EN 471</b>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
471C	¿Cuántos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? <b>SI ES EL MISMO DIA REGISTRE "00".</b>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>
471D	<b>VERIFIQUE 471:</b>	<b>CODIGOS</b> <b>SEGUNDA COLUMNA</b> <input type="checkbox"/> <b>OTROS CODIGOS</b> <input type="checkbox"/> (PASE A 472B)	<b>CODIGOS</b> <b>SEGUNDA COLUMNA</b> <input type="checkbox"/> <b>OTROS CODIGOS</b> <input type="checkbox"/> (PASE A 472B)	<b>CODIGOS</b> <b>SEGUNDA COLUMNA</b> <input type="checkbox"/> <b>OTROS CODIGOS</b> <input type="checkbox"/> (PASE A 472B)
472	¿Por qué no acudió (en primer lugar) 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 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)
472B	¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	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"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>																																																												
472C	¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 473) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 473) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 473) ←																																																												
472D	¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos?  ¿Algo más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ANTIISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	ANTIISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	ANTIISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																																																												
473	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482C) ←																																																												
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="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </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 (caquita) tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																												
475A	¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																												
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?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO..	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO..	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO..	1	2	8												
	SI	NO	NS																																																													
SRO.....	1	2	8																																																													
FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8																																																													
SUERO CASERO..	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
SRO.....	1	2	8																																																													
FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8																																																													
SUERO CASERO..	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
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 TODOS LOS QUE MENCIONE	JARABE / PASTILLAS ZINC..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C JARABE PARA LA DIARREA..... D REMEDIOS CASEROS..... E OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	JARABE / PASTILLAS ZINC..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C JARABE PARA LA DIARREA..... D REMEDIOS CASEROS..... E OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	JARABE / PASTILLAS ZINC..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C JARABE PARA LA DIARREA..... D REMEDIOS CASEROS..... 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) ←																																																												

	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"/>
482	<p>¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</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 O CÓDIGOS APROPIADOS</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... A</p> <p>ESSALUD..... B</p> <p>FF.AA. Y PNP..... C</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA..... D</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... E</p> <p>POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... G</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... H</p> <p>CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I</p> <p>BOTIQUÍN POPULAR..... J</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... K</p> <p>FAMILIAR/AMIGO..... L</p> <p>CURANDERO..... M</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... A</p> <p>ESSALUD..... B</p> <p>FF.AA. Y PNP..... C</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA..... D</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... E</p> <p>POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... G</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... H</p> <p>CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I</p> <p>BOTIQUÍN POPULAR..... J</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... K</p> <p>FAMILIAR/AMIGO..... L</p> <p>CURANDERO..... M</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... A</p> <p>ESSALUD..... B</p> <p>FF.AA. Y PNP..... C</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA..... D</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... E</p> <p>POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F</p> <p>PROMOTOR DE SALUD..... G</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... H</p> <p>CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I</p> <p>BOTIQUÍN POPULAR..... J</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... K</p> <p>FAMILIAR/AMIGO..... L</p> <p>CURANDERO..... M</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
482AA	<b>VERIFIQUE 482:</b>	<p>2 O MÁS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>UN CÓDIGO</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482AC)</p>	<p>2 O MÁS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>UN CÓDIGO</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482AC)</p>	<p>2 O MÁS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>UN CÓDIGO</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482AC)</p>
482AB	<p>¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento?</p> <p><b>ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 482</b></p>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
482AC	<p>¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?</p> <p><b>SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".</b></p>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
482AD	<b>VERIFIQUE 482:</b>	<p>CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA</p> <p><input type="text"/></p> <p>OTROS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482BB)</p>	<p>CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA</p> <p><input type="text"/></p> <p>OTROS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482BB)</p>	<p>CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA</p> <p><input type="text"/></p> <p>OTROS CÓDIGOS</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASE A 482BB)</p>
482A	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	<p>NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11</p> <p>ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12</p> <p>NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13</p> <p>PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14</p> <p>NO HAY MEDICINAS..... 15</p> <p>NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16</p> <p>NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17</p> <p>YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18</p> <p>NO TENÍA TIEMPO..... 19</p> <p>PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11</p> <p>ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12</p> <p>NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13</p> <p>PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14</p> <p>NO HAY MEDICINAS..... 15</p> <p>NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16</p> <p>NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17</p> <p>YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18</p> <p>NO TENÍA TIEMPO..... 19</p> <p>PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11</p> <p>ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12</p> <p>NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13</p> <p>PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14</p> <p>NO HAY MEDICINAS..... 15</p> <p>NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16</p> <p>NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17</p> <p>YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18</p> <p>NO TENÍA TIEMPO..... 19</p> <p>PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
482BB	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>
482C	En los últimos 12 meses ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
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 478 (a) Y 478 (b), PARA TODOS LOS NIÑOS:</b> "SI" EN 478 (a) O EN 478 (b) <input type="checkbox"/> → OTRAS RESPUESTAS 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 2000 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 niña/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: ..... 96 (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? h. ¿Que tal vez no haya algún personal de salud? i. ¿Que tal vez no haya medicamentos?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>GRAN PROBLEMA</th> <th>NO ES PROBLEMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DONDE IR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR PERMISO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR DINERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LEJANIA DE SERVICIOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR TRANSPORTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO QUERER IR SOLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO PERSONAL FEMENINO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO PERSONAL DE SALUD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO HAY MEDICAMENTOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA	DONDE IR.....	1	2	CONSEGUIR PERMISO.....	1	2	CONSEGUIR DINERO.....	1	2	LEJANIA DE SERVICIOS.....	1	2	CONSEGUIR TRANSPORTE.....	1	2	NO QUERER IR SOLA.....	1	2	NO PERSONAL FEMENINO.....	1	2	NO PERSONAL DE SALUD.....	1	2	NO HAY MEDICAMENTOS.....	1	2	
	GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA																															
DONDE IR.....	1	2																															
CONSEGUIR PERMISO.....	1	2																															
CONSEGUIR DINERO.....	1	2																															
LEJANIA DE SERVICIOS.....	1	2																															
CONSEGUIR TRANSPORTE.....	1	2																															
NO QUERER IR SOLA.....	1	2																															
NO PERSONAL FEMENINO.....	1	2																															
NO PERSONAL DE SALUD.....	1	2																															
NO HAY MEDICAMENTOS.....	1	2																															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
493A	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 493C
493B	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó usted?	Nº DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/>	
493C	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis ó TBC?	SI..... 1 NO..... 2	→ 494
493D	¿Cómo se contagia la tuberculosis de una persona a otra?  ¿De alguna otra forma?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	A TRAVÉS DEL AIRE AL TOSER/ESTORNUDAR ..... A AL COMPARTIR UTENSILIOS..... B TOCANDO A UNA PERSONA CON TBC..... C A TRAVÉS DE LA COMIDA..... D POR PICADURA DE MOSQUITO..... E CONTACTO SEXUAL..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
493E	¿Puede curarse la tuberculosis?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
493F	Si un pariente suyo se llega a enfermar con tuberculosis ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
493G	Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI GUARDARIA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA/DEPENDEN..... 8	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
494	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL <b>2002</b> QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             UNO O MÁS <input type="text"/>              ↓              REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS              QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 495  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin: 5px auto;"></div>             (NOMBRE)           </div> <div>             NINGUNO <input type="text"/> → 500           </div> </div>																																																														
495	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día o la noche. ¿Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) bebió.....																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Agua sola (sin mezclar con nada)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Jugo de fruta?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. Te/café?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a. Agua sola (sin mezclar con nada)?.....	1	2	8	b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....	1	2	8	c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....	1	2	8	d. Jugo de fruta?.....	1	2	8	e. Te/café?.....	1	2	8	f. Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....	1	2	8																																		
	SI	NO	NO SABE																																																												
a. Agua sola (sin mezclar con nada)?.....	1	2	8																																																												
b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....	1	2	8																																																												
c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....	1	2	8																																																												
d. Jugo de fruta?.....	1	2	8																																																												
e. Te/café?.....	1	2	8																																																												
f. Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....	1	2	8																																																												
496	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió ayer durante el día o la noche separados o combinados con otros alimentos. ¿Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) comió .....																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Camote, zapallo, zanahoria?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. Mango, papaya, aguaje?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. Huevos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m. Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita,etc)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n. Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a. Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....	1	2	8	b. Camote, zapallo, zanahoria?.....	1	2	8	c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....	1	2	8	d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? .....	1	2	8	e. Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....	1	2	8	f. Mango, papaya, aguaje?.....	1	2	8	g. Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....	1	2	8	h. Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?.....	1	2	8	i. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....	1	2	8	j. Huevos?.....	1	2	8	k. Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....	1	2	8	l. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....	1	2	8	m. Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita,etc)?.....	1	2	8	n. Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....	1	2	8		
	SI	NO	NO SABE																																																												
a. Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....	1	2	8																																																												
b. Camote, zapallo, zanahoria?.....	1	2	8																																																												
c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....	1	2	8																																																												
d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? .....	1	2	8																																																												
e. Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....	1	2	8																																																												
f. Mango, papaya, aguaje?.....	1	2	8																																																												
g. Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....	1	2	8																																																												
h. Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?.....	1	2	8																																																												
i. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....	1	2	8																																																												
j. Huevos?.....	1	2	8																																																												
k. Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....	1	2	8																																																												
l. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....	1	2	8																																																												
m. Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita,etc)?.....	1	2	8																																																												
n. Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....	1	2	8																																																												
497	<b>VERIFIQUE 495 y 496:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             495 y 496 = 2              NINGÚN "SÍ" <input type="text"/> </div> <div>             495 ó 496 = 1              AL MENOS UN "SÍ" <input type="text"/> → 499           </div> </div>																																																														
498	¿Usted me dijo que ayer durante el día ó la noche su niño no recibió ningún líquido ni sólido, excepto leche materna. ¿Es correcto? SI RESPONDE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 495 Y 496 Y CORRIJA.	SI..... 1 NO ..... 2	500																																																												
499	¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?..	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES..... 03 OTROS PARIENTES..... 04 VECINAS/VECINOS..... 05 OTROS NO PARIENTES..... 06 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 07 NADIE/COME SOLO..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)																																																													

## 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 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIENDO..... 2 <input type="checkbox"/> NO, NO EN UNIÓN..... 3 <input type="checkbox"/>	506
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> NO..... 3 <input type="checkbox"/>	505
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 2000		
504	PASE A _____		512
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 <input type="checkbox"/> SEPARADA..... 2 <input type="checkbox"/> DIVORCIADA..... 3 <input type="checkbox"/>	508
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 <input type="checkbox"/> VIVE EN OTRO SITIO..... 2 <input type="checkbox"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ..... 2 <input type="checkbox"/>	509
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 (ESPECIFIQUE)	
509	<b>VERIFIQUE 508:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ:            ↓            ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/ compañero?         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ:            ↓            ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero?         </div> </div>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98  AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	511
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DE 2000. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DE 2000.</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>	
512A	<p><b>VERIFIQUE 106:</b></p> <p>15-24 AÑOS <input type="text"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="text"/></p>		513
512B	¿En su primera relación sexual usaron condón?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
512C	¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE..... 01</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</p> <p>(ESPECIFIQUE)</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.</p> <p>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> <p>CONOCE CONDÓN <input type="text"/></p> <p>NO CONOCE CONDÓN <input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales, usaron condón?</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>	<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:</p> <p>¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01"</p> <p>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</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
516	¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona?  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"/>	
517	¿Además de esta persona, ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	522
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 NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	521
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 TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</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  <b>OTRO:</b> ..... 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	PASE A
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>		614
602	<b>VERIFIQUE 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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> <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> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <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%;"> <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="margin-top: 20px;">                     TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1                      NO MÁS / NINGUNO..... 2 → 604                      NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 3 → 614                      INDECISA/NO SABE/ INSEGURA                          PARA NO EMBARAZADAS/INSEGURA... 4 → 608                          PARA EMBARAZADAS..... 5 → 610                 </div>	
603	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 602 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>¿Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?</p> </div> </div>	<div style="margin-top: 20px;">                     MESES..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;">                     AÑOS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;">                     PRONTO / AHORA..... 993 → 609                      NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614                      DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995                      OTRA: ..... 996 → 609                          (ESPECIFIQUE)                      NO SABE..... 998                 </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>		610
605	<b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     USA ACTUALMENTE  <b>310=1</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">                     NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA  <b>310=2</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>		608
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>		610

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</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</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>(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-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>USA ACTUALMENTE</p> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <p>310=1</p> <p>310=2</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>614</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 (AQV). 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>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>ANTI. ORAL DE EMERGENCIA..... 12</p> <p>OTRO: ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / 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>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>           NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </div> <div>           501=3  <input type="checkbox"/> </div> <div>           OTRAS <input type="checkbox"/> </div> </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 → 616A  NÚMERO <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  OTRA RESPUESTA: ..... 96 → 616A  _____ (ESPECIFIQUE)	
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> <b>NIÑAS</b>            NÚMERO..... <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div> <b>NIÑOS</b>  <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div> <b>CUALQUIERA</b>  <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> </div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
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?  CIRCULE 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 OTROS FAMILIARES..... M OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE)																					
619	<b>VERIFIQUE 501:</b>  SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> 501=2 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3		624																				
619A	<b>VERIFIQUE 311/311A: PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS</b>  ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>		621																				
619A	<b>VERIFIQUE 311:</b>  OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SOLO: ESTERILIZACIÓN MASCULINA, CONDÓN Ó RETIRO <input type="checkbox"/> 311=B,G,K		620																				
619B	¿Su esposo /compañero sabe que Usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	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>  NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		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   ↓ </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN  <input type="checkbox"/> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"></div> <div style="text-align: right;"> 703         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%;"> <b>CIRCULE</b> NIVEL </div> <div style="width: 45%;"> <b>ANOTE</b> AÑO GRADO </div> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA..... 1</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA..... 2</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO..... 3</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 4</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 5</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">998</td> </tr> </table>	INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	PRIMARIA..... 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	SECUNDARIA..... 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	BACHILLERATO..... 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 4	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 5	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	NO SABE.....	998		
INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
PRIMARIA..... 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
SECUNDARIA..... 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
BACHILLERATO..... 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 4	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 5	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
NO SABE.....	998																							
706	<b>VERIFIQUE 701:</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;"> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA   <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <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-top: 20px;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </div>																						
707	¿Además del trabajo del hogar, en los últimos siete días Ud. ha realizado algún trabajo?	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 los últimos siete días Ud. ha realizado alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710																					
708A	Aunque Ud. no trabajó en los últimos siete días, tiene un trabajo o negocio del cual estuvo ausente por licencia, enfermedad, vacaciones, maternidad o cualquier otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	710																					
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	718AA																					
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) Ud. principalmente?	<div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </div>																						
711	<b>VERIFIQUE 710:</b> TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input style="width: 20px;" 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 (trabajaba) en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																					
715	¿Ud. usualmente trabaja (trabajaba) 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)?	SOLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SOLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	718AA																																				
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																																					
718A	¿Diría que el dinero que Usted gana (ganaba) es (era) más, menos o igual de lo que trae (traía) su esposo/compañero al hogar?	MAS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 MENOS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 IGUAL A ESPOSO/COMPAÑERO..... 3 ESPOSO/ COMPAÑERO NO TRAE..... 4 NO TRABAJABA..... 5 NUNCA CASADA / NUNCA EN UNION..... 6 NO SABE..... 8	719																																				
718AA	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que su esposo/compañero gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5 NUNCA CASADA / NUNCA EN UNION..... 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 MENOR DE 6 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		721																																				
720A	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJA MAYOR..... 03 HIJO 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)																																					
721	A veces el esposo/compañero se molesta por cosas que hace su esposa. En su opinión, ¿Ud. está de acuerdo que él golpee a su esposa....  a. ... Si ella sale de la casa sin decirle nada a él? b. ... Si ella descuida a los niños? c. ... Si ella discute con él? d. ... Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él? e. ... Si ella quema la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SALE DE LA CASA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DESCUIDA A NIÑOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DISCUTE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SE NIEGA A TENER SEXO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>QUEMA LA COMIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SALE DE LA CASA.....	1	2	8	DESCUIDA A NIÑOS.....	1	2	8	DISCUTE.....	1	2	8	SE NIEGA A TENER SEXO.....	1	2	8	QUEMA LA COMIDA.....	1	2	8													
	SI	NO	NS																																				
SALE DE LA CASA.....	1	2	8																																				
DESCUIDA A NIÑOS.....	1	2	8																																				
DISCUTE.....	1	2	8																																				
SE NIEGA A TENER SEXO.....	1	2	8																																				
QUEMA LA COMIDA.....	1	2	8																																				

## 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?              Una enfermedad llamada SIDA?           </div>	<div style="text-align: right;">             SI      NO              VIH..... 1      2              SIDA..... 1      2           </div>	
801A	<b>VERIFIQUE 801:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             NINGÚN SI <input type="checkbox"/> </div> </div>		817
802	¿Hay algo que una persona puede hacer para no contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<div style="text-align: right;">             SI..... 1              NO..... 2              NO SABE..... 8           </div>	803AA
803	¿Qué puede hacer una persona para no contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? ¿Algo más? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIÓNE  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>PRÁCTICAS SEGURAS</b></p> <p>NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A</p> <p>ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B</p> <p>USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C</p> <p>SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H</p> <p>EXIGIR PARA UNA TRANSFUSION "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I</p> <p>EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J</p> <p>NO TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>OTRAS PRÁCTICAS</b></p> <p>EVITAR LOS BESOS..... L</p> <p>EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M</p> <p>BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N</p> <p>USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O</p> <p>EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P</p> <p>OTRA: ..... X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p> </div> </div>		
803AA	¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen un solo compañero sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?	<div style="text-align: right;">             SI..... 1              NO..... 2              NO SABE..... 8           </div>	
803AB	¿Cree Ud. que las personas que usan condón tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<div style="text-align: right;">             SI..... 1              NO..... 2              NO SABE..... 8           </div>	
803AC	¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<div style="text-align: right;">             SI..... 1              NO..... 2              NO SABE..... 8           </div>	
803AD	¿Cree Ud. que las personas pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo comida con una persona infectada?	<div style="text-align: right;">             SI..... 1              NO..... 2              NO SABE..... 8           </div>	
803A	¿Piensa usted que su riesgo de contagiarse con el SIDA es alto, moderado, mínimo o no tiene ningún riesgo?	<div style="text-align: right;">             ALTO..... 1              MODERADO..... 2              MÍNIMO..... 3              NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4              TIENE SIDA..... 5              NO SABE..... 8           </div>	803C 803D
803B	¿Por qué cree que (no) tiene (NINGÚN/ un MÍNIMO) riesgo de contagiarse con el SIDA?  ¿Tiene otras razones?   CIRCULE TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	<div style="text-align: right;">             NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A              UTILIZA CONDONES 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              ESPECIFIQUE              NO SABE..... Z           </div>	803D

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
803C	¿Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contagiarse con el SIDA?  ¿Tiene otras razones?  CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDONES 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 ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
803D	¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA?  ¿Alguna otra fuente?  CIRCULE TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISIÓN..... B PERIÓDICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIA..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARENTES..... 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 hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
803EE	¿Cuál es ese lugar?  ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE Mencione	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... D POLICLINICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... E  OTRO GOBIERNO: _____ F (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... G CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... H  OTRO PRIVADO: _____ I (ESPECIFIQUE) <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... J  <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)	
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	813

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
812	<p>¿Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño?</p> <p>¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?)</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p>DURANTE EL EMBARAZO..... A</p> <p>DURANTE EL PARTO..... B</p> <p>DURANTE LA LACTANCIA..... C</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>																			
813	<p>¿Si un niño o niña tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir asistir a la escuela o colegio?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																			
815A	<p>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?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																			
815B	<p>En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo puede despedir por esta causa?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																			
815C	<p>En caso de que un pariente suyo estuviera infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?</p>	<p>SI, GUARDA EL SECRETO..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO ESTA SEGURO/DEPENDE..... 8</p>																			
816	<p>Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8</p>																			
817	<p>(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	818 C																		
817A	<p>¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p>SÍFILIS..... A</p> <p>GONORREA..... B</p> <p>VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C</p> <p>OTRO _____ W</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>																			
817B	<p><b>VERIFIQUE 801 Y 817</b></p> <p>POR LO MENOS UN SI EN 801 <input type="checkbox"/> O CÓDIGO "1" EN 817 <input type="checkbox"/></p> <p>801 TODOS LOS CÓDIGOS= "2" Y <input type="checkbox"/> CÓDIGO "2" EN 817 <input type="checkbox"/></p>			818C																	
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..... A</td> <td>PÉRDIDA DE PESO..... J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B</td> <td>IMPOTENCIA..... K</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C</td> <td>PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR..... D</td> <td>SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M</td> </tr> <tr> <td>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E</td> <td>OTRO: _____ W</td> </tr> <tr> <td>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G</td> <td>NO SABE..... Z</td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS GENITALES..... H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGRE EN LA ORINA..... I</td> <td></td> </tr> </table>			DOLOR ABDOMINAL..... A	PÉRDIDA DE PESO..... J	SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B	IMPOTENCIA..... K	SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C	PUEDE 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	PUEDE 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..... A</td> <td>SANGRE EN LA ORINA..... I</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B</td> <td>PÉRDIDA DE PESO..... J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C</td> <td>INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR..... D</td> <td>PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L</td> </tr> <tr> <td>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E</td> <td>OTRO: _____ W</td> </tr> <tr> <td>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G</td> <td>NO SABE..... Z</td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS GENITALES..... H</td> <td></td> </tr> </table>			DOLOR ABDOMINAL..... A	SANGRE EN LA ORINA..... I	SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B	PÉRDIDA DE PESO..... J	SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C	INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K	MOLESTIAS AL ORINAR..... D	PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L	ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E	OTRO: _____ W	INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F	(ESPECIFIQUE)	ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G	NO SABE..... Z	VERRUGAS GENITALES..... H			
DOLOR ABDOMINAL..... A	SANGRE EN LA ORINA..... I																				
SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B	PÉRDIDA DE PESO..... J																				
SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C	INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K																				
MOLESTIAS AL ORINAR..... D	PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L																				
ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E	OTRO: _____ W																				
INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F	(ESPECIFIQUE)																				
ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G	NO SABE..... Z																				
VERRUGAS GENITALES..... H																					
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																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
818 C	<b>VERIFIQUE 512:</b> HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	901																		
818D	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que olía mal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818E	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818F	<b>VERIFIQUE 818 D = 1 ó 818 E =1</b> HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/>	818H																		
818G	La última vez que usted tuvo ese problema hizo algo de los siguiente:  a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular? b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional? c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica? d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente? e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÉDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FARMACIA/BOTICA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMIGO/PARIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTORECETÓ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	MÉDICO.....	1	2	CURANDERO.....	1	2	FARMACIA/BOTICA.....	1	2	AMIGO/PARIENTE.....	1	2	AUTORECETÓ.....	1	2	
	SI	NO																			
MÉDICO.....	1	2																			
CURANDERO.....	1	2																			
FARMACIA/BOTICA.....	1	2																			
AMIGO/PARIENTE.....	1	2																			
AUTORECETÓ.....	1	2																			
818G1	<b>VERIFIQUE 818 G:</b> CONSEJO O TRATAMIENTO DE UN MÉDICO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	818H																		
818GG	¿A dónde acudió Usted?  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  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... E OTRO GOBIERNO: _____ F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... G CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... H OTRO PRIVADO: _____ I (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... J <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)																			
818H	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?	SI..... 1 NO..... 2	901																		
818I	En los últimos 12 meses ¿usted ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una pareja diferente a su pareja estable?	SI..... 1 NO..... 2																			

## 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-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             DOS O MÁS HIJO(A)S <input style="width: 30px;" type="text"/>              ↓           </div> <div style="text-align: center;">             SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input style="width: 30px;" type="text"/> → <b>PASE A 916</b> </div> </div>							
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	¿Cuál es el nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?	(1)  (NOMBRE)	(2)  (NOMBRE)	(3)  (NOMBRE)	(4)  (NOMBRE)	(5)  (NOMBRE)	(6)  (NOMBRE)	(7)  (NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	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	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	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
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE)? en años cumplidos?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 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	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	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	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	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	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	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	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	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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 <input style="width: 20px;" type="text"/> → <b>PASE A 1000</b> NO SELECCIONADA <input style="width: 20px;" type="text"/> → <b>PASE A 1028</b>							

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	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
908	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998
909	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←	<input type="text"/> ←
910	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	<input type="text"/> 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	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A 905. SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> 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;"> <div>HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1</div> <div>NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2</div> </div>		1028																												
1000A	<b>LEA:</b> Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja. Yo sé que algunas de estas preguntas 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;"> <div>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></div> <div>SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/></div> <div>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></div> </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?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUENTEMENTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?</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>B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?</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>C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?</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>D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?</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>E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus 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>		FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	1	2	3	B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	1	2	3	C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?	1	2	3	D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	1	2	3	E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	1	2	3					
	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA																												
A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	1	2	3																												
B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	1	2	3																												
C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?	1	2	3																												
D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	1	2	3																												
E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus 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):	<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>A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?</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>B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser 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>C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus 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>D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su 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>E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba?</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>F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?</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	A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?	1	2	8	B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel?	1	2	8	C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	1	2	8	D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	1	2	8	E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba?	1	2	8	F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?	1	2	8																												
B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel?	1	2	8																												
C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	1	2	8																												
D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	1	2	8																												
E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba?	1	2	8																												
F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	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"/> 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"/> 1006= NINGUN SI <input type="checkbox"/> → 1013 A 1011 = TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS		
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-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>1013A</b>  CASADA/CONVIVIENTE  SEPARADA/ DIVORCIADA/  VIUDA  <input type="checkbox"/>  ↓  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="text-align: center;"> <b>1013B</b>  NUNCA CASADA/  NUNCA UNIDA  <input type="checkbox"/>  ↓  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 type="text"/> <input type="text"/>	
1018	<b>VERIFIQUE 210, 226 Y 230 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 UN 'SI' <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/SEPARACIÓN ..... 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 INTERRUPIR 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	

## 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 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  
L ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA  
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: Fuente de Anticoncepción**

1 HOSPITAL MINSA  
2 CENTRO DE SALUD MINSA  
3 PUESTO DE SALUD MINSA  
4 PROMOTOR DE SALUD MINSA  
5 HOSPITAL DE ESSALUD  
6 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD  
K CAMPAÑA / FERIA / JORNADA  
7 OTRO GOBIERNO  
8 CLÍNICA PARTICULAR  
9 FARMACIA / BOTICA  
J CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR  
A OTRO SECTOR PRIVADO  
B CLINICA/POSTA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ONG  
C PROMOTORES DE ONG  
D TIENDA / SUPERMERCADO  
E IGLESIA  
F AMIGOS / PARIENTES  
G NADIE/SE AUTORECETO  
X OTRO: \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

**COL 4:****Matrimonio / Unión**

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

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
5	05	MAY			08		MAY 5
	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
4	05	MAY			20		MAY 4
	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
3	05	MAY			32		MAY 3
	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
2	05	MAY			44		MAY 2
	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
1	05	MAY			56		MAY 1
	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
2	08	AGO			65		AGO 2
0	07	JUL			66		JUL 0
0	06	JUN			67		JUN 0
0	05	MAY			68		MAY 0
	04	ABR			69		ABR
	03	MAR			70		MAR
	02	FEB			71		FEB
	01	ENE			72		ENE

# CALENDARIO 2005

## ENERO

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

## FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

## MARZO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

## ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

## MAYO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

## JULIO

D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

## AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

## SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

## OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

## NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

## DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

# CALENDARIO 2004

## SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

## OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

## NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

## DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

**TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS  
EN 2005**

(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual		Año de Nacimiento	
		No ha cumplido años en 2005	Ha cumplido años en 2005
		No Sabe	
0	>	2004	---
1	>	2003	2004
2	>	2002	2003
3	>	2001	2002
4	>	2000	2001
5	>	1999	2000
6	>	1998	1999
7	>	1997	1998
8	>	1996	1997
9	>	1995	1996
10	>	1994	1995
11	>	1993	1994
12	>	1992	1993
13	>	1991	1992
14	>	1990	1991
15	>	1989	1990
16	>	1988	1989
17	>	1987	1988
18	>	1986	1987
19	>	1985	1986
20	>	1984	1985
21	>	1983	1984
22	>	1982	1983
23	>	1981	1982
24	>	1980	1981
25	>	1979	1980
26	>	1978	1979
27	>	1977	1978
28	>	1976	1977
29	>	1975	1976

Edad Actual		Año de Nacimiento	
		No ha cumplido años en 2005	Ha cumplido años en 2005
		No Sabe	
30	>	1974	1975
31	>	1973	1974
32	>	1972	1973
33	>	1971	1972
34	>	1970	1971
35	>	1969	1970
36	>	1968	1969
37	>	1967	1968
38	>	1966	1967
39	>	1965	1966
40	>	1964	1965
41	>	1963	1964
42	>	1962	1963
43	>	1961	1962
44	>	1960	1961
45	>	1959	1960
46	>	1958	1959
47	>	1957	1958
48	>	1956	1957
49	>	1955	1956
50	>	1954	1955
51	>	1953	1954
52	>	1952	1953
53	>	1951	1952
54	>	1950	1951
55	>	1949	1950
56	>	1948	1949
57	>	1947	1948
58	>	1946	1947
59	>	1945	1946