

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES CONTINUA - 4º CICLO - 2007

CUESTIONARIO DEL HOGAR
AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO
 PROVINCIA
 DISTRITO
 CENTRO POBLADO

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ÁREA URBANA
 ZONA N°
 MANZANA N°
 ÁREA RURAL
 A.E.R.

VIVIENDA N°.....
 CUESTIONARIO DE

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

FECHA

NOMBRE DE LA
ENTREVISTADORA
RESULTADO***

PRÓXIMA VISITA: FECHA
HORA

1a.

2a.

3a.

VISITA FINAL

FECHA:

DÍA.....

MES.....

AÑO.....

EQUIPO NÚMERO

ENTREVISTADORA.....

RESULTADO FINAL.....

NÚMERO

TOTAL DE VISITAS

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

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

(ESPECIFIQUE)

DATOS DE CONTROL

TOTAL HOGARES
EN LA VIVIENDA.....

TOTAL PERSONAS
EN EL HOGAR

MUJERES 15 - 49 AÑOS

Nº DE ORDEN DEL
INFORMANTE.....

NOMBRE

FECHA

SUPERVISORA EN EL CAMPO

CRÍTICO DE OFICINA

DIGITADOR (A)

LISTADO DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MINUTOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

<p>Sólo para estar segura que tengo una lista completa</p> <p>1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI <input type="checkbox"/> ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí? SI <input type="checkbox"/> ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI <input type="checkbox"/> ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p>		<p>TOTAL MUJERES 15 A 49</p> <p><input type="text"/></p>
		<p>CONTINUA EN OTRO CUESTIONARIO</p> <p>SI 1 NO 2</p>

LISTADO DEL HOGAR

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

OBSERVACIONES:

Nº OR- DEN	EDUCACIÓN													
	PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS			PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS										
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó (NOMBRE)? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 BACHILLERATO 4 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 5 SUPERIOR UNIVERSITARIA SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MÁS, ANOTE "6" EN AÑO		¿Está (NOMBRE) asistiendo actualmente a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el 2007 (NOMBRE) alguna vez asistió a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el 2007 (NOMBRE) ¿a qué nivel y año o grado asiste? (¿asistió?)	Durante el año escolar o académico 2006 (NOMBRE) asistió a un centro o programa de enseñanza regular?	Durante el año escolar o académico 2006 a qué nivel y año o grado asistió (NOMBRE)?						
	(10)		(11)		(11a)		(11b)		(11c)		(12)		(12a)	
	SI	NO	NIVEL	AÑO GRADO	SI	NO	SI	NO	NIVEL	AÑO GRADO	SI	NO	NIVEL	AÑO GRADO
01	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
02	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
03	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
04	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
05	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
06	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
07	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
08	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
09	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
10	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
11	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
12	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
13	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
14	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		
15	1	2			1	2	1	2			1	2		
		PASE 13				PASE 11c		PASE 12				PASE 13		

OBSERVACIONES:

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

OBSERVACIONES:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
21	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 → 22AB FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13 AGUA DE POZO POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 22AB POZO PÚBLICO..... 22 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RIO/ACEQUIA..... 32 AGUA DE LLUVIA..... 41 → 22AB CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
22	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> EN EL SITIO 996 → 22AB	
22AA	Generalmente, ¿quién va a recoger agua para su hogar? SONDEE: ¿Es mayor o menor de 15 años?	MUJER ADULTA..... 1 HOMBRE ADULTO..... 2 MUJER MENOR DE 15 AÑOS..... 3 HOMBRE MENOR DE 15 AÑOS..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
22AB	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13 AGUA DE POZO POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 POZO PÚBLICO..... 22 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RIO/ACEQUIA..... 32 AGUA DE LLUVIA..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 AGUA EMBOTELLADA..... 91 → 22,08 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
22 A	En su hogar ¿Qué le hacen al agua que frecuentemente utilizan para tomar o beber?	LA HIERVEN..... 01 LE ECHAN LEJÍA/COLOR..... 02 TAL COMO VIENE DE FUENTE..... 03 UTILIZA UN FILTRO ESPECIAL PARA AGUA 04 FILTRA A TRAVÉS DE UNA TELA..... 05 DESINFECCIÓN SOLAR..... 06 DEJA REPOSAR..... 07 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
22,08	¿ Usted, o algún miembro de su hogar, paga por el agua?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 → 23	
22,09	¿ A quién paga por el agua?	INSTITUCIÓN/ EMPRESA PÚBLICA 1 INSTITUCIÓN/EMPRESA PRIVADA..... 2 OTRO PROVEEDOR PRIVADO DE AGUA..... 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
22,10	¿Cada qué tiempo paga por el agua?	CADA VEZ QUE VIENE..... 1 CADA DÍA..... 2 CADA SEMANA..... 3 CADA MES..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
22,11	En promedio, ¿Cuánto paga cada (PREGUNTE DE ACUERDO A LA RESPUESTA DADA EN LA 22.10)?	CANTIDAD PAGADA S/. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> OTRO 992,0 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998,0	
23	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar? SI TIENE LETRINA SONDEE EL TIPO	CONECTADO A RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA..... 21 LETRINA VENTILADA/ MEJORADA..... 31 POZO SÉPTICO..... 32 POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)..... 33 LETRINA SOBRE LAGO/ RÍO/ ACEQUIA..... 34 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL/ CAMPO)..... 51 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	24,10
23 A	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	24,10
24 A	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 <input type="text"/> <input type="text"/> 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	
24,10	Los miembros de este hogar ¿Dónde se lavan las manos?	DENTRO O CERCA DEL BAÑO..... 1 DENTRO O CERCA DE LA COCINA 2 EN OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 3 FUERA DE LA VIVIENDA 4 NO TIENEN UN LUGAR ESPECÍFICO 5	
24,12	¿Ustedes dónde botan la basura? BASURA ORGÁNICA: ES TODO DESPERDICIO ALIMENTICIO, COMO CÁSCARAS DE FRUTAS, VERDURAS, CAFÉ, HUEVO, RESTOS DE ALIMENTOS Y DESECHOS DEL JARDÍN, COMO PASTO Y HOJAS. ASIMISMO, CONSIDERA LOS DESPERDICIOS AGRÍCOLAS.	RECOGIDO DE LA CASA POR EL GOBIERNO..... 11 POR EL MUNICIPIO..... 12 POR LA COMUNIDAD..... 13 POR EMPRESAS PRIVADAS..... 14 OTRO 15 (ESPECIFIQUE) TIRAN EN CONTENEDORES DEL GOBIERNO..... 21 DEL MUNICIPIO..... 22 DE LA COMUNIDAD..... 23 DE EMPRESAS PRIVADAS..... 24 DEPOSITADO O TIRADO FOSA ABIERTA..... 31 LUGAR DISTANTE..... 41 EN LA CALLE..... 42 DENTRO DEL PATIO O TERRENO 43 LA QUEMAN..... 51 LA ENTIERRAN 61 COMPOST 71 ALIMENTAN A LOS ANIMALES 81 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	24,14
24,13	¿Cada qué tiempo recogen la basura?	DIARIO..... 01 VARIAS VECES A LA SEMANA 02 SEMANAL..... 03 QUINCENAL 04 UNA VEZ POR MES 05 ES IRREGULAR 06 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
24,14	Antes de botar la basura ¿En qué la almacenan?	RECIPIENTE O CONTENEDOR CUBIERTO 1 RECIPIENTE O CONTENEDOR DESCUBIERTO 2 BOLSAS DE PLÁSTICO 3 BOLSAS DE PAPEL O PERIÓDICO 4 NO TIENE RECIPIENTE 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8																												
25	Tiene en su hogar: a. ¿electricidad? b. ¿radio? c. ¿televisor? d. ¿teléfono móvil (celular)? e. ¿teléfono fijo? f. ¿refrigeradora? g. ¿computadora? h. ¿internet?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>ELECTRICIDAD</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>RADIO</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TELEVISOR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TELÉFONO MÓVIL (CELULAR).....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>TELÉFONO FIJO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>REFRIGERADORA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>COMPUTADORA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>INTERNET</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	ELECTRICIDAD	1	2	RADIO	1	2	TELEVISOR	1	2	TELÉFONO MÓVIL (CELULAR).....	1	2	TELÉFONO FIJO.....	1	2	REFRIGERADORA	1	2	COMPUTADORA	1	2	INTERNET	1	2	26
	SI	NO																												
ELECTRICIDAD	1	2																												
RADIO	1	2																												
TELEVISOR	1	2																												
TELÉFONO MÓVIL (CELULAR).....	1	2																												
TELÉFONO FIJO.....	1	2																												
REFRIGERADORA	1	2																												
COMPUTADORA	1	2																												
INTERNET	1	2																												
26	¿Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD 01 GAS LICUADO (LPG) 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE 04 CARBÓN VEGETAL..... 05 CARBÓN MINERAL..... 06 LEÑA 07 BOSTA 08 RESIDUOS AGRÍCOLAS 09 CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) 10 NO COCINA 95 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	26,09																											
26.01	¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?	SI 1 NO 2	26.03																											
26.02	¿Qué otro tipo de combustible utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD 01 GAS LICUADO (LPG) 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE 04 CARBÓN VEGETAL..... 05 CARBÓN MINERAL..... 06 LEÑA 07 BOSTA 08 RESIDUOS AGRÍCOLAS 09 CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																												
26.03	VERIFIQUE 26 Y 26.02 : OTROS COMBUSTIBLES (DE 26 Ó 26.02)	UTILIZA ELECTRICIDAD, GAS LICUADO, NATURAL O KEROSENE (CÓDIGOS PRIMERA COLUMNA)	26AB																											
26 AA	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea, conducto, desfogue para eliminar el humo?	SI 1 NO..... 2 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)																												
26 AB	Generalmente, ¿Se cocina dentro de la casa, al aire libre o en cuarto separado?	DENTRO DE LA CASA..... 1 AL AIRE LIBRE/PATIO/AZOTEA..... 2 CUARTO SEPARADO..... 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	26.04																											
26 AC	¿Utiliza un cuarto especialmente para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2																												
26.04	¿Ustedes compran combustible para cocinar?	SI 1 NO 2																												

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
26.09	¿Qué tipo de alumbrado utilizan en su hogar?	ELECTRICIDAD 01 GAS LICUADO (LPG) 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE 04 VELAS..... 05 BATERÍA..... 06 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
26 A	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	NÚMERO DE HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>																						
26 B	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	NÚMERO DE HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>																						
26.10	¿Usted o algún miembro de su hogar usan mosquiteros para dormir?	SI..... 1 NO..... 2																						
27	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA (POR OBSERVACIÓN)	PISO NATURAL TIERRA / ARENA 11 PISO RÚSTICO MADERA (ENTABLADOS) 21 PISO ACABADO PARQUET O MADERA PULIDA 31 LÁMINAS ASFÁLTICAS, VINÍLICOS O SIMILARES 32 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES 33 CEMENTO/LADRILLO 34 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
27 A	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA (POR OBSERVACIÓN)	LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 11 PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO..... 12 ADOBE O TAPIA 13 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 14 MADERA 15 PIEDRA CON BARRO 16 TRIPLE 17 ESTERA 18 CARTÓN 19 SIN PAREDES 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
27 B	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA (POR OBSERVACIÓN)	CONCRETO ARMADO..... 11 MADERA..... 12 TEJAS..... 13 PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES..... 14 CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO..... 15 PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC..... 16 ESTERA 17 CARTÓN 18 SIN TECHO 19 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
27 C	TIPO DE VENTANAS DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIENE VENTANAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON VIDRIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANA CON MADERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON MALLAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TIENE VENTANAS.....	1	2	VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2	VENTANA CON MADERA.....	1	2	VENTANAS CON MALLAS.....	1	2	VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS	1	2	28			
	SI	NO																						
TIENE VENTANAS.....	1	2																						
VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2																						
VENTANA CON MADERA.....	1	2																						
VENTANAS CON MALLAS.....	1	2																						
VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS	1	2																						
28	¿Algún miembro de su hogar tiene: a. ¿bicicleta / triciclo? b. ¿motocicleta? c. ¿carro ó camión? d. ¿carreta? e. ¿bote a motor? f. ¿otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA / TRICICLO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRO O CAMIÓN</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRETA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOTE A MOTOR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO (ESPECIFIQUE)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	BICICLETA / TRICICLO	1	2	MOTOCICLETA	1	2	CARRO O CAMIÓN	1	2	CARRETA	1	2	BOTE A MOTOR	1	2	OTRO (ESPECIFIQUE)	1	2	
	SI	NO																						
BICICLETA / TRICICLO	1	2																						
MOTOCICLETA	1	2																						
CARRO O CAMIÓN	1	2																						
CARRETA	1	2																						
BOTE A MOTOR	1	2																						
OTRO (ESPECIFIQUE)	1	2																						

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
28A	Las siguientes preguntas nos servirán para saber su posibilidad de afrontar problemas en relación a la salud de usted o de alguno de los miembros de su hogar. ¿Alguno de los miembros de este hogar es dueño de tierras agrícolas?	SI..... 1 NO..... 2	28C																																																		
28B	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	HECTÁREAS..... OTRA MEDIDA (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO CONOCE 998																																																			
28C	Alguno de los miembros de este hogar es dueño de¿reses ? ...¿caballos, mulas o burros? ...¿cabras? ...¿ovejas? ...¿aves en general? ...¿cuyes, conejos? ...¿cerdos? ...¿otros animales? PARA CADA RESPUESTA "SI" PREGUNTE ¿Cuántos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th><th>CANTIDAD</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>RESES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>CABALLOS/MULAS/BURROS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>CABRAS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>OVEJAS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>AVES EN GENERAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>CUYES./CONEJOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>CERDOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>OTROS ANIMALES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>ESPECIFIQUE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CANTIDAD	RESES	1	2	8		CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8		CABRAS.....	1	2	8		OVEJAS.....	1	2	8		AVES EN GENERAL.....	1	2	8		CUYES./CONEJOS.....	1	2	8		CERDOS.....	1	2	8		OTROS ANIMALES	1	2	8		ESPECIFIQUE					
	SI	NO	NS	CANTIDAD																																																	
RESES	1	2	8																																																		
CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8																																																		
CABRAS.....	1	2	8																																																		
OVEJAS.....	1	2	8																																																		
AVES EN GENERAL.....	1	2	8																																																		
CUYES./CONEJOS.....	1	2	8																																																		
CERDOS.....	1	2	8																																																		
OTROS ANIMALES	1	2	8																																																		
ESPECIFIQUE																																																					
28D	¿Alguno de los miembros de este hogar tiene una cuenta bancaria?	SI..... 1 NO..... 2																																																			
28.02	¿Ustedes permanecerán en esta vivienda por 5 ó más años?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	28E																																																		
28.03	¿Dentro de cuánto tiempo tienen pensado mudarse o cambiarse de vivienda?	DENTRO DE UN MES 1 DE UNO A CINCO MESES 2 DE SEIS A ONCE MESES 3 DE UNO A CUATRO AÑOS 4 DE CINCO O MAS AÑOS 5 NO SABE 8																																																			
28E	¿Cree que los miembros de este hogar, incluyéndose usted, podrían ser desalojados de esta vivienda?	SI PODRÍA SER DESALOJADO..... 1 NO PODRÍA SER DESALOJADO..... 2 NO SABE 8																																																			
29,10	Por favor dígame si este hogar tiene alguno de los siguientes productos: a. ¿Veneno para roedores o ratas? b. ¿Pinturas? c. ¿Gasolina, petróleo u otro líquido combustible? d. ¿Aceite, líquido de frenos, líquido hidráulico? e. ¿Kerosene? f. ¿Anticongelante o refrigerante? g. ¿Productos de limpieza: jabón, detergente, etc? h. ¿Para water: ácidos, lejía, limpiador de drenaje, otro? i. ¿Algunos químicos industriales: ácidos, solventes, otro? j. ¿Algunos metales industriales: mercurio o plomo? k. ¿Alguna otra sustancia tóxica?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>VENENO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>PINTURAS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>COMBUSTIBLES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>LÍQUIDOS PARA VEHÍCULOS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>KEROSENE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>ANTICONGELANTE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>PRODUCTOS PARA LIMPIEZA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>LIMPIEZA: ÁCIDOS, LEJÍA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>QUÍMICOS INDUSTRIALES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>METALES INDUSTRIALES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>OTRO</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	VENENO.....	1	2	PINTURAS.....	1	2	COMBUSTIBLES.....	1	2	LÍQUIDOS PARA VEHÍCULOS.....	1	2	KEROSENE.....	1	2	ANTICONGELANTE.....	1	2	PRODUCTOS PARA LIMPIEZA.....	1	2	LIMPIEZA: ÁCIDOS, LEJÍA.....	1	2	QUÍMICOS INDUSTRIALES.....	1	2	METALES INDUSTRIALES.....	1	2	OTRO	1	2	(ESPECIFIQUE)														
	SI	NO																																																			
VENENO.....	1	2																																																			
PINTURAS.....	1	2																																																			
COMBUSTIBLES.....	1	2																																																			
LÍQUIDOS PARA VEHÍCULOS.....	1	2																																																			
KEROSENE.....	1	2																																																			
ANTICONGELANTE.....	1	2																																																			
PRODUCTOS PARA LIMPIEZA.....	1	2																																																			
LIMPIEZA: ÁCIDOS, LEJÍA.....	1	2																																																			
QUÍMICOS INDUSTRIALES.....	1	2																																																			
METALES INDUSTRIALES.....	1	2																																																			
OTRO	1	2																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																					
30	¿Algún miembro de su hogar fuma?	SI 1 NO 2	31																																																		
30,01	¿Fuma dentro de la casa?	SI 1 NO 2	31																																																		
30,02	Incluyendo a todos los miembros que fuman en su hogar, en total, ¿Cuántas veces al día fuman en su casa?	MAS DE CUATRO VECES AL DÍA..... 1 UNA A TRES VECES AL DÍA..... 2 NO ES TODOS LOS DÍAS 3 NO SABE 8																																																			
31	ANOTE LA HORA DE TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....																																																			

PESO Y TALLA

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

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

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

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

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

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR:

MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

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

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS



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

* DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

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

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOMBRE DE LA SUPERVISORA: _____

FECHA: _____

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUJER A SER ENTREVISTADA EN LA SECCIÓN DE "VIOLENCIA DOMÉSTICA"

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

FILA

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

COLUMNA

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

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

4. El número circulado le indica cuál mujer en el LISTADO DE HOGAR es elegible para las preguntas de Violencia Doméstica, es decir, si es la primera mujer listada, o la segunda, la tercera, etc..
Recuerde que el número circulado en el cuadro de arriba no es equivalente al número de orden de la mujer.

5. Revise la **columna 8** del LISTADO DE HOGAR para poder determinar el **número de orden** de la mujer seleccionada, es decir, el número de orden de la primera mujer listada, o la segunda o la tercera, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas y ponga una X al lado del número de orden en la **columna 8**.