

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES CONTINUA - 3° CICLO - 2006

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

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

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" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> MES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> ENTREVISTADORA <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTADO***				RESULTADO FINAL..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

*****CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- | | | |
|------------|---------------------------|---------------|
| 1 COMPLETA | 4 RECHAZADA | 7 OTRA _____ |
| 2 AUSENTE | 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE | (ESPECIFIQUE) |
| 3 APLAZADA | 6 INCAPACITADA | |

	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)
NOMBRE	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
FECHA	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	_____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿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? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																									
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	→ 114																								
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CIRCULE</td> <td style="text-align: center;">ANOTE</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NIVEL</td> <td style="text-align: center;">AÑO GRADO</td> </tr> <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>		CIRCULE	ANOTE		NIVEL	AÑO GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR..... 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA..... 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO..... 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE	ANOTE																									
	NIVEL	AÑO GRADO																									
INICIAL / PRE-ESCOLAR..... 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
PRIMARIA..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SECUNDARIA..... 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
BACHILLERATO..... 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
110	VERIFIQUE 106: 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	→ 113																								
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→ 113																								

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? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <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? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <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? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: 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 único?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS 	SI..... 1 NO..... 2	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 único?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09 (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
10 (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
11 (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
12 (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
13 (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
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?								SI..... 1 NO..... 2 → 223	
222A	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.								SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA									
223A	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.219)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES '12 MESES' O '1 AÑO' ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.						1. _____	2. _____	3. _____	
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2001. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.									<input type="text"/>
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2001 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..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO 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 en ese momento , quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos ?	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	SECTOR PUBLICO 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 SECTOR PRIVADO 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..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DEL 2001 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2001 <input type="checkbox"/>	236

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"/> <input type="text"/>	
233A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO 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 2001?	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 2001 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO 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 2001?	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

300 Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo. PARA CADA MÉTODO CIRCULADO CON CÓDIGO 1 EN 301, PREGUNTE 302																																																																								
301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)? PREGUNTE PARA CADA METODO CIRCULADO EN PREGUNTA 301																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">01</td> <td style="width: 45%;"> ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos. </td> <td style="width: 10%;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">↓</td> <td style="width: 35%; padding: 5px;"> ¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td> ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td> PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">04</td> <td> DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre). </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05</td> <td> INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">06</td> <td> 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. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">07</td> <td> PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">08</td> <td> ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">09</td> <td> MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA Las mujeres pueden alimentar a sus niños sólo con e seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para no quedar embarazada </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td> 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. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td> RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer. </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td> 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 </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td> COLLAR DEL CICLO Es un collar de colores diseñado para ayudar a la mujer a llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual, identificando los días que puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales </td> <td> SI..... 1 NO..... 2 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td> OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo? </td> <td> SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2 </td> <td></td> <td style="padding: 5px;"> SI..... 1 NO..... 2 </td> </tr> </table>	01	ESTERILIZACIÓN 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	ESTERILIZACIÓN 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 e 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	COLLAR DEL CICLO Es un collar de colores diseñado para ayudar a la mujer a llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual, identificando los días que puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	14	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	303 VERIFIQUE 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → PASE A 307 </div> </div>	
01	ESTERILIZACIÓN 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	ESTERILIZACIÓN 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 e 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	COLLAR DEL CICLO Es un collar de colores diseñado para ayudar a la mujer a llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual, identificando los días que puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
14	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																																																																				

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	314B
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)	
314 B	¿Cuánto pagó en total usted o su esposo por la esterilización, incluyendo la consulta?	COSTO..... S/. [][][][] NO PAGO..... 9995 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9998	
315	¿En qué mes y año la(lo) operaron? VERIFIQUE QUE FECHA DEBE SER POSTERIOR A TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO. SONDEE Y CORRIJA SI FUESE NECESARIO.	MES..... [][] AÑO..... [][][][]	
315A	VERIFIQUE 311: 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	VERIFIQUE 311: USUARIAS DE INYECCIÓN <input type="checkbox"/> 311=E SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A PREGUNTE POR EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	311=C, G, H USUARIAS DE PÍLDORAS, CONDÓN Y VAGINALES <input type="checkbox"/> → 317AA 311=J, M USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA Y COLLAR DEL CICLO <input type="checkbox"/> → 317C 311=D,F USUARIAS DE DIU, NORPLANT <input type="checkbox"/> → 317AD 311=I,K,X USUARIAS DE LACTANCIA, RETIRO, OTROS <input type="checkbox"/> → 318	
317A	¿Cuál es la marca de inyección que está usando?	INYECCIÓN: _____ [][]	317AD
317AA	¿Puede mostrarme el empaque o envoltura (píldora/condón/vaginales) que está usando? SOLICITAR VER EL EMPAQUE DE LOS METODOS INDICADOS SEGÚN CORRESPONDA	EMPAQUE VISTO..... 1 a. PÍLDORA: _____ [][][] b. CONDÓN: _____ [][][] c. VAGINALES: _____ [][][] EMPAQUE NO VISTO..... 2	317AC
317AB	¿Cuál es la marca de (píldora/condón/vaginales) que está usando?	a. PÍLDORA: _____ [][] b. CONDÓN: _____ [][] c. VAGINALES: _____ [][]	
317AC	¿Cuántas(os) (píldoras/condones/vaginales) compró o le dieron la última vez? PILDORAS EN CAJAS/ BLISTER	NÚMERO DE PÍLDORAS (CAJAS)/CONDONES/VAGINALES [][][] NO SABE..... 998	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317AD	La última vez que obtuvo (PRIMER METODO EN 311) ¿Cuánto pagó en total, incluyendo el costo del método y la consulta? SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A PREGUNTE POR EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	COSTO..... S/. <input type="text"/> NO PAGÓ..... 995 NO SABE..... 998	
317B	VERIFIQUE 311: 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..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 CON BASE EN EL COLLAR DEL CICLO..... 05 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
318	VERIFIQUE 315 Y 316: ANTES DE ENERO 2001 <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 2001		ENERO DEL 2001 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO
318A	VERIFIQUE CASILLAS EN 318: ANTES DE ENERO 2001 <input type="checkbox"/> PASE A 320		ENERO DEL 2001 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> CONTINUE CON 319
319	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. <ul style="list-style-type: none"> - USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 2001, - USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1: <ul style="list-style-type: none"> - PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA. - NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS <ul style="list-style-type: none"> - Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada? - ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó? - Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua? - ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción? EN LA COLUMNA 2: PREGUNTAS ILUSTRATIVAS <ul style="list-style-type: none"> - ¿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? - ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO. - EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1. - 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. EN LA COLUMNA 3: <ul style="list-style-type: none"> - PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL PRIMER MES DE USO. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS <ul style="list-style-type: none"> ¿Dónde obtuvo el método cuándo Ud. empezó a usarlo? ¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)? 		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
320	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 → 330</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07 → 326</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 09 → 328</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA 12 → 328</p> <p>COLLAR DEL CICLO..... 13</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
321	<p>VERIFIQUE 315 Y 316:</p> <p>EMPEZÓ A USAR EN ENERO DE 2001 O DESPUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Mes Año</p>	<p>EMPEZÓ A USAR ANTES DE 2001 <input type="checkbox"/></p>	327
321A	<p>SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01. PASE 322</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>SECTOR PÚBLICO</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>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR 24</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p>OTRO:</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... 41</p> <p>IGLESIA..... 42</p> <p>AMIGOS/PARIENTES..... 43</p> <p>NADIE/SE AUTOMEDICÓ..... 95</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
322	<p>Usted obtuvo (MÉTODO ACTUAL) de (FUENTE DE MÉTODO EN 312/321A) en (FECHA EN 321). ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?</p>	<p>SI..... 1 → 324</p> <p>NO..... 2</p>	
323	<p>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>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 324A</p>	
324	<p>¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
324A	<p>VERIFIQUE 323:</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 hablaban acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?</p> <p>Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaban acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar?</p>	<p>SI..... 1 → 325A</p> <p>NO..... 2</p>	
325	<p>¿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>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	SI..... 1 NO..... 2 NO TENÍA PREFERENCIA..... 3 NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	325E 325C																																																												
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA 12 COLLAR DEL CICLO..... 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																																																													
325BB	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA MÉTODO 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	VERIFIQUE 312 Ó 321A: 312= CUALQUIER CÓDIGO O <input type="checkbox"/> 321A=ALGÚN CÓDIGO EN SEGUNDA COLUMNA	321A= OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	326																																																												
325F	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron o indicaron (MÉTODO) la última vez. En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", Cómo le pareció: a. ¿El horario de atención? b. ¿La explicación sobre métodos de planificación familiar? c. ¿La información recibida sobre el método prescrito? d. ¿La comodidad de la sala de espera? e. ¿La limpieza de la sala de espera? f. ¿El tiempo de espera? g. ¿El trato del personal administrativo? h. ¿El trato del personal de enfermería? i. ¿El trato del médico(a), obstetrix? j. ¿Las explicaciones del médico, la obtetrix? k. ¿La privacidad en la atención?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HORARIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PLANIF. FAMILIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MÉTODO PRESCRITO.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COMODIDAD SALA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LIMPIEZA SALA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO DE ESPERA...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL ADMINIS...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL ENFERM...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRATO MÉDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EXPLICACIÓN MÉDICO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ATENCIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	NS	HORARIO.....	1	2	3	8	PLANIF. FAMILIAR.....	1	2	3	8	MÉTODO PRESCRITO.	1	2	3	8	COMODIDAD SALA.....	1	2	3	8	LIMPIEZA SALA.....	1	2	3	8	TIEMPO DE ESPERA...	1	2	3	8	PERSONAL ADMINIS...	1	2	3	8	PERSONAL ENFERM...	1	2	3	8	TRATO MÉDICO.....	1	2	3	8	EXPLICACIÓN MÉDICO	1	2	3	8	ATENCIÓN.....	1	2	3	8	
	BUENO	REGULAR	MALO	NS																																																											
HORARIO.....	1	2	3	8																																																											
PLANIF. FAMILIAR.....	1	2	3	8																																																											
MÉTODO PRESCRITO.	1	2	3	8																																																											
COMODIDAD SALA.....	1	2	3	8																																																											
LIMPIEZA SALA.....	1	2	3	8																																																											
TIEMPO DE ESPERA...	1	2	3	8																																																											
PERSONAL ADMINIS...	1	2	3	8																																																											
PERSONAL ENFERM...	1	2	3	8																																																											
TRATO MÉDICO.....	1	2	3	8																																																											
EXPLICACIÓN MÉDICO	1	2	3	8																																																											
ATENCIÓN.....	1	2	3	8																																																											
326	VERIFIQUE 320: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08	330 327B 327B																																																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS 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>SECTOR PÚBLICO</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>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR 24</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN</p> <p>FAMILIAR DE ONG 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p>OTRO:</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... 41</p> <p>IGLESIA..... 42</p> <p>AMIGOS/PARIENTES..... 43</p> <p>OTRO: _____ 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>NO EN UNIÓN..... 11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</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>OPOSICIÓN A USAR</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPOENEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</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>RAZONES DE ACCESO/COSTO</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO</p> <p>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	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>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</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL MINSA A</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA B</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA C</p> <p>PROMOTOR DE SALUD MINSA D</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD..... E</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PARTICULAR H</p> <p>FARMACIA / BOTICA I</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR J</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ K</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L</p> <p>PROMOTORES DE ONG M</p> <p>OTRO:</p> <p>TIENDA / SUPERMERCADO..... N</p> <p>IGLESIA..... O</p> <p>AMIGOS / PARIENTES..... P</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
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	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2001 <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2001 <input type="checkbox"/> → PASE A 485			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 2001 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DE 2001. 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 entonces , quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1] (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS 2 NO QUERÍA MÁS..... 3] (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1] (PASE A 422) ← ESPERAR MÁS 2 NO QUERÍA MÁS..... 3] (PASE A 422) ←	ENTONCES..... 1] (PASE A 422) ← ESPERAR MÁS 2 NO QUERÍA MÁS..... 3] (PASE A 422) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? SI SI, ¿ Con quién se chequeó? ¿ Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y] (PASE A 415) ←		
407A	¿Dónde se controló? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULT. MÉDICO PART..... H CASA DE PARTERA..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
409	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
410	VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 412)	MÁS DE UNA VEZ O NS <input type="text"/>	
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/>		
		NO SABE..... 98		
412	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente:			
	a. ¿La pesaron?	PESO..... <input type="text"/>	SI NO 1 2	
	b. ¿Le midieron la barriga?	BARRIGA..... <input type="text"/>	1 2	
	c. ¿Le tomaron la presión arterial?	PRESIÓN ARTERIAL... <input type="text"/>	1 2	
	d. ¿Le hicieron un examen de orina?	EXAMEN DE ORINA... <input type="text"/>	1 2	
	e. ¿Le hicieron un examen de sangre?	EXAMEN DE SANGRE. <input type="text"/>	1 2	
	f. ¿Escucharon los latidos del corazón del bebé?	LATIDOS BEBÉ..... <input type="text"/>	1 2	
	g. ¿Le hicieron la prueba del VIH/SIDA?	PRUEBA VIH/SIDA..... <input type="text"/>	1 2	
413	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... <input type="text"/>	1	
		NO..... <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	8	
		(PASE A 415) ←		
414	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... <input type="text"/>	1	
		NO..... <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	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..... <input type="text"/>	1	
		NO..... <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	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..... <input type="text"/>	8	
415B	VERIFIQUE 415A: NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA	2 Ó MAS DOSIS <input type="text"/>	OTRO <input type="text"/>	
		(PASE A 416)		
415C	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... <input type="text"/>	1	
		NO..... <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	8	
		(PASE A 416) ←		
415D	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/>		
		NO SABE..... <input type="text"/>	8	
415DA	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	MES <input type="text"/>		
		NO SABE..... <input type="text"/>	98	
		AÑO <input type="text"/>		
		(PASE A 416) ←		
		NO SABE..... <input type="text"/>	9998	
415E	Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Hace cuántos años recibió usted la vacuna contra el tétanos?.	AÑOS..... <input type="text"/>		
		NO SABE..... <input type="text"/>	98	
416	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... <input type="text"/>	1	
		NO <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	8	
		(PASE A 418) ←		
416A	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/>		
		NO SABE..... <input type="text"/>	998	
		NRO. DE INYECCIONES.. <input type="text"/>		
		NO SABE..... <input type="text"/>	98	
418	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿Tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... <input type="text"/>	1	
		NO..... <input type="text"/>	2	
		NO SABE..... <input type="text"/>	8	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
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		
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 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 <input type="checkbox"/> (PASE A 421B) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 <input type="checkbox"/> PUESTO SALUD MINSA..... 25 <input type="checkbox"/> (PASE A 421B) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO 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 <input type="checkbox"/> QUEDABA MUY LEJOS..... 12 <input type="checkbox"/> NO HABÍA PERSONAL..... 13 <input type="checkbox"/> ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 <input type="checkbox"/> PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 <input type="checkbox"/> NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 <input type="checkbox"/> ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 <input type="checkbox"/> POR TRADICIÓN..... 18 <input type="checkbox"/> NO ERA HIGIÉNICO..... 19 <input type="checkbox"/> NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN 20 <input type="checkbox"/> PERSONAL ES DESCUIDADO 21 <input type="checkbox"/> CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 <input type="checkbox"/> NO TENÍA DINERO..... 23 <input type="checkbox"/> NO LA QUISIERON ATENDER 24 <input type="checkbox"/> OTRO 96 <input type="checkbox"/> (ESPECIFIQUE) (PASE A 422) ←		
421B	¿Cuánto tiempo después de estar allí dió a luz? SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	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		
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

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
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)		
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	VERIFIQUE 421: ¿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?	SI NO 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	VERIFIQUE 426:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 427)		

	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 _____
426B	¿Cuándo 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) ←
427A	¿A las cuántas horas , días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	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)	SU DOMICILIO 11 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSAL... 24 PUESTO DE SALUD MINSAL.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: _____ 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 (PASE A 428) ←		
427F	¿A las cuántas horas , días o semanas después de que (NOMBRE) nació tuvo su primer control o chequeo médico? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	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		
427G	¿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)		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
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	VERIFIQUE 404: ¿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
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) ←

	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 _____
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	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
443	VERIFIQUE 404: ¿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	VERIFIQUE 438: ¿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"/>
445	¿Cuántas veces le dio 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 (PASE A 446A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 446A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 446A) ←
446AA	La última vez que (NOMBRE) tomó biberón, ¿Con cuánto tiempo de anticipación lo prepararon? SI HASTA 10 MINUTOS CIRCULE INMEDIATAMENTE SI MENOS DE UNA HORA CIRCULE EN MINUTOS	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 446A) ← MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 446A) ← MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 446A) ← MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
446AB	Entre el momento que fue preparado y la última vez que (NOMBRE) tomó biberón ¿Dónde lo guardaron?	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 NO SABE..... 8	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 NO SABE..... 8	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 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

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN [][] NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN [][] NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN [][] NOMBRE _____
448	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? Sí, Sí, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES [][] NO COME..... 00 (PASE A 449) ← NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES [][] NO COME..... 00 (PASE A 449) ← NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES [][] NO COME..... 00 (PASE A 449) ← NO SABE..... 98
448A	La última vez que (NOMBRE) comió comidas sólidas o semisólidas que fueron preparadas en casa, ¿Cuánto tiempo pasó entre que terminó de prepararlas y las sirvió?	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 449) ← MINUTOS 1 [][] HORAS 2 [][] NO SABE..... 998	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 449) ← MINUTOS 1 [][] HORAS 2 [][] NO SABE..... 998	INMEDIATAMENTE.....000 (PASE A 449) ← MINUTOS 1 [][] HORAS 2 [][] NO SABE..... 998
448B	Entre el momento que fueron preparadas y la última vez que (NOMBRE) comió ¿Dónde guardaron la comida?	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 NO SABE..... 8	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 NO SABE..... 8	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 OTRO LUGAR..... 3 NO SABE..... 8
449		VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451

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 2001. 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	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																								
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____ VIVO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)	NOMBRE _____ VIVO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)	NOMBRE _____ VIVO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484)																																																																																																																																																																																																																								
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)?	Sí..... 1] NO..... 2] (PASE A 458) ←	Sí..... 1] NO..... 2] (PASE A 458) ←	Sí..... 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.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">DÍA</th> <th style="width: 10%;">MES</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (Recién nacido)</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPILUS 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPILUS 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPILUS 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" (La más reciente)</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIAMARÍLICA</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA O SPR</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	POLIO 0 (Recién nacido)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	POLIO 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	POLIO 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	POLIO 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	DPT 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	DPT 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	DPT 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEPATITIS B 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEPATITIS B 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEPATITIS B 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEMOPILUS 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEMOPILUS 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIHEMOPILUS 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	VITAMINA "A" (La más reciente)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTIAMARÍLICA	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	ANTISARAMPIONOSA O SPR	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">DÍA</th> <th style="width: 10%;">MES</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VIT. A</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Amar.</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>S</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	VIT. A	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Amar.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	S	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">DÍA</th> <th style="width: 10%;">MES</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib1</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib2</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib3</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VIT. A</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Amar.</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>S</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	P 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	D 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	HvB3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Hib3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	VIT. A	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Amar.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	S	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
POLIO 0 (Recién nacido)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
POLIO 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
POLIO 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
POLIO 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
DPT 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
DPT 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
DPT 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEPATITIS B 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEPATITIS B 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEPATITIS B 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEMOPILUS 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEMOPILUS 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIHEMOPILUS 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
VITAMINA "A" (La más reciente)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTIAMARÍLICA	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
ANTISARAMPIONOSA O SPR	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
VIT. A	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Amar.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
S	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 0	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
P 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
D 3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
HvB3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib2	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Hib3	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
VIT. A	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
Amar.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									
S	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																									

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
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, ANTIAMARÍLICA, SARAMPIÓN O VITAMINA "A"	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de Jornada Nacional o barrido de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
459A	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B que es una inyección que se pone en la nalga o muslo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←
459B	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra de la Hepatitis B cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
459C	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←
460A	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
460B	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en la nalga o muslo cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHEMOPHILUS, que es para evitar el virus causante de la neumonía y meningitis?	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) ←
462C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462F	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA que es una inyección que se pone en el hombro para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
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 465A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←
465	¿En qué Jornada Nacional o barrido de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	JORNADA / BARRIDO 2004..... A JORNADA / BARRIDO 2005..... B JORNADA / BARRIDO 2006..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2004..... A JORNADA / BARRIDO 2005..... B JORNADA / BARRIDO 2006..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2004..... A JORNADA / BARRIDO 2005..... B JORNADA / BARRIDO 2006..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)
465A	VERIFIQUE 456 SI APARECE FECHA PARA VITAMINA "A"	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" ↓ <input type="text"/> (PASE A 465C)	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" ↓ <input type="text"/> (PASE A 465C)	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" ↓ <input type="text"/> (PASE A 465C)
465B	De acuerdo a la tarjeta de vacunación de (NOMBRE), recibió una dosis de Vitamina A en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MAS RECIENTE) ¿Después de esa fecha recibió (NOMBRE) otra dosis de Vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←
465C	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←
465D	En los últimos seis meses ¿(NOMBRE) recibió alguna (otra) dosis de Vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
465E	En los últimos siete días ¿(NOMBRE) tomó hierro en pastillas o en jarabe?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
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	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUERTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUERTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUERTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA 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

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE
467	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas?	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) ←	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 (PASE A 469A) ←	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) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←
469AA	¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupidada?	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA 2 AMBOS 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA 2 AMBOS 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA 2 AMBOS 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA 2 AMBOS 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA 2 AMBOS 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8
469A	VERIFIQUE 467 Y 468: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 468 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 473)
469B	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la fiebre o tos, 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 BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
469C	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la fiebre o tos, le dio más o le dio 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 COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	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 MENCIONE	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <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"/>																																																												
471A	VERIFIQUE 471 :	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)	2 O MAS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)																																																												
471B	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento? ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 471	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)? SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>																																																												
471D	VERIFIQUE 471:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (PASE A 472B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (PASE A 472B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (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?	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8																																																												
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	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D REMEDIOS CASEROS E OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z (PASE A 473) ←	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D REMEDIOS CASEROS E OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z (PASE A 473) ←	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D REMEDIOS CASEROS E OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z (PASE A 473) ←																																																												
472E	Cuando (NOMBRE) enfermó ¿Usted ya tenía estos remedios en casa? CIRCULE TODOS LOS QUE TENIA	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D NINGUNO E	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D NINGUNO E	ANTIHIAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B JARABE PARA LA TOS..... C ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO D NINGUNO E																																																												
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="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS.....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
475	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (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																																																												

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO		
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
	NOMBRE _____			NOMBRE _____			NOMBRE _____		
475A	¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?	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 BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 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 COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 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?	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) ←		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)		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) ←							
482	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)		SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)		SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)		SECTOR PÚBLICO 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 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
482AA	VERIFIQUE 482:	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 482AC)		2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 482AC)		2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 482AC)		2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 482AC)	
482AB	¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento? ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 482	PRIMER LUGAR..... <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 _____
482AC	¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
482AD	VERIFIQUE 482:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> ↓ OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ (PASE A 482BB)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> ↓ OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ (PASE A 482BB)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> ↓ OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ (PASE A 482BB)
482A	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15
482B	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
482BB	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
482C	En los últimos 12 meses ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
483		REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
484	VERIFIQUE 478 (a) Y 478 (b), PARA TODOS LOS NIÑOS: "SI" EN 478 (a) O EN 478 (b) <input type="checkbox"/> → OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTÓ		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	VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 2001 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="checkbox"/> → NINGUNO <input type="checkbox"/> →		490																														
487	Algunas veces los niños o niñas 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 o niñas 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 la 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. ¿Qué tal vez no haya personal de salud femenino? h. ¿Qué tal vez no haya algún personal de salud? i. ¿Qué 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"/> <input type="text"/> <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/DEPENDE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																				
494	<p>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2003 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA:</p> <p>UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 495</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE)</p>		499A																																																																				
495	<p>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:</p>																																																																						
		<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	<p>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:</p>																																																																						
		<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> <tr> <td>o. ¿Cualquier fruta seca?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....</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	o. ¿Cualquier fruta seca?.....	1	2	8	p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....	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																																																																				
o. ¿Cualquier fruta seca?.....	1	2	8																																																																				
p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....	1	2	8																																																																				
497	<p>VERIFIQUE 495 Y 496 SI NO RECIBIÓ NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS:</p> <p>495 Y 496 = 2</p> <p>NINGÚN "SÍ" <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SÍ" O "NO SABE" <input type="checkbox"/></p>	<p>495 Ó 496 = 1 U 8</p>	499																																																																				
498	<p>Usted me dijo que ayer durante el día ó la noche su niño/ niña no recibió ningún líquido ni sólido, excepto leche materna. ¿Es correcto?</p> <p>SI RESPONDE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 495 Y 496 Y CORRIJA.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO	2	499A																																																																
SI.....	1																																																																						
NO	2																																																																						
499	<p>¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>ENTREVISTADA.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>HIJAS/HIJOS MAYORES.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>OTROS PARIENTES.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>VECINAS/VECINOS.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>OTROS NO PARIENTES.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>EMPLEADA DOMÉSTICA.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>NADIE/COME SOLO.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td>96</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	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																																																			
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																																																																						

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
499A	VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> → ENERO DE 2001 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA		500
499B	¿Generalmente quién prepara la comida en su casa?.	ELLA MISMA..... 1 ELLA Y OTRA PERSONA..... 2 OTRA PERSONA..... 3 NO COCINAN..... 4 → 499M OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
499C	Cuando se está cocinando en el hogar. Generalmente, ¿Dónde están los niños?	LA COCINA DENTRO DE LA CASA CERCA DE LA COCINA..... 1 EN EL MISMO CUARTO, PERO LEJOS DE LA COCINA..... 2 EN CUARTO DIFERENTE/ OTRO AMBIENTE (PATIO, ETC.)..... 3 LA COCINA FUERA DE LA CASA CERCA DE LA COCINA..... 4 LEJOS DE LA COCINA..... 5 EN SU ESPALDA 6	
499D	VERIFIQUE 499B QUIEN COCINA: ENTREVISTADA COCINA <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> → (499B = 1 Ó 2) (499B = 3 Ó 4)		499F
499E	La última vez que cocinó ¿Se lavó las manos antes de cocinar?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
499F	¿Usted lava las frutas antes de comerlas, siempre, algunas veces, rara vez, nunca o solamente cuando están sucias?	SIEMPRE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 RARA VEZ..... 3 NUNCA..... 4 CUANDO ESTAN SUCIAS..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
499G	¿Usted lava los vegetales antes de comerlos o cocinarlos, siempre, algunas veces, rara vez, nunca o solamente cuando están sucios?	SIEMPRE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 RARA VEZ..... 3 NUNCA..... 4 CUANDO ESTAN SUCIOS..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
499H	¿Cuántas tablas de picar tiene usted?.	NINGUNO..... 0 UNO..... 1 → 499J DOS O MAS..... 2	
499I	¿Una de ellas es usada exclusivamente para cortar los alimentos cuando cocinan?.	SI..... 1 NO..... 2	
499J	¿Cómo sabe usted que las carnes que prepara están cocidas?	POR EL TIEMPO..... 1 POR EL JUGO..... 2 CUANDO LA TROZA..... 3 CUANDO ESTA BLANDA..... 4 TERMOMETRO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
499K	De la comida que prepara, ¿Comen todo dentro de las dos horas siguientes?	SI..... 1 → 499M NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
499L	¿Dónde guardan la comida que sobra?	REFRIGERADOR..... 1 CONGELADOR..... 2 EN LA OLLA SOBRE EL CALOR..... 3 OTRO LUGAR..... 4 NO SOBRA/ LO BOTA..... 5	
499M	¿Hoy día o ayer utilizó cualquier tipo de jabón o detergente?	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE JABON/DETERGENTE..... 3	500
499N	<p>¿Utilizó el jabón o el detergente para lavarse las manos?</p> <p>SI, "SI", PREGUNTE EN QUE MOMENTO</p> <p>¿En qué momento? MARQUE TODOS LOS MOMENTOS DE USO</p> <p>¿Utilizó el jabón o el detergente para asear a los niños?</p> <p>SI, "SI", PREGUNTE</p> <p>¿Para qué / en qué casos? ¿Para algo más? MARQUE TODOS LOS MOTIVOS DE USO</p> <p>¿Utilizó el jabón o el detergente para otros usos?</p> <p>SI, "SI", PREGUNTE</p> <p>¿Para qué / en qué casos? ¿Para algo más? MARQUE TODOS LOS MOTIVOS DE USO</p>	<p>LAVARSE LAS MANOS</p> <p>ANTES DE COMER..... A ANTES DE COCINAR..... B DESPUÉS DE COMER..... C DESPUÉS DE IR AL BAÑO..... D ANTES DE ALIMENTAR AL NIÑO..... E DESPUES DE ALIMEN. AL NIÑO..... F CUALQUIER MOMENTO..... G OTRO: _____ H (ESPECIFIQUE)</p> <p>PARA LOS NIÑOS</p> <p>LAVANDO SUS MANOS..... I SU HIGIENE INTIMA..... J BAÑARLOS..... K CUALQUIER MOMENTO..... L OTRO: _____ M (ESPECIFIQUE)</p> <p>OTROS USOS</p> <p>BAÑARSE ELLA N LAVAR ROPA..... O LAVAR LA VAJILLA/OLLAS..... P LAVAR LA TABLA DE PICAR..... Q LIMPIEZA DE LA VIVIENDA..... R OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO / MARIDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSO / MARIDO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
ESPOSO / MARIDO.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	→ 506															
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ 2 NO..... 3	→ 505															
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 2001																	
504	PASE A _____ → 512																	
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	→ 508															
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2																
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	→ 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	VERIFIQUE 508: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">↓</td> <td style="border: none; text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? </td> <td style="border: none;"> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero? </td> </tr> </table>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/>	↓	↓	¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	→ 511									
CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 30px;" type="text"/>																	
↓	↓																	
¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?																	
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DE 2001. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DE 2001.</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</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95</p>	512A
512AA	<p>VERIFIQUE EN 106 SI LA ENTREVISTADA TIENE:</p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		522
512AB	<p>¿Usted piensa esperar hasta casarse para tener su primera relación sexual?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 8</p>	522
512A	<p>VERIFIQUE 106:</p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		513
512B	<p>¿En su primera relación sexual usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
512BA	<p>¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>EDAD DE LA PAREJA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	512C
512BB	<p>¿Esta persona era mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?</p>	<p>MAYOR..... 1</p> <p>MAS JOVEN..... 2</p> <p>CASI DE LA MISMA EDAD..... 3</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	512C
512BC	<p>¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?</p>	<p>10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1</p> <p>MENOS DE 10 AÑOS..... 2</p> <p>MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 3</p>	
512C	<p>¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<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"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	521A

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
513A	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.			
513B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?		DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
514	¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con esta persona, usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←
514A	En los últimos 12 meses ¿Usted usó condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
515	¿Qué es (era) de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? PARA LA PENÚLTIMA Y ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL PREGUNTE: ¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.. 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.. 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.. 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
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"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
516A	VERIFIQUE EN 106 SI LA PERSONA TIENE:	15-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 516E)	15-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 516E)	15-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 516E)
516B	¿Qué edad tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE 98
516C	¿Esta persona es mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←
516D	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3
516E	La última vez que tuvieron relaciones sexuales ¿alguno de los dos tomó alguna bebida alcohólica?	SI..... 1 NO 2 (PASE A 517) ←	SI..... 1 NO 2 (PASE A 517) ←	SI..... 1 NO 2 (PASE A 521) ←
516F	¿Alguno de los dos se embriagó (emborrachó)?	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON. 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON. 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.. 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4
517	¿Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona en los últimos 12 meses?	SI 1 (IR A LA SGTE. COLUM.) ← NO 2 (PASE A 521A) ←	SI 1 (IR A LA SGTE. COLUM.) ← NO 2 (PASE A 521A) ←	
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"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
521A	¿En total, cuántas parejas sexuales ha tenido usted durante su vida?	No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
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	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA H FARMACIA/BOTICA..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE) ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTOR DE ONG M OTRO: TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
607	<p>VERIFIQUE 602 Y 603:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO QUIERE MÁS/ NINGUNO</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <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>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> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO EN UNIÓN..... A</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</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>OPOSICIÓN A USAR:</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>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... R</p> <p>MUY COSTOSO..... S</p> <p>USO INCONVENIENTE..... T</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... U</p> <p>OTRA: _____ X (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 EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX.... 4</p>	
609	<p>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</p> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=1</p> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 310=2</p>		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>COLLAR DEL CICLO..... 13</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 98</p>	614

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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICO O REVISTA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">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	VERIFIQUE 501: 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	VERIFIQUE 311/311A: PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>		621																				
619AA	VERIFIQUE 311: 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	VERIFIQUE 311 Y 311A: 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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NS</td> </tr> <tr> <td>TIENE UNA ETS.....</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>OTRA MUJER.....</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>PARTO RECIENTE.....</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>CANSADA/NO DE HUMOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">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	VERIFIQUE 501, 502 Y 505: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>501=1,2</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>505=1,2,3</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; text-align: right;"> <p>NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN</p> <input type="checkbox"/> </div>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;"> <p>703</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>707</p> </div>	<p>703</p> <p>707</p>																																
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"	CIRCULE ANOTE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">NIVEL</th> <th style="text-align: center;">AÑO</th> <th style="text-align: center;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">998</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	AÑO	GRADO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO SABE.....			998	
	NIVEL	AÑO	GRADO																																
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
NO SABE.....			998																																
706	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> </div> <hr/> <hr/> <hr/>																																	
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-bottom: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> </div> <hr/> <hr/> <hr/>																																	
711	VERIFIQUE 710: TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		713																																
712	¿Ud. trabaja (trabajó) principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																							
713	¿Ud. realiza (realizó) ese trabajo para un familiar, para otro o trabaja (trabajó) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																								
714	¿Usted usualmente trabaja (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)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	718AA																																							
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA 1 ESPOSO/COMPAÑERO 2 AMBOS 3 ALGUIEN MÁS 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 NUNCA CASADA / NUNCA EN UNION..... 5 ENTREVISTADA NO TRABAJABA..... 6 NO SABE..... 8	719																																							
718AA	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que su esposo/compañero gana(ba)?	ENTREVISTADA 1 ESPOSO/COMPAÑERO 2 AMBOS 3 ALGUIEN MÁS 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 rowspan="2">ENTRE- VISTADA</th> <th rowspan="2">MARIDO</th> <th colspan="3">ALGUIEN MÁS</th> <th rowspan="2">NADIE</th> </tr> <tr> <th>AMBOS</th> <th>MÁS</th> <th>ALGUIEN</th> </tr> </thead> <tbody> <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	ALGUIEN MÁS			NADIE	AMBOS	MÁS	ALGUIEN	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	ALGUIEN MÁS			NADIE																																					
		AMBOS	MÁS	ALGUIEN																																						
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	VERIFIQUE 217 Y 218: 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: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>VIH.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>SIDA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	VIH.....	1	2	SIDA.....	1	2														
	SI	NO																							
VIH.....	1	2																							
SIDA.....	1	2																							
801A	VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		817																						
802	¿Hay algo que una persona puede hacer para no contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8	803AA																
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
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 MENCIONE <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> PRÁCTICAS SEGURAS NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H EXIGIR PARA UNA TRANSFUSIÓN "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J NO TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> OTRAS PRÁCTICAS EVITAR LOS BESOS..... L EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z </td> </tr> </table>		PRÁCTICAS SEGURAS NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H EXIGIR PARA UNA TRANSFUSIÓN "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J NO TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K	OTRAS PRÁCTICAS EVITAR LOS BESOS..... L EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																					
PRÁCTICAS SEGURAS NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H EXIGIR PARA UNA TRANSFUSIÓN "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J NO TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K	OTRAS PRÁCTICAS EVITAR LOS BESOS..... L EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																								
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?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																	
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
803AB	¿Cree Ud. que las personas que usan condón tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																	
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
803AC	¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																	
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
803AD	¿Cree Ud. que las personas pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo comida con una persona infectada?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																	
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
803AE	¿Cree Ud. que las personas pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8																	
SI.....	1																								
NO.....	2																								
NO SABE.....	8																								
803A	¿Piensa usted que su riesgo de contagiarse con el SIDA es alto, moderado, mínimo o no tiene ningún riesgo?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">ALTO.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>MODERADO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MÍNIMO.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE RIESGO (NINGUNO).....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>TIENE SIDA.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	ALTO.....	1	MODERADO.....	2	MÍNIMO.....	3	NO TIENE RIESGO (NINGUNO).....	4	TIENE SIDA.....	5	NO SABE.....	8	803C 803D										
ALTO.....	1																								
MODERADO.....	2																								
MÍNIMO.....	3																								
NO TIENE RIESGO (NINGUNO).....	4																								
TIENE SIDA.....	5																								
NO SABE.....	8																								
803B	¿Por qué cree que (no) tiene (ningún/ un mínimo) riesgo de contagiarse con el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">NO TIENE RELACIONES SEXUALES.....</td> <td style="text-align: right;">A</td> </tr> <tr> <td>UTILIZA CONDONES SIEMPRE.....</td> <td style="text-align: right;">B</td> </tr> <tr> <td>TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL.....</td> <td style="text-align: right;">C</td> </tr> <tr> <td>TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES.....</td> <td style="text-align: right;">D</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL.....</td> <td style="text-align: right;">E</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE O NO HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES.....</td> <td style="text-align: right;">F</td> </tr> <tr> <td>NO HA TENIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>EVITA INYECCIONES.....</td> <td style="text-align: right;">H</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td style="text-align: right;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">Z</td> </tr> </table>	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	803D
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																								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
812	¿Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño? ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?) CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
813	¿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?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815A	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA, ¿se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815B	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo puede despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815BA	¿Usted compraría verduras o frutas si supiera que el vendedor está infectado con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815C	En caso de que un pariente suyo estuviera infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI, GUARDA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURO/DEPENDE..... 8	
816	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
817	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	818 C
817A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C OTRO _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
817B	VERIFIQUE 801 Y 817 POR LO MENOS UN SI EN 801 <input type="checkbox"/> O CÓDIGO "1" EN 817 <input type="checkbox"/>	801 TODOS LOS CÓDIGOS= "2" Y <input type="checkbox"/> CÓDIGO "2" EN 817 <input type="checkbox"/>	818 C
818	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que un hombre tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
818A	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que una mujer tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
818 B	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	818 G

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
818 C	VERIFIQUE 512: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	819																		
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	VERIFIQUE 818 D = 1 ú 818 E =1 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 lo 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	VERIFIQUE 818 G: 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	SECTOR GOBIERNO 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) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR G CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR H OTRO PRIVADO: _____ I (ESPECIFIQUE) ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... J OTRO: _____ 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	819																		
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																			
819	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas a su salud. ¿Le han aplicado alguna inyección en los últimos 12 meses? SI RESPONDE SI: ¿Cuántas inyecciones le pusieron? SI LE PUSIERON MAS DE 90 INYECCIONES O DIARIAMENTE POR 3 MESES, REGISTRE 90 SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ESTIME	NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> NINGUNO 00	823																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
820	<p>De estas inyecciones, ¿Cuántas fueron aplicadas por un doctor, una enfermera, un farmacéutico, un dentista u otro trabajador de la salud?</p> <p>SI LE PUSIERON MAS DE 90 INYECCIONES O DIARIAMENTE POR 3 MESES, REGISTRE 90 SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ESTIME</p>	<p>NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NINGUNO 00 →</p>	822
821	<p>La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿a dónde fue usted a que le aplicaran la inyección?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, 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>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL MINSA 10</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA 11</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA 12</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 19 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PARTICULAR 20</p> <p>FARMACIA / BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR 24</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 29 (ESPECIFIQUE)</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... 31</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
822	<p>¿La persona que le puso la inyección utilizó una jeringa y aguja nueva?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE 8</p>	
823	<p>¿Tiene usted seguro de salud?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 →</p>	901
824	<p>¿A qué institución corresponde el seguro que usted tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	<p>ESSALUD/IPSS A</p> <p>FUERZAS ARMADAS O POLICIALES B</p> <p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD C</p> <p>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D</p> <p>SEGURO PRIVADO E</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS							
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron . Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?	NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>							
902	VERIFIQUE 901: DOS O MÁS HIJO(A)S <input style="width: 20px;" type="text"/> SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input style="width: 20px;" type="text"/> → PASE A 916								
903	De todos(as) los(as) hermanos(as) 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 quienes le siguen?	(1) <hr/> (NOMBRE)	(2) <hr/> (NOMBRE)	(3) <hr/> (NOMBRE)	(4) <hr/> (NOMBRE)	(5) <hr/> (NOMBRE)	(6) <hr/> (NOMBRE)	(7) <hr/> (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 (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 916	
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 916	
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input style="width: 20px;" type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<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"/>	
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<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"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	<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"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	<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"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	<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"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 20px;" type="text"/> PASE A (8) 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	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> → PASE A 1000 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> → PASE A 1028							

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
904	(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 (9) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (10) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (11) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (12) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (13) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (14) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A (15) ← 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="checkbox"/> PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
908	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 910) NS 9998
909	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
910	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="checkbox"/> PASE A (8) 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						<input type="checkbox"/> → PASE A 1000 <input type="checkbox"/> → PASE A 1028	
	SELECCIONADA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA							
	NO SELECCIONADA							

SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
1000	VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1	NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2	1028																												
1000A	LEA: 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	VERIFIQUE 501, 502, 504: ESTADO CONYUGAL ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/>	NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> → 1013B																												
1002	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (marido): SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces? A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted? B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted? C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar? D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos? E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUEN- TEMENTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARIÑOSO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO LIBRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPETUOSO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>DERECHOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUEN- TEMENTE	A VECES	NUNCA	CARIÑOSO	1	2	3	TIEMPO LIBRE	1	2	3	CONSULTAS.....	1	2	3	RESPETUOSO	1	2	3	DERECHOS.....	1	2	3					
	FRECUEN- TEMENTE	A VECES	NUNCA																												
CARIÑOSO	1	2	3																												
TIEMPO LIBRE	1	2	3																												
CONSULTAS.....	1	2	3																												
RESPETUOSO	1	2	3																												
DERECHOS.....	1	2	3																												
1003	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (marido): A ¿Su esposo (marido) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre? B ¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel? C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades? D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia? E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)? F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>INFIEL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA AMISTADES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE VA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DESCONFIANZA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO	1	2	8	INFIEL	1	2	8	VISITA AMISTADES	1	2	8	VISITA FAMILIA	1	2	8	SABER DONDE VA.....	1	2	8	DESCONFIANZA	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOSO	1	2	8																												
INFIEL	1	2	8																												
VISITA AMISTADES	1	2	8																												
VISITA FAMILIA	1	2	8																												
SABER DONDE VA.....	1	2	8																												
DESCONFIANZA	1	2	8																												
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (marido). Su (último) esposo (marido) alguna vez:																														
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3																													
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3																													
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica? SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
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	VERIFIQUE 1005: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/>		NINGÚN SI <input type="checkbox"/> →		1009
1007	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (marido) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'		NÚMERO DE AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE 96		
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (marido) le hizo				
A	¿Tuvo moretones y dolores?	SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI 1 → NO 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
D	¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona 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 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 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	VERIFIQUE 1006: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/>		NINGÚN SI <input type="checkbox"/> →		1013 A
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
1020	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	ACTUAL (ÚLTIMO) 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	VERIFIQUE 1005, 1008, 1013 Y 1019: POR LO MENOS <input type="checkbox"/> UN 'SI'	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 (ÚLTIMO) 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 ORGANIZACIÓN 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 TENÍA 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	
1025A	¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	

