



# ENCUESTA DE NUTRICION Y CONSUMO ALIMENTARIO EN COMUNIDADES INDIGENAS DEL ALTO Y BAJO URUBAMBA



Información confidencial amparada por el Decreto Supremo N° 043 – 2001 - PCM del Secreto Estadístico

DOC EPI - URUBAMBA 03.03 - I

ENCUESTA N°

ENCUESTA ADICIONAL

## LOCALIZACION DE LA VIVIENDA

A. UBICACIÓN GEOGRAFICA			B. UBICACIÓN CENSAL			
			AREA URBANA		AREA RURAL	
1. DEPARTAMENTO			5. ZONA N°		10. SECCION N°	
2. PROVINCIA			6 SECCION			
3. DISTRITO / SUB DISTRITO			7 A.E.U. N°		11. A.E.R.	INICIAL
4. NOMBRE DE CENTRO POBLADO			8.MANZANA			FINAL
			9. FRENTE N°			

12. NÚMERO DE ORDEN DEL REGISTRO	13. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (Circule solo un número);							
	Tipo de vía: Avenida...1 Jirón...2 Calle...3 Pasaje...4 Carretera...5 Prolongación...6 Otro...7							
	Nombre de Vía	N° puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.

14. SR(A) ¿CUÁNTOS GRUPOS DE PERSONAS (Hogares) COCINAN POR SEPARADO EN ESTA VIVIENDA?	TOTAL DE HOGARES	HOGAR NUMERO

15. NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	
Nombres y Apellidos	

## 16. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADORA			RESULTADO DE LA VISITA (*)
	FECHA	HORA		
		DE	A	
PRIMERA				
SEGUNDA				
TERCERA				
CUARTA				

(*) Códigos de Resultado
1 Completa
2 Incompleta
3 Rechazo
4 Ausente
5 Vivienda Desocupada
6 No se inició la entrevista
7 Sin población objetivo
8 Otro _____ (especifique)

17. RESULTADO DE LA ENCUESTA	
FECHA	
RESULTADO FINAL (*)	

18. FUNCIONARIAS DE LA ENCUESTA	
NOMBRE	D.N.I.
Encuestador	
Antropometrista	

En caso el código del resultado final sea entre 2 y 7, especifique claramente el motivo de la no entrevista:

Motivo de la no entrevista:


CAPITULO 100: COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MIEMBROS

Sr(a); A continuación me gustaría tener alguna información sobre las personas que residen habitualmente en su hogar o las que se alojan ahora con Ud.

Nº OR-DEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES			RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	SEXO	LUGAR DE RESIDENCIA			
	Dígame por favor el nombre de cada una de las personas que habitualmente viven en su hogar y de los que se alojan aquí, empezando por el Jefe de Hogar (no olvide registrar a los miembros del hogar ausentes o recién nacidos)			¿Cuál es la relación de parentesco de [NOMBRE] con el Jefe de Hogar?					
	¿Cuál es el nombre o nombres de la persona?	¿Cuál es el apellido paterno de la persona?	¿Cuál es el apellido materno de la persona?	1. Jefe/Jefa 2. Esposa(o) 3. Hijo(a) 4. Hijastro(a) 5. Yerno/nuera 6. Nieto(a) 7. Padres/suegros 8. Otros parientes 9. Trabajadora del hogar 10. Pensionista 11. Otros no parientes	¿Es NOMBRE hombre o mujer?	¿Vive NOMBRE habitual-mente aquí?	¿Durmió aquí anoche?		
101	(102a)	(102b)	(102c)	(103)	(104)	(105)	(106)		
					H M	SI NO	SI NO		
01				0 1	1 2	1 2	1 2		
02					1 2	1 2	1 2		
03					1 2	1 2	1 2		
04					1 2	1 2	1 2		
05					1 2	1 2	1 2		
06					1 2	1 2	1 2		
07					1 2	1 2	1 2		
08					1 2	1 2	1 2		
09					1 2	1 2	1 2		
10					1 2	1 2	1 2		
11					1 2	1 2	1 2		
12					1 2	1 2	1 2		
13					1 2	1 2	1 2		
14					1 2	1 2	1 2		
15					1 2	1 2	1 2		

OBSERVACIONES:





NRO. DE ORDEN DEL INFORMANTE	<div></div> <div></div>	
------------------------------	-------------------------	--

Nº ORDEN	107. FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	ESTADO CIVIL	PARTIDA DE NACIMIENTO	EMBARAZO	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES				ELEGIBILIDAD		
								NIÑOS DE 6 A 59 MESES				Pregunte quien cocina en el hogar y circule su Número de orden	Circule el Número de orden de las mujeres de 15 a 49 años.	Circule el Número de orden de los niños de 6 a 59 meses
	¿Cuál es su fecha de nacimiento?			¿Cuántos años cumplidos tiene?	PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS ¿Cuál es su estado civil o conyugal?  1. Conviviente 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Soltero(a)  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO  Si menor a 12 años, pase a 110	PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS: ¿Tiene [NOMBRE] Partida de Nacimiento?  1. Si tiene 2. No tiene pero está inscrito(a) 3. No tiene y no está inscrito(a) 4. No sabe  (marque sólo un código	MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ¿Está [NOMBRE] embarazada actualmente?  1. Si 2. No / NS	¿Vive la madre natural de [NOMBRE]?  1. Si 2. No 3. No Sabe  Si marcó 2 ó 3 pase a la Preg. 114	¿Reside la madre natural de [NOMBRE] en este hogar?  1. Si 2. No	¿Vive el padre natural de [NOMBRE]?  1. Si 2. No 3. No Sabe  Si marcó 2 ó 3 pase a la Preg. 116	¿Reside el padre natural de [NOMBRE] en este hogar?  1. Si 2. No			
	(107a)	(107b)	(107c)	(108)	(109)	(110)	(111)	(112)	(113)	(114)	(115)	(116)	(117)	(118)
	DIA	MES	AÑO	EN AÑOS										
01						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	01	01	01
02						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	02	02	02
03						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	03	03	03
04						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	04	04	04
05						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	05	05	05
06						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	06	06	06
07						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	07	07	07
08						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	08	08	08
09						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	09	09	09
10						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	10	10	10
11						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	11	11	11
12						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	12	12	12
13						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	13	13	13
14						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	14	14	14
15						1 2 3 4	1 2	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2	15	15	15

OBSERVACIONES:

TOTAL MUJERES 15 A 49
<div></div>
TOTAL NINOS DE 6 A 59 MESES
<div></div>



## CAPITULO 200: Participación en Programa de Asistencia Alimentaria

Código	Programas	Descripción	Tipo de donación
1	PIN	SUB PROGRAMA INFANTIL (6 a 36 meses, madres gestantes y lactantes)	Canasta de alimentos
		SUB PROGRAMA PREESCOLAR (niños de 3 a 6 años del nivel primaria)	Almuerzo y refrigerio
		SUB PROGRAMA ESCOLAR (niños de 6 a 12 años del nivel primario)	Desayuno Escolar
2	WAWA WASI	Promover en todo el país acciones orientadas a generar condiciones favorables para el desarrollo integral de niñas y niños menores de 4 años, particularmente aquellos en situación de riesgo.	Almuerzo y refrigerio
3	COMEDOR INFANTIL	Contribuye a mejorar el estado nutricional de la población infantil de 6 meses hasta los 6 años, mediante la asistencia alimentaria en comedores y actividades de capacitación	Almuerzo
4	PANFAR	Mejorar el estado de nutrición y salud de las madres y niños menores de 36 meses de familias identificadas en riesgo de sufrir desnutrición crónica o de morir en las zonas más deprimidas del país	Canasta de alimentos
5	PANTBC	Contribuir a la recuperación del paciente con tuberculosis ambulatorio y proteger a su familia mediante el desarrollo de actividades educativas, evaluación nutricional y el aporte de una canasta de alimentos que brinde el 28% de los requerimientos protéicos de la familia compuesta por un paciente y dos contactos	Canasta de alimentos
6	COMEDORES POPULARES	El Programa de Comedores Populares tiene como objetivo contribuir al acceso alimentario de la población pobre y en extrema pobreza, mediante la entrega de raciones complementarias a las familias organizadas a nivel nacional.	Almuerzo
7	PROGRAMAS PRIVADOS	Todas las instituciones que vienen dando asistencia alimentaria en ámbitos de su intervención. Se indagará si algún miembro de la familia es beneficiario de un programa social privado, es decir recibe alimentos (CARITAS, ADRA-Perú, World-Vission, CARE, PRISMA, Alternativa, entre otros).	Canasta de alimentos
8	VASO DE LECHE	Este programa es administrado por los municipios que son los que se encargan de ejecutar las labores financieras, logísticas, y operativas que demanda el programa. De acuerdo al marco legal del programa, los principales beneficiarios son los niños menores de 6 años, las mujeres embarazadas y las madres lactantes; aunque de existir recursos disponibles, el programa puede atender a niños entre 7 y 13 años de edad, adultos mayores y enfermos de tuberculosis.	Viveres Desayunos, refrigerios

A continuación me gustaría conocer sobre su participación en programas sociales

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# CAPITULO 300-A LACTANCIA Y ALIMENTACION DE NIÑO DE 6 A 59 MESES

301 A	VEA EN 101 y 102A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN
-------	--	----------------------------------	----------------------------------

A continuación me gustaría tener información sobre lactancia y alimentación de los niños de 6 a 59 meses.  
Registraré el dato del primer niño según la lista de orden (capítulo 100)

302 A	¿Cuando estuvo embarazada de .....(NOMBRE) cuantos controles prenatales se realizo?	Nro DE VECES.....     NO SABE..... 98	Nro DE VECES.....     NO SABE..... 98
303 A	¿Donde nacio..... (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO DE.. (NOMBRE) ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)
304 A	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 310-A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 310-A) ←
305 A	¿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      DÍAS..... 2	INMEDIATAMENTE.....000  HORAS..... 1      DÍAS..... 2
306 A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz, antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 308-A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 308-A) ←
307 A	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente?  ¿Algo más?  ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... 1 AGUA SOLA..... 2 DEXTRISA GLUCOSADA..... 3 AGUA AZUCARADA..... 4 JUGO DE FRUTA..... 5 FORMULA PARA BEBÉS..... 6 TÉ/INFUSIONES..... 7 MIEL..... 8 OTRO..... 9 ESPECIFIQUE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... 1 AGUA SOLA..... 2 DEXTRISA GLUCOSADA..... 3 AGUA AZUCARADA..... 4 JUGO DE FRUTA..... 5 FORMULA PARA BEBÉS..... 6 TÉ/INFUSIONES..... 7 MIEL..... 8 OTRO..... 9 ESPECIFIQUE
308 A	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 311-A) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 311-A) ← NO..... 2
309 A	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES.....     NO SABE..... 98	MESES.....     NO SABE..... 98



# CAPITULO 300-A LACTANCIA Y ALIMENTACION DE NIÑO DE 6 A 59 MESES

310 A	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 MADRE 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 MADRE 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)
311 A	¿Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 313-A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 313-A) ←
312 A	¿En qué lugar recibió la capacitación?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)
313 A	VERIFIQUE 311:  ¿LACTANDO?	SI LACTA                      NO LACTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (FINALICE CON ESTA PERSONA 300-A)	SI LACTA                      NO LACTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (FINALICE CON ESTA PERSONA 300-A)
314 A	¿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"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
315 A	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6p.m a 6a.m)  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>

# CAPITULO 300-B SALUD DEL NIÑO DE 6 A 59 MESES

301-B	VEA EN 101 y 102A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--	--	--

A continuación me gustaría tener información sobre la salud de los niños de 6 a 59 meses.  
Registraré el dato del primer niño según la lista de orden (capítulo 100)

302-B	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
303-B	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas dos semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 306-B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 306-B)
304-B	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado o tenía dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
305-B	VERIFIQUE 302-B Y 303-B:  FIEBRE O TOS?	"SI" EN 302-B O EN 303-B <input type="checkbox"/> (PASE A 321-B)	"SI" EN 302-B O EN 303-B <input type="checkbox"/> (PASE A 321-B)
306-B	Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 308-B)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 308-B)
307-B	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro sitio?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 PROMOTOR DE SALUD..... 7  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 9 BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 <b>OTRO:</b> ..... 14 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 PROMOTOR DE SALUD..... 7  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 9 BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 <b>OTRO:</b> ..... 14 (ESPECIFIQUE)
308-B	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre/ tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO 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/SÍNTOMAS 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 ESTABLECIMIENTO 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/SÍNTOMAS 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)
309-B	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde. . . hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 321-B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 321-B)
310-B	¿Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo alguno de estos síntomas o dolencias? a. ¿Estuvo intranquilo, irritable?..... b. ¿Estuvo sediento, bebía líquidos rápidamente..... c. ¿Lloraba sin lágrimas?..... d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?..... e. ¿Tenía sangre las deposiciones?.....	SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8
311-B	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98



# CAPITULO 300-B SALUD DEL NIÑO DE 6 A 59 MESES

312-B	¿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 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8 SOLO LACTA ..... 9	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8 SOLO LACTA ..... 9
313-B	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida?  SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8 AUN NO COME..... 9	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8 AUN NO COME..... 9
314-B	¿Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Frutiflex 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..... 1 2 8 SUERO CASERO... 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX..... 1 2 8 SUERO CASERO... 1 2 8
315-B	¿Le dió algo (más) para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 321-B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 321-B) ←
316-B	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea?  ¿Algo más?  CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	JARABE PARA LA DIARREA..... 1 ANTIBIOTICO..... 2 SUERO INTRAVENOSO..... 3 REMEDIOS CASEROS..... 4 OTRO: ..... 5 (ESPECIFIQUE)	JARABE PARA LA DIARREA..... 1 ANTIBIOTICO..... 2 SUERO INTRAVENOSO..... 3 REMEDIOS CASEROS..... 4 OTRO: ..... 5 (ESPECIFIQUE)
317-B	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 319-B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 319-B) ←
318-B	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, si es público  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 PROMOTOR DE SALUD..... 7  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... 9 BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: ..... 14 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 PROMOTOR DE SALUD..... 7  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... 9 BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: ..... 14 (ESPECIFIQUE)
319-B	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?  Mencione todas las alternativas y circule todas las alternativas seleccionadas	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO 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/SÍNTOMAS 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 ESTABLECIMIENTO 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/SÍNTOMAS 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)
320-B	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
321-B	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



# CAPITULO 300-C. INMUNIZACIONES

301-C	VEA EN 101 y 102A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--	--	--

A continuación me gustaría tener información sobre la salud de los niños de 6 a 59 meses.  
Registraré el dato del primer niño según la lista de orden (capítulo 100)

302-C	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 304-C) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 305-C) ← SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 304-C) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 305-C) ← SIN TARJETA..... 3																																																																																																																																																																																																																																								
303-C	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																																																																								
304-C	1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "99" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (Recién nacido)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOFILUS 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOFILUS 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOFILUS 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PENTA 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PENTA 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PENTA 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>TETRA</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTIAMARÍLICA</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SPR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HEXA 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HEXA 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HEXA 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POLIO 0 (Recién nacido)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DPT 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DPT 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DPT 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEPATITIS B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEPATITIS B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEPATITIS B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEMOFILUS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEMOFILUS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIHEMOFILUS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PENTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PENTA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PENTA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TETRA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VITAMINA "A" 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VITAMINA "A" 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VITAMINA "A" 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTIAMARÍLICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANTISARAMPIONOSA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEXA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEXA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEXA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HvB</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hib</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Pe 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Pe 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Pe 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>T</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VA 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VA 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VA 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Amar.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>S</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SPR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>He 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>He 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>He 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SPR</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pe 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pe 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pe 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amar.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	He 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	He 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	He 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																								
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 0 (Recién nacido)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
DPT 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
DPT 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
DPT 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEPATITIS B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEPATITIS B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEPATITIS B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEMOFILUS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEMOFILUS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIHEMOFILUS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
TETRA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VITAMINA "A" 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VITAMINA "A" 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VITAMINA "A" 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTIAMARÍLICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
ANTISARAMPIONOSA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HEXA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HEXA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HEXA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
SR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																								
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
HvB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Pe 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Pe 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Pe 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
VA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
Amar.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
He 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
He 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
He 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
SPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								



## 300-D CRECIMIENTO

301-D	VEA EN 101 y 102A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NINO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
302-D	En los últimos seis meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 306-E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 306-E) ←
303-D	¿Quién le controló el crecimiento y desarrollo?	MÉDICO..... 1 OBSTETRIZ..... 2 ENFERMERA..... 3 SANITARIO..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... 1 OBSTETRIZ..... 2 ENFERMERA..... 3 SANITARIO..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)
304-D	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NINO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
305-D	¿Dónde tuvo lugar el control? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 7 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 8 <b>OTRO:</b> ..... 9 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLINICA PARTICULAR..... 7 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 8 <b>OTRO:</b> ..... 9 (ESPECIFIQUE)
306-D	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento?	No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE "00", NO SABE "98"	No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE "00", NO SABE "98"
307-D	¿Qué suplemento vitamínico consume actualmente (NOMBRE)?  (EN RELACION AL NIÑO DE 6 A 59 MESES)	Sulfato ferroso/hierro y acido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitaminicos 3 Ninguno 4 Otros ..... 5 (ESPECIFIQUE)	Sulfato ferroso/hierro y acido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitaminicos 3 Ninguno 4 Otros ..... 5 (ESPECIFIQUE)
308-D	¿Qué suplemento vitamínico consume actualmente (NOMBRE)?  (EN RELACION A LA MEF)	Sulfato ferroso/hierro y acido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitaminicos 3 Ninguno 4 Otros ..... 5 (ESPECIFIQUE)	Sulfato ferroso/hierro y acido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitaminicos 3 Ninguno 4 Otros ..... 5 (ESPECIFIQUE)
309-D	¿Qué suplemento vitamínico consume actualmente (NOMBRE)?  (EN RELACION A LA MEF)	Sulfato ferroso/hierro y acido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitaminicos 3 Ninguno 4 Otros ..... 5 (ESPECIFIQUE)	





## CAPITULO: 400 - A

FRECUECIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS MUJERES EN EDAD FERTIL			
N°	EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES CONSUMIO:	Número de días	
		Semana 1 (previa)	Semana 2 (anterior)
<b>ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL</b>			
	<b>CARNES ROJAS</b> ( <i>Majaz, venado, añuje, res, sajino, cordero, motelo</i> )		
401-A	MAJAZ		
402-A	VENADO		
403-A	RES		
404-A	SAJINO		
405-A	CORDERO		
406-A	MOTELO		
407-A	AÑUJE		
408-A	ARMADILLO		
409-A	MONO		
410-A	OTRA CARNES (Especifique)		
	<b>CARNES BLANCAS</b>		
411-A	GALLINA		
412-A	POLLO		
413-A	LAGARTO		
414-A	RANA		
415-A	OTRA (Especifique)		
	<b>VISCERAS</b>		
416-A	HIGADO (Especifique)		
417-A	SANGRECITA (Especifique)		
418-A	OTRAS VISCERAS (Especifique)		
	<b>PESCADOS</b>		
419-A	PESCADO (Especifique)		
	<b>LACTEOS</b>		
420-A	LECHE (Especifique)		
421-A	QUESO		
422-A	YOGURT		
	<b>HUEVOS</b>		
423-A	HUEVO (Especifique)		
	<b>MENESTRAS</b>		
424-A	MENESTRAS (Frejol, habas, arverja, garbanzo) (Especifique)		
	<b>HOJAS VERDES</b>		
425-A	ESPINACA, ACELGA		
426-A	HOJA DE YUCA		
427-A	OTRAS HOJAS VERDES (Especifique)		
428-A	SACHACULANTRO		
429-A	OREGANO		
430-A	HIERBAS VERDES (Especifique)		



VERDURAS AMARILLAS			
431-A	CALABAZA		
432-A	ZAPALLO		
433-A	ZANAHORIA		
434-A	CAMOTE AMARILLO		
435-A	CAMOTE MORADO		
436-A	AJI DULCE		
437-A	OTRAS VERDURAS AMARILLAS (especificar)		
VERDURAS ROJAS			
438-A	TOMATE		
439-A	OTRAS VERDURAS DE COLOR ROJO (Especifique)		
FRUTAS AMARILLAS			
440-A	MANGO		
441-A	SACHAMANGO		
442-A	ZAPOTE		
443-A	PAPAYA		
444-A	PIJUAYO		
445-A	AGUAJE		
446-A	CARAMBOLA		
447-A	HUMARI		
448-A	COCONA		
449-A	OTRAS FRUTAS AMARILLAS (especificar)		
FRUTAS CITRICAS Y OTRAS RICAS EN VITAMINAS			
450-A	PIÑA		
451-A	CAIMITO		
452-A	PAN DE ARBOL		
453-A	PLATANO VERDE		
454-A	PLATANO MADURO		
455-A	NARANJA-MANDARINA-LIMON		
456-A	MAJAMBO		
457-A	UNGURAHUI		
458-A	OTRAS FRUTAS (Especifique)		
FRUTAS DE COLOR ROJO			
459-A	GUAYABA		
460-A	MARAÑON ó CASHO (Especificar color)		
461-A	OTRAS FRUTAS DE COLOR ROJO (Especifique)		
GRASAS			
462-A	ACEITE DE PALMA		
463-A	MARGARINA		
HIERBAS PARA INFUSIONES			
464-A	HIERBA LUISA		
465-A	HIERBAS PARA INFUSIONES (Especifique)		
INSECTOS			
466-A	GUSANO (AHUIHUA; SURI)		
467-A	HORMIGAS		
468-A	CARACOL		
469-A	LARVAS (Especifique)		
470-A	OTROS INSECTOS (Especifique)		



## CAPITULO: 400 - B

FRECUCENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS NIÑOS DE 6 A 35 MESES			
N°	EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES CONSUMIO:	Número de días	
		Semana 1 (previa)	Semana 2 (anterior)
<b>ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL</b>			
	<b>CARNES ROJAS</b> ( <i>Majaz, venado, añuje, res, sajino, cordero, motelo</i> )		
401-B	MAJAZ		
402-B	VENADO		
403-B	RES		
404-B	SAJINO		
405-B	CORDERO		
406-B	MOTELO		
407-B	AÑUJE		
408-B	ARMADILLO		
409-B	MONO		
410-B	OTRA CARNES (Especifique)		
	<b>CARNES BLANCAS</b>		
411-B	GALLINA		
412-B	POLLO		
413-B	LAGARTO		
414-B	RANA		
415-B	OTRA (Especifique)		
	<b>VISCERAS</b>		
416-B	HIGADO (Especifique)		
417-B	SANGRECITA (Especifique)		
418-B	OTRAS VISCERAS (Especifique)		
	<b>PESCADOS</b>		
419-B	PESCADO (Especifique)		
	<b>LACTEOS</b>		
420-B	LECHE (Especifique)		
421-B	QUESO		
422-B	YOGURT		
	<b>HUEVOS</b>		
423-B	HUEVO (Especifique)		
	<b>MENESTRAS</b>		
424-B	MENESTRAS (Frejol, habas, arverja, garbanzo) (Especifique)		
	<b>HOJAS VERDES</b>		
425-B	ESPINACA, ACELGA		
426-B	HOJA DE YUCA		
427-B	OTRAS HOJAS VERDES (Especifique)		
428-B	SACHACULANTRO		
429-B	OREGANO		
430-B	HIERBAS VERDES (Especifique)		

<b>VERDURAS AMARILLAS</b>			
431-B	CALABAZA		
432-B	ZAPALLO		
433-B	ZANAHORIA		
434-B	CAMOTE AMARILLO		
435-B	CAMOTE MORADO		
436-B	AJI DULCE		
437-B	OTRAS VERDURAS AMARILLAS (especificar)		
<b>VERDURAS ROJAS</b>			
438-B	TOMATE		
439-B	OTRAS VERDURAS DE COLOR ROJO (Especifique)		
<b>FRUTAS AMARILLAS</b>			
440-B	MANGO		
441-B	SACHAMANGO		
442-B	ZAPOTE		
443-B	PAPAYA		
444-B	PIJUAYO		
445-B	AGUAJE		
446-B	CARAMBOLA		
447-B	HUMARI		
448-B	COCONA		
449-B	OTRAS FRUTAS AMARILLAS (especificar)		
<b>FRUTAS CITRICAS Y OTRAS RICAS EN VITAMINAS</b>			
450-B	PIÑA		
451-B	CAIMITO		
452-B	PAN DE ARBOL		
453-B	PLATANO VERDE		
454-B	PLATANO MADURO		
455-B	NARANJA-MANDARINA-LIMON		
456-B	MAJAMBO		
457-B	UNGURAHUI		
458-B	OTRAS FRUTAS (Especifique)		
<b>FRUTAS DE COLOR ROJO</b>			
459-B	GUAYABA		
460-B	MARAÑON ó CASHO (Especificar color)		
461-B	OTRAS FRUTAS DE COLOR ROJO (Especifique)		
<b>GRASAS</b>			
462-B	ACEITE DE PALMA		
463-B	MARGARINA		
<b>HIERBAS PARA INFUSIONES</b>			
464-B	HIERBA LUISA		
465-B	HIERBAS PARA INFUSIONES (Especifique)		
<b>INSECTOS</b>			
466-B	GUSANO (AHUIHUA; SURI)		
467-B	HORMIGAS		
468-B	CARACOL		
469-B	LARVAS (Especifique)		
470-B	OTROS INSECTOS (Especifique)		





<b>501 A N° DE ORDEN</b>				
<b>502 A NOMBRE</b>				
<b>PESO</b>	503-A PESO BRUTO	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	.	<input style="width: 20px;" type="text"/> Kg.
		506-A TALLA		
		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	.	<input style="width: 20px;" type="text"/> cm.

  

PRENDAS CON QUE FUE PESADO			
504-A CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE PRENDAS	PESO / PRENDA (gr)
505-A TOTAL			

  

508-A EDAD GESTACIONAL	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Sem.	9. No sabe / No responde
509-A PESO ANTES DE GESTACIÓN	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	9. No sabe / No responde

507-A ESTADO FISIOLÓGICO
1. Gestante
2. Lactante
3. Gestante y Lactante
4. No gesta / No lacta
5. No sabe / No responde

  

510-A RESULTADO
1. Completo
2. Ausente
3. Rechazo

<b>501 A N° DE ORDEN</b>			
<b>502 A NOMBRE</b>			
<b>PESO</b>	503-A PESO BRUTO	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Kg.
		506-A TALLA	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
		. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> cm.	

  

PRENDAS CON QUE FUE PESADO			
504-A CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE PRENDAS	PESO / PRENDA (gr)
505-A TOTAL			

  

508-A EDAD GESTACIONAL	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Sem.	9. No sabe / No responde
509-A PESO ANTES DE GESTACIÓN	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	9. No sabe / No responde

**507-A ESTADO FISIOLÓGICO**

1. Gestante
2. Lactante
3. Gestante y Lactante
4. No gesta / No lacta
5. No sabe / No responde

  

**510-A RESULTADO**

1. Completo
2. Ausente
3. Rechazo

<b>501 A N° DE ORDEN</b>		
<b>502 A NOMBRE</b>		
<b>PESO</b>	<b>503-A PESO BRUTO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Kg.	<b>506-A TALLA</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm.

  

PRENDAS CON QUE FUE PESADO			
504-A CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE PRENDAS	PESO / PRENDA (gr)
<b>505-A TOTAL</b>			

  

<b>508-A EDAD GESTACIONAL</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Sem.    9. No sabe / No responde	
<b>509-A PESO ANTES DE GESTACIÓN</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	9. No sabe / No responde

  

507-A ESTADO FISIOLÓGICO
1. Gestante 2. Lactante 3. Gestante y Lactante 4. No gesta / No lacta 5. No sabe / No responde

510-A RESULTADO
1. Completo 2. Ausente 3. Rechazo



# 500-B ANTROPOMETRIA NIÑOS DE 6 A 59 MESES

501-B N° DE ORDEN

502-A NOMBRE

506-A. POSICION DE MEDICION

1. Echado  
2. Parado

PESO (KG)

503-A PESO BRUTO

kg.

507-A. TALLA

cm.

508-A. PESO AL NACER

gr.

9. No sabe / No recuerda 10. Sin dato

PRENDAS CON QUE FUE PESADO			
504-A. CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION DE PRENDAS	PESO/PRENDA (gr)
505-A. TOTAL			

509-A. RESULTADO

- Completo
- Ausente
- Rechazo

501-B N° DE ORDEN

502-A NOMBRE

506-A. POSICION DE MEDICION

1. Echado  
2. Parado

PESO (KG)

503-A PESO BRUTO

kg.

507-A. TALLA

cm.

508-A. PESO AL NACER

gr.

9. No sabe / No recuerda 10. Sin dato

PRENDAS CON QUE FUE PESADO			
504-A. CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION DE PRENDAS	PESO/PRENDA (gr)
505-A. TOTAL			

509-A. RESULTADO

- Completo
- Ausente
- Rechazo

