

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2023
CUESTIONARIO DE SALUD

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

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA
SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____

--	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL								
FECHA						FECHA : DÍA..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						MES..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
RESULTADO***						AÑO..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					EQUIPO NUMERO..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
	HORA					ENTREVISTADORA..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
						NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
						RESULTADO FINAL..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								

*****CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- 1 COMPLETA
2 AUSENTE
3 APLAZADA
4 RECHAZADA
5 INCOMPLETA
6 DISCAPACITADA(O)
(marque con X)

<input type="checkbox"/>	Ver
<input type="checkbox"/>	Oír
<input type="checkbox"/>	Hablar
<input type="checkbox"/>	Moverse
<input type="checkbox"/>	Entender
<input type="checkbox"/>	Relacionarse

9 OTRA _____
(ESPECIFIQUE)

CUESTIONARIO

	DE	
--	----	--

TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS

--	--

RESULTADO FINAL DETALLADO***

INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD

--

N° DE ORDEN

RESULTADO

PRIMERA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

SEGUNDA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

TERCERA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

CUARTA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

QUINTA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

SEXTA NIÑA O NIÑO.....

--	--

--	--

NOMBRE Y FECHA DE
SUPERVISIÓN

SUPERVISORA LOCAL

--

SUPERVISORA NACIONAL

--

DIGITADOR(A)

--

NOMBRE Y FECHA DE
REVISIÓN

--

--

--

ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
20	REGISTRE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (LISTADO DEL HOGAR) EL NOMBRE (PREGUNTA 2), NÚMERO DE ORDEN (PREGUNTA 1) Y CIRCULE EL SEXO (PREGUNTA 6) DE LA PERSONA SELECCIONADA PARA EL CUESTIONARIO DE SALUD	NOMBRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO: HOMBRE..... 1 MUJER..... 2																													
21	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
SI LA PERSONA DE 15 AÑOS O MÁS ES INFORMANTE DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, TRANSCRIBA LA PREGUNTA 106 DE TAL CUESTIONARIO A LA PREGUNTA 23, Y PASE A LA PREGUNTA 28																															
22	¿En qué día, mes y año nació Ud.?	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																													
23	¿Cuántos años cumplidos tiene? CONSISTENCIE PREGUNTA 22 CON PREGUNTA 23 Y CORRIJA DE SER NECESARIO	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MEF PASE A LA PREGUNTA 28																													
24	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 25A																													
25	¿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 border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>CIRCULE NIVEL</th><th>ANOTE AÑO</th><th>ANOTE GRADO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td><td>0</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO																												
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
25A	¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez: 1. Quechua? 2. Aimara? 3. Ashaninka? 4. Awajún/Aguaruna? 5. Shipibo/Konibo? 6. Shawi/Chayahuita? 7. Matsigenka/ Machiguenga? 8. Achuar? 9. Otra lengua nativa u originaria? 10. Castellano? 11. Portugués? 12. Otra lengua extranjera?	QUECHUA..... 1 AIMARA..... 2 ASHANINKA..... 3 AWAJUN / AGUARUNA..... 4 SHIPIBO / KONIBO..... 5 SHAWI / CHAYAHUITA..... 6 MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7 ACHUAR..... 8 OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9 (ESPECIFIQUE) CASTELLANO 10 PORTUGUES..... 11 OTRA LENGUA EXTRANJERA 12 (ESPECIFIQUE)																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
25B	<p>Por sus costumbres y sus antepasados ¿Usted se siente o considera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quechua? 2. Aimara? 3. Nativo o Indígena de la Amazonía? 4. Perteneciente o parte de otro Pueblo indígena u originario? 5. Negro /Moreno/ Zambo/ Mulato /Pueblo Afroperuano o Afrodescendiente? 6. Blanco? 7. Mestizo? 8. ¿Otro? 	<p>QUECHUA..... 1</p> <p>AIMARA..... 2</p> <p>NATIVO O INDIGENA DE LA AMAZONIA..... 3</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDIGENA U ORIGINARIO..... 4</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NEGRO /MORENO/ ZAMBO/MULATO/PUEBLO AFROPERUANO O AFRODESCENDIENTE..... 5</p> <p>BLANCO..... 6</p> <p>MESTIZO..... 7</p> <p>OTRO 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RESPONDE..... 98</p>	
25C	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna dificultad o limitación PERMANENTE, que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias,</p> <p>¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ver, aún usando anteojos? 2. Oír, aún usando audifonos? 3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro? 4. Moverse o caminar para usar brazos y /o piernas? 5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)? 6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas? 	<p>PARA VER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA OIR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA HABLAR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA MOVERSE SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA ENTENDER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA RELACIONARSE SI.....1 NO.....2</p>	
26	¿Tiene usted seguro de salud?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	100
27	<p>¿A que institución corresponde el seguro que usted tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	<p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)..... A</p> <p>ESSALUD / IPSS..... B</p> <p>FUERZAS ARMADAS O POLICIALES..... C</p> <p>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D</p> <p>SEGURO PRIVADO..... E</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	100

PARA LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ENTREVISTADAS EN EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL

28	TRANSCRIBA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL EL RESULTADO DE LA PREGUNTA 489	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
29	TRANSCRIBA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL EL RESULTADO DE LA PREGUNTA 801	<p>SI NO</p> <p>VIH..... 1 2</p> <p>SIDA..... 1 2</p>	

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.			
100	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	102
101	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
102	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado " hipertensión arterial " o " presión alta "? NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
104	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
105	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
106	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	109
108	¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez? CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre? NO CONSIDERE DIABETES EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? CONSIDERAR COMO "SÍ" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 2. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, chicha de jora fermentada, cañazo, pisco, ron o alguna otra bebida alcohólica.			
200	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha fumado cigarrillos? CONSIDERAR COMO "SÍ" CUANDO EL ENTREVISTADO MANIFIESTA HABER FUMADO TODO EL CIGARRILLO. CONSIDERAR COMO "NO" CUANDO MANIFIESTA HABER DADO SOLAMENTE UNA O UNAS "PITADAS" Ó "FUMADAS".	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	206
201	¿En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, usted ha fumado cigarrillos?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	206
202	¿Fuma usted diariamente?	SÍ..... 1 NO..... 2	206
203	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar diariamente?	EDAD EN AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	205
204	¿Hace cuántos años, usted empezó a fumar diariamente?	NÚMERO DE AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
205	Normalmente, ¿Cuántos cigarrillos fuma usted a diario?	NÚMERO DE CIGARRILLOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
206	¿Alguna vez en su vida usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor? SI RESPONDE "SÍ" INDAGUE SI CONSUMIÓ AL MENOS UN VASO / COPA O UNIDAD SIMILAR COMPLETA. CONSIDERE "NO" CUANDO CONSUMIÓ UNO O DOS "SORBOS" ("BOCADOS")	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
207	¿Qué edad tenía usted la primera vez que tomó alguna bebida alcohólica o licor?	EDAD EN AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
208	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
209	¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más? CONSIDERE TODAS LAS VECES A LO LARGO DE LOS 12 MESES	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
210	¿En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
211	Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces tomó usted alguna bebida alcohólica o licor?	NÚMERO DE VECES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																												
212	<p>SI TOMÓ MÁS DE 1 VEZ: De esas _____ veces que tomó, piense en la vez que consumió más, y dígame ¿Que bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>SI TOMÓ 1 VEZ: En esa vez, ¿Qué bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>¿Alguna otra bebida más?</p> <p>REGISTRE EN LOS 4 CASILLEROS PARA CADA BEBIDA ALCOHÓLICA CONSUMIDA (VASOS/ COPAS; BOTELLAS)</p> <p>SI TOMÓ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, A CONTINUACIÓN PREGUNTE POR LA CANTIDAD (VASOS/ COPAS O BOTELLAS). SEGUIDAMENTE SIGA SONDEANDO SI TOMÓ ALGUNA OTRA BEBIDA MÁS</p> <p>SI MENCIONA BOTELLA DE CERVEZA, MUESTRE LA CARTILLA. PARA EL CASO DE LA CERVEZA, SI FUE BOTELLA PERSONAL O UNA LATA DE CERVEZA, CONSIDERE COMO UN VASO</p>	<p>¿Cuántos vasos, copas o botellas tomó?</p> <table> <thead> <tr> <th></th><th>VASOS/ COPAS</th><th>BOTELLAS</th><th>NS/NR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CERVEZA</td><td>A <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE</td><td>B <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>CHICHA DE JORA FERMENTADA</td><td>C <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>MASATO FERMENTADO</td><td>D <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>YONQUE/ CAÑAZO</td><td>E <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>ANISADO</td><td>F <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>WHISKY/ PISCO/ RON</td><td>G <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>OTRA _____</td><td>X <input type="text"/> <input type="text"/></td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td><td>8</td></tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>NO SABE / NO RECUERDA.....</td><td></td><td></td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR	CERVEZA	A <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	CHICHA DE JORA FERMENTADA	C <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	MASATO FERMENTADO	D <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	YONQUE/ CAÑAZO	E <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	ANISADO	F <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	WHISKY/ PISCO/ RON	G <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	OTRA _____	X <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	(ESPECIFIQUE)				NO SABE / NO RECUERDA.....			8	
	VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR																																												
CERVEZA	A <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
CHICHA DE JORA FERMENTADA	C <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
MASATO FERMENTADO	D <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
YONQUE/ CAÑAZO	E <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
ANISADO	F <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
WHISKY/ PISCO/ RON	G <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
OTRA _____	X <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																												
(ESPECIFIQUE)																																															
NO SABE / NO RECUERDA.....			8																																												

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.

213	En los últimos 7 días, es decir, desde el _____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8 <input type="text"/>	215
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES / RACIMOS	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS.. 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el _____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO TOMÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8 <input type="text"/>	217
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8	
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el _____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	219
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8	
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el _____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8 <input type="text"/>	300
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8	

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS

SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> → 400	
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado ó medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 } → 304	
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SALUD BUCAL PARA LAS PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 60 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	400
311	¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? CONSIDERE SOLO SI FUE ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	400
312	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
313	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	

SECCIÓN 4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 75 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
400	VERIFIQUE PREGUNTA 23: DE 15 A 75 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	500
401	¿Considera usted que el cáncer se puede prevenir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
402	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	404C
403	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del virus del papiloma humano?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	404C
404	¿Cree usted que el virus del papiloma humano puede causar cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
404C	¿Cree usted que el análisis de sangre para el dosaje del antígeno prostático específico (denominado PSA), permite la detección temprana del cáncer de próstata?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS PERSONAS DE 18 A 75 AÑOS DE EDAD

405	VERIFIQUE PREGUNTA 23: DE 18 A 75 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	500
406	¿En los últimos 24 meses, es decir, desde _____ del año 2021 hasta _____ de este año, se ha realizado algún examen o chequeo para descartar cualquier tipo de cáncer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS MUJERES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD

408	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: MUJER DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	HOMBRE <input style="width: 50px;" type="text"/> → 417 MUJER MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/> → 410A	
409	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado un examen físico de mama? DE SER NECESARIO LEA: Examen físico de mama, es un examen mediante el cual el médico, obstetra o enfermera palpa la mama para detectar alguna tumoración que indique la presencia de cáncer.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	410A
410	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el examen físico de mama? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD

410A	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: MUJER DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/>	MUJER MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD <input style="width: 50px;" type="text"/> → 414	
411	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la prueba de papanicolaou? DE SER NECESARIO LEA: Prueba de papanicolaou, es una prueba mediante la cual se hace un raspado del cuello uterino de la mujer para detectar la posible presencia de un cáncer.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	413A
412	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez la prueba de papanicolaou? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
413	¿Usted recogió o llegó a conocer los resultados de la prueba de papanicolaou?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
413A	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la Prueba de Inspección de Ácido Acético (IVAA)? DE SER NECESARIO LEA: Es un examen visual vaginal realizado con un espéculo, en el cual el profesional de salud aplica ácido acético diluido al cuello uterino.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 } → 413D	
413B	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez la prueba de Inspección de Ácido Acético (IVAA)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
413C	¿Usted recogió o llegó a conocer los resultados de la prueba de Inspección de Ácido Acético (IVAA)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
413D	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la Prueba Molecular del Virus del Papiloma Humano (VPH)? DE SER NECESARIO LEA: Es una prueba mediante el cual se recolecta muestras vaginales, para detectar infecciones por el Virus de Papiloma Humano que pueden causar anomalías celulares.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 } → 414	
413E	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez la Prueba Molecular del Virus del Papiloma Humano (VPH)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
413F	¿Usted recogió o llegó a conocer los resultados de la Prueba Molecular del Virus del Papiloma Humano (VPH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS MUJERES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD

414	VERIFIQUE PREGUNTA 20 Y 23: <div> <div>MUJER 40 A 70 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/></div> <div>MUJER MENOR DE 40 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/></div> </div>		500
415	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado un examen de mamografía? DE SER NECESARIO LEA: Mamografía, es una radiografía de la mama que se utiliza con la finalidad de detectar tempranamente anomalías que podría indicar sospecha de cáncer de mama.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 } → 500	
416	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el examen de mamografía? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA HOMBRES DE 50 A 75 AÑOS DE EDAD

417	VERIFIQUE PREGUNTA 20 Y 23: <div> <div>HOMBRE DE 50 A 75 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/></div> <div>HOMBRE MENOR DE 50 AÑOS DE EDAD/ MUJER <input type="checkbox"/></div> </div>		500
418A	¿Alguna vez en su vida le han realizado el análisis de sangre para el dosaje de antígeno prostático (PSA)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 } → 500	
419A	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el análisis de sangre para el dosaje de antígeno prostático (PSA)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 5. TUBERCULOSIS

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	¿Actualmente tiene usted tos con flema?	SI..... 1 NO..... 2	502
501	¿Hace cuánto tiempo tiene usted tos con flema? REGISTRE: EN "DÍAS", SI ES < DE 1 MES EN "MESES", SI ES DE 1 MES A MÁS	DÍAS (SI ES MENOS DE 1 MES)..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES (SI ES DE 1 MES A MÁS)..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
502	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> HOMBRE DE 15 AÑOS A MÁS / MUJER DE 50 AÑOS A MÁS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div> MUJER DE 15 A 49 AÑOS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div>		504
503	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis, TB o TBC?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
504	VERIFIQUE PREGUNTA 503 o 28 (SOLO SI ES MEF): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> RESPONDIÓ "SI" (CÓDIGO 1) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div> RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div>		600
505	Cree usted que la tuberculosis se contagia: A. ¿Cuándo una persona enferma tose o estornuda cerca a otra persona? B. ¿Cuándo una persona enferma habla de cerca con otra persona? C. ¿Cuándo una persona enferma toca a otra persona? D. ¿Cuándo una persona enferma comparte alimentos o utensilios con otra persona?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>SI NO NS/NR</div> </div> A. TOSE O ESTORNUDA..... 1 2 8 B. HABLA DE CERCA..... 1 2 8 C. TOCA A OTRA PERSONA..... 1 2 8 D. COMPARTE ALIMENTOS..... 1 2 8	
505A	¿Cuál es el principal síntoma sospechoso de la tuberculosis?	TOS CON FLEMA PERSISTENTE 1 FIEBRE..... 2 TOS CON EXPULSIÓN DE SANGRE..... 3 PERDIDA DE PESO O APETITO..... 4 SUDORES NOCTURNOS..... 5 DEBILIDAD Y CANSANCIO CONSTANTE..... 6 OTRO: 7 <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE..... 8	
505B	¿Cuál es la principal medida preventiva de la tuberculosis dentro del hogar?	VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN DE LOS AMBIENTES..... 1 APLICACIÓN DE VACUNA BCG AL RECIÉN NACIDO..... 2 ALIMENTACIÓN BALANCEADA 3 HÁBITOS DE LIMPIEZA Y ASEO 4 OTRO 5 <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE 8	
505C	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> HOMBRE DE 15 A MÁS AÑOS MUJER DE 50 A MÁS AÑOS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div> MUJER DE 15 A 49 AÑOS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div>		602
506	¿Puede curarse la tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
506A	Si un pariente suyo se llega a enfermar con tuberculosis ¿estaría Ud. dispuesta/o a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
506B	Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI GUARDARÍA EL SECRETO 1 NO 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA (O)/DEPENDE 8	

SECCIÓN 6. VIH / SIDA

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A									
600	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/>	MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> → 602 PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> → 700										
601	Usted ha oído hablar de: A. ¿La infección por VIH? B. ¿Una enfermedad llamada SIDA?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center; width: 10%;">SI</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">NO</td> </tr> <tr> <td>A. VIH.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. SIDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	A. VIH.....	1	2	B. SIDA.....	1	2	
	SI	NO										
A. VIH.....	1	2										
B. SIDA.....	1	2										
602	VERIFIQUE PREGUNTAS 601 O 29 (SOLO SI ES MEF) POR LO MENOS UN "SÍ" <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/>	NINGÚN "SÍ" <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> → 700										
603	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, a usted le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	} → 605									
604	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8										
605	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: HOMBRE DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/>	MUJER DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> → 700 PERSONAS DE 30 A 49 AÑOS DE EDAD <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> → 700										

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD

606	¿Cree usted que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
607	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
608	¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por dar un abrazo, beso o caricias a una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
609	¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
610	¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo alimentos o utensilios como: cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
611	¿Cree usted que las personas que usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población																																																					
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	
701	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 700: CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS</p>	<p>CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS</p>	<p>703</p>																																																		
702	<p>¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?</p>	<p>MUCHO..... 1</p> <p>POCO..... 2</p> <p>NADA..... 3</p>																																																			
703	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido molestias o problemas mencionados anteriormente como: sentirse con poco interés, triste, con problemas para dormir, desanimada(o), cansada(o) sin motivo, desconcentrada(o) o con poco apetito?</p> <p>(DE SER NECESARIO LEA LOS ÍTEMS "G", "H", "I")</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>707</p>																																																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
704	<p>Por favor, recuerde en los últimos 12 meses, uno de los momentos en que tuvo estas molestias o problemas y dígame ¿cuando fue? _____</p> <p>Ahora hablemos solo de las molestias o problemas que tuvo cuando (en) _____</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD</p> <p>SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días?</p> <p>SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Ha tenido pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Se ha sentido desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Ha tenido problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Se ha sentido cansada(o) o ha tenido poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Ha tenido poco apetito o ha comido en exceso?</p> <p>F. ¿Ha tenido dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Se ha movido o hablado más lento de lo normal o se ha sentido más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Ha tenido pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Se ha sentido mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	
705	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 704:</p> <p>CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	<p>CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	707																																																		
706	<p>¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?</p>	<p>MUCHO..... 1</p> <p>POCO..... 2</p> <p>NADA..... 3</p>																																																			
707	<p>¿En los últimos 12 meses usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad ?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	709																																																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
708	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL GENERAL (MINSA/GOBIERNO REGIONAL)..... A HOSPITAL PSIQUIÁTRICO..... AA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL..... AB ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA..... EA POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	
709	¿En los últimos 12 meses, es decir desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha estado casada(o) o conviviendo?	SI..... 1 NO..... 2	712
A continuación me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de su relación de pareja. Sabemos que algunas de estas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las parejas en el país.			
710	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó con la mano (cachetadas o lapos), el pie, el puño o alguna otra parte del cuerpo (cabeza, codo, rodilla)?	NUNCA / NO..... 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)..... 2 A VECES (3 - 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4	
711	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó, agredió con un objeto como palo, cuchillo, piedra o arma; o le roció alguna sustancia como gasolina, ácido o lejía?	NUNCA / NO..... 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)..... 2 A VECES (3 - 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4	
712	VERIFIQUE PREGUNTA 209: RESPONDÍO "SÍ" (CÓDIGO 1) <input type="checkbox"/>	RESPONDÍO "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) O NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/>	730
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre los problemas que pudo haber tenido a causa de la bebida alcohólica y que le ocurrieron más de una vez			
713	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 713 A 717 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa? (DE SER NECESARIO LEA: Resaca es el malestar que se siente después de la borrachera)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
714	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	716
715	¿Siguió bebiendo a pesar de que le provocaba problemas con estas personas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
716	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
717	¿Le han sancionado más de una vez por alterar el orden o manejar bajo los efectos del alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
718	VERIFIQUE PREGUNTAS 713, 714, 715, 716 Y 717: AL MENOS UNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> NINGUNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> → 730		
719	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 719 A 729 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
720	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto, o notó que ya no conseguía "ponerse alegre" con la misma cantidad que bebía habitualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
721	Cuando las personas que tienen costumbre de beber, empiezan a beber menos o dejan de beber, pueden sentir malestar intenso que dura más que una resaca normal. ¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	723
722	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tomó un vaso, copa o botella para evitar tener problemas como los mencionados anteriormente? (DE SER NECESARIO LEA: Como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
723	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que continuó bebiendo a pesar de que se había prometido que no lo haría, o bebió mucho más de lo que se había propuesto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	726

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
724	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que bebió más frecuentemente o durante más días seguidos de lo que se había propuesto?	SI..... 1 → 726 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
725	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que empezó a beber y se emborrachó cuando no quería hacerlo ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
726	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
727	¿En los últimos 12 meses, hubo periodos de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que casi no le quedaba tiempo para nada más?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
728	¿En los últimos 12 meses, tuvo un periodo de un mes o más en que dejó de hacer actividades importantes (como trabajar, estudiar, ver a amigos, familiares o practicar deportes), o las redujo considerablemente a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
729	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que podría haber sido provocado o empeorado por la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
730	VERIFIQUE: PREG. 206, SI REGISTRÓ CÓDIGO 2 O CÓDIGO 8 PASE A 731A ¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por consumo de alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → 731A	
731	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL GENERAL (MINSA/GOBIERNO REGIONAL)..... A HOSPITAL PSIQUIÁTRICO..... AA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL..... AB ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA..... EA POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	
731A	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCION ESTAN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	<p>VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.</p>	<p>PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> <p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>	<p>SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> <p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>
802	<p>PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA</p>	<p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p> <p>NO VIVE EN EL HOGAR..... 1</p>	<p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p> <p>NO VIVE EN EL HOGAR..... 1</p>
802A	<p>RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO</p>	<p>RESPONSABLE PRESENTE..... 1</p> <p>RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2</p> <p>RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4</p> <p>INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5</p> <p>RESPONSABLE DISCAPACITADA(O)..... 6</p> <p>OTRA..... 9</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>RESPONSABLE PRESENTE..... 1</p> <p>RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2</p> <p>RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4</p> <p>INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5</p> <p>RESPONSABLE DISCAPACITADA(O)..... 6</p> <p>OTRA..... 9</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
802B	<p>ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS</p>	<p>HORA..... <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/></p>	<p>HORA..... <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/></p>
802C	<p>¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>
802D	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p>	<p>EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/></p>	<p>EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/></p>
803	<p>¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 806) ←</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 806) ←</p>
804	<p>¿Hace cuánto tiempo fue la última atención?</p> <p>REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/></p> <p>DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/></p> <p>DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>
805	<p>¿Dónde le atendieron la última vez?</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... 10</p> <p>ESSALUD..... 11</p> <p>FFAA Y PNP..... 12</p> <p>OTRO MUNICIPAL..... 13</p> <p>CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20</p> <p>ONG</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30</p> <p>HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31</p> <p>CAMPAÑA DE SALUD</p> <p>CAMPAÑA DEL MINSA..... 40</p> <p>CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41</p> <p>OTRAS CAMPAÑAS..... 42</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... 10</p> <p>ESSALUD..... 11</p> <p>FFAA Y PNP..... 12</p> <p>OTRO MUNICIPAL..... 13</p> <p>CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20</p> <p>ONG</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30</p> <p>HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31</p> <p>CAMPAÑA DE SALUD</p> <p>CAMPAÑA DEL MINSA..... 40</p> <p>CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41</p> <p>OTRAS CAMPAÑAS..... 42</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

801	<p>VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.</p>	<p>TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> <p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>	<p>CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> <p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>
802	<p>PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA</p>	<p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p> <p>NO VIVE EN EL HOGAR..... 1</p>	<p>Nº DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p> <p>NO VIVE EN EL HOGAR..... 1</p>
802A	<p>RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO</p>	<p>RESPONSABLE PRESENTE..... 1</p> <p>RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2</p> <p>RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4</p> <p>INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5</p> <p>RESPONSABLE DISCAPACITADA(O)..... 6</p> <p>OTRA..... 9</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>RESPONSABLE PRESENTE..... 1</p> <p>RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2</p> <p>RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4</p> <p>INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5</p> <p>RESPONSABLE DISCAPACITADA(O)..... 6</p> <p>OTRA..... 9</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
802B	<p>ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑO O NIÑA DE 0 A 11 AÑOS</p>	<p>HORA..... <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/></p>	<p>HORA..... <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/></p>
802C	<p>¿En que mes y año nació (NOMBRE)?</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>
802D	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p>	<p>EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/></p>	<p>EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/></p>
803	<p>¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 806) ←</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 806) ←</p>
804	<p>¿Hace cuánto tiempo fue la última atención?</p> <p>REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/></p> <p>DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/></p> <p>DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>
805	<p>¿Dónde le atendieron la última vez?</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... 10</p> <p>ESSALUD..... 11</p> <p>FFAA Y PNP..... 12</p> <p>OTRO MUNICIPAL..... 13</p> <p>CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20</p> <p>ONG</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30</p> <p>HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31</p> <p>CAMPAÑA DE SALUD</p> <p>CAMPAÑA DEL MINSA..... 40</p> <p>CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41</p> <p>OTRAS CAMPAÑAS..... 42</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL</p> <p>MINSA..... 10</p> <p>ESSALUD..... 11</p> <p>FFAA Y PNP..... 12</p> <p>OTRO MUNICIPAL..... 13</p> <p>CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20</p> <p>ONG</p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30</p> <p>HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31</p> <p>CAMPAÑA DE SALUD</p> <p>CAMPAÑA DEL MINSA..... 40</p> <p>CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41</p> <p>OTRAS CAMPAÑAS..... 42</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>

N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)		SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	
	N° DE ORDEN	NOMBRE	N° DE ORDEN	NOMBRE
806	<p>En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?</p> <p>A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA: SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p> <p>(PASE A 808) ←</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p> <p>MISMA/O INFORMANTE..... 9</p> <p>(PASE A 808) ←</p>	
807	<p>¿Dónde recibió la información?</p> <p>¿En algún otro lugar?</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD..... A</p> <p>ESSALUD..... B</p> <p>FF. AA. Ó FF. PP..... C</p> <p>MUNICIPALIDAD..... D</p> <p>SECTOR PRIVADO..... E</p> <p>ONG / IGLESIA..... F</p> <p>ORGANIZACIONES DE BASE..... G</p> <p>MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H</p> <p>INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I</p> <p>FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... Y</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD..... A</p> <p>ESSALUD..... B</p> <p>FF. AA. Ó FF. PP..... C</p> <p>MUNICIPALIDAD..... D</p> <p>SECTOR PRIVADO..... E</p> <p>ONG / IGLESIA..... F</p> <p>ORGANIZACIONES DE BASE..... G</p> <p>MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H</p> <p>INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I</p> <p>FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... Y</p>	

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS		MENOR DE 1 AÑO	
		↓	↓	↓	↓
			PASE A 838A		PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 816) ←</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 816) ←</p>	
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p> <p>(PASE A 812) ←</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p> <p>(PASE A 812) ←</p>	
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	<p>UNA VEZ AL DÍA..... 1</p> <p>DOS VECES AL DÍA..... 2</p> <p>TRES VECES AL DÍA..... 3</p> <p>CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4</p>		<p>UNA VEZ AL DÍA..... 1</p> <p>DOS VECES AL DÍA..... 2</p> <p>TRES VECES AL DÍA..... 3</p> <p>CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4</p>	
812	<p>¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes?</p> <p>SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental?</p> <p>REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO</p>	<p>MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1</p> <p>UNO O MÁS AÑOS..... 2</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>		<p>MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1</p> <p>UNO O MÁS AÑOS..... 2</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	<p>SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1</p> <p>MÁS DE UNA PERSONA..... 2</p>		<p>SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1</p> <p>MÁS DE UNA PERSONA..... 2</p>	
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
806	En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 (PASE A 808) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 (PASE A 808) ←
807	¿Dónde recibió la información? ¿En algún otro lugar?	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS	MENOR DE 1 AÑO	DE 1 A 11 AÑOS	MENOR DE 1 AÑO
		<input type="text"/> ↓ PASE A 838A	<input type="text"/> ↓ PASE A 838A	<input type="text"/> ↓ PASE A 838A	<input type="text"/> ↓ PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4
812	¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes? SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental? REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO	MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 1 AÑO)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
816	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓ MINOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓ MINOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPÍA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPÍA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)		CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	
		N° DE ORDEN		N° DE ORDEN	
		NOMBRE		NOMBRE	
816	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	MENOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	MENOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8		MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98		SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPÍA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y		HIPERMETROPÍA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8		MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN	N° DE ORDEN
		NOMBRE	NOMBRE
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←
827	¿Por qué motivo (NOMBRE) no usa lentes o anteojos siempre?	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, a menos de 30 centímetros ? SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	Cuando (NOMBRE) está en un lugar sin techo, haga o no haga calor, ¿Con qué frecuencia usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol, nunca, a veces o siempre? CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN	N° DE ORDEN
		NOMBRE	NOMBRE
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←
827	¿Por qué motivo (NOMBRE) no usa lentes o anteojos siempre?	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, a menos de 30 centímetros ? SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	Cuando (NOMBRE) está en un lugar sin techo, haga o no haga calor, ¿Con qué frecuencia usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol, nunca, a veces o siempre? CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

830	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 6 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓	MENOR DE 6 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	DE 6 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓	MENOR DE 6 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←	
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SALUD MENTAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

833	En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer, ¿(NOMBRE) asistió a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 PASE A 838A ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 PASE A 838A ←
-----	--	--	--

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la convivencia escolar. Sus respuestas son muy importantes para mejorar esta situación en los centros educativos del país.

834	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por un profesor o por una profesora?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
835	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por otro estudiante?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
836	¿(NOMBRE) tiene confianza para contarle sus cosas a algún profesor o profesora de su escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
837	¿Durante este año, alguna vez (NOMBRE) no quiso ir a su escuela o colegio por miedo a que alguien le pegue ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

830	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 6 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓	MENOR DE 6 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A	DE 6 A 11 AÑOS <input type="text"/> ↓	MENOR DE 6 AÑOS <input type="text"/> ↓ PASE A 838A
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←	
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SALUD MENTAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

833	En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer, ¿(NOMBRE) asistió a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 PASE A 838A ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 PASE A 838A ←
-----	--	--	--

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la convivencia escolar. Sus respuestas son muy importantes para mejorar esta situación en los centros educativos del país.

834	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por un profesor o por una profesora?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
835	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por otro estudiante?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
836	¿(NOMBRE) tiene confianza para contarle sus cosas a algún profesor o profesora de su escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
837	¿Durante este año, alguna vez (NOMBRE) no quiso ir a su escuela o colegio por miedo a que alguien le pegue ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)		SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	
	N° DE ORDEN	NOMBRE	N° DE ORDEN	NOMBRE
838	<p>¿Usted sabe a quien o donde pedir apoyo si (NOMBRE) sufre violencia física en su escuela o colegio?</p> <p>SI RESPONDE "SI", PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál es el nombre?</p> <p>¿En algún otro lugar?</p>	<p>CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A</p> <p>ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B</p> <p>DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C</p> <p>COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D</p> <p>UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)..... E</p> <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... F</p> <p>HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G</p> <p>COMISARÍA / POLICÍA..... H</p> <p>FISCALÍA..... I</p> <p>DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J</p> <p>DEMUNA..... K</p> <p>CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L</p> <p>IGLESIA..... M</p> <p>MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... Y</p>	<p>CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A</p> <p>ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B</p> <p>DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C</p> <p>COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D</p> <p>UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)..... E</p> <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... F</p> <p>HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G</p> <p>COMISARÍA / POLICÍA..... H</p> <p>FISCALÍA..... I</p> <p>DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J</p> <p>DEMUNA..... K</p> <p>CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L</p> <p>IGLESIA..... M</p> <p>MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... Y</p> <p>MISMA ESCUELA / COLEGIO..... Z</p>	
838A	<p>ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS</p>	<p>HORA.....</p> <p>MINUTOS.....</p>	<p>HORA.....</p> <p>MINUTOS.....</p>	

VERIFICACIÓN DEL CEPILLO Y CREMA DENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

839	VERIFIQUE PREGUNTA 809	CÓDIGO "1" (SI) CÓDIGO "2" (NO)		CÓDIGO "1" (SI) CÓDIGO "2" (NO)	
		<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900 </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900 </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900 </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900 </div>
840	<p>Por favor, ¿Podría mostrarme el cepillo dental y la crema dental con que (NOMBRE) se cepilla los dientes?</p> <p>VERIFIQUE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR DE LA CREMA DENTAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA</p> <p>SI NO USA CREMA DENTAL CIRCULE CÓDIGO "6" Y CONSISTENCIE CON PREGUNTA 814</p>	<p>A CEPILLO DENTAL</p> <p>MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1</p> <p>NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2</p> <p>EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO..... 3</p> <p>ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4</p> <p>B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR</p> <p>VALOR DE PPM</p> <p>1000 PPM O MÁS..... 1</p> <p>601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2</p> <p>HASTA 600 PPM..... 3</p> <p>NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM..... 4</p> <p>NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5</p> <p>NO USA CREMA DENTAL..... 6</p> <p>NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA..... 7</p> <p>MARCA..... MARCA DE CREMA DENTAL</p> <p>VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR..... 8</p> <p>VALOR Y UNIDADES</p> <p>OTRO..... 9</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	<p>A CEPILLO DENTAL</p> <p>MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1</p> <p>NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2</p> <p>EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO..... 3</p> <p>ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4</p> <p>B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR</p> <p>VALOR DE PPM</p> <p>1000 PPM O MÁS..... 1</p> <p>601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2</p> <p>HASTA 600 PPM..... 3</p> <p>NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM..... 4</p> <p>NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5</p> <p>NO USA CREMA DENTAL..... 6</p> <p>NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA..... 7</p> <p>MARCA..... MARCA DE CREMA DENTAL</p> <p>VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR..... 8</p> <p>VALOR Y UNIDADES</p> <p>OTRO..... 9</p> <p>ESPECIFIQUE</p>		

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
900	PESO (KILOGRAMOS)		
901	TALLA (CENTÍMETROS)		
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR..... 4 MEDIDO(A) PARCIALMENTE..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
902A	REGISTRE FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA EL REGISTRO DE LA PREGUNTA 902	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
903A	REGISTRE FECHA Y HORA DE INICIO DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
903	PRIMERA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA..... mmHg DIASTÓLICA..... mmHg	
904	HORA DE LA MEDICIÓN	HORA..... MINUTOS.....	
905	SEGUNDA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA..... mmHg DIASTÓLICA..... mmHg	
906	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
906A	REGISTRE LA FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA EL REGISTRO DE LA PREGUNTA 906	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
907A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL INICIO DE LA MEDICIÓN DESDE LA EXPLICACIÓN PARA MEDIR EL PERÍMETRO ABDOMINAL	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
907	PERÍMETRO ABDOMINAL (CENTÍMETROS)		
908	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
908A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA CULMINAR EL PROCEDIMIENTO (LA LIMPIEZA DE LAS MARCAS EN LA PIEL)	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA

CÓDIGO

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR

CÓDIGO

OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA

(Para ser llenado inmediatamente después de la medición del peso y talla)

TABLA DE CONVERSIÓN EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN EL 2023
(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual	Año de Nacimiento		Edad Actual	Año de Nacimiento		Edad Actual	Año de Nacimiento				
	No ha cumplido años en 2023	ha cumplido años en 2023		No ha cumplido años en 2023	ha cumplido años en 2023		No ha cumplido años en 2023	ha cumplido años en 2023			
	No Sabe			No Sabe			No Sabe				
14	>	2008	2009	44	>	1978	1979	74	>	1948	1949
15	>	2007	2008	45	>	1977	1978	75	>	1947	1948
16	>	2006	2007	46	>	1976	1977	76	>	1946	1947
17	>	2005	2006	47	>	1975	1976	77	>	1945	1946
18	>	2004	2005	48	>	1974	1975	78	>	1944	1945
19	>	2003	2004	49	>	1973	1974	79	>	1943	1944
20	>	2002	2003	50	>	1972	1973	80	>	1942	1943
21	>	2001	2002	51	>	1971	1972	81	>	1941	1942
22	>	2000	2001	52	>	1970	1971	82	>	1940	1941
23	>	1999	2000	53	>	1969	1970	83	>	1939	1940
24	>	1998	1999	54	>	1968	1969	84	>	1938	1939
25	>	1997	1998	55	>	1967	1968	85	>	1937	1938
26	>	1996	1997	56	>	1966	1967	86	>	1936	1937
27	>	1995	1996	57	>	1965	1966	87	>	1935	1936
28	>	1994	1995	58	>	1964	1965	88	>	1934	1935
29	>	1993	1994	59	>	1963	1964	89	>	1933	1934
30	>	1992	1993	60	>	1962	1963	90	>	1932	1933
31	>	1991	1992	61	>	1961	1962	91	>	1931	1932
32	>	1990	1991	62	>	1960	1961	92	>	1930	1931
33	>	1989	1990	63	>	1959	1960	93	>	1929	1930
34	>	1988	1989	64	>	1958	1959	94	>	1928	1929
35	>	1987	1988	65	>	1957	1958	95	>	1927	1928
36	>	1986	1987	66	>	1956	1957	96	>	1926	1927
37	>	1985	1986	67	>	1955	1956	97	>	1925	1926
38	>	1984	1985	68	>	1954	1955	98	>	1924	1925
39	>	1983	1984	69	>	1953	1954	99	>	1923	1924
40	>	1982	1983	70	>	1952	1953	100	>	1922	1923
41	>	1981	1982	71	>	1951	1952	101	>	1921	1922
42	>	1980	1981	72	>	1950	1951	102	>	1920	1921
43	>	1979	1980	73	>	1949	1950	103	>	1919	1920

ENERO

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

FEBRERO

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

MARZO

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

ABRIL

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

MAYO

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

JUNIO

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

JULIO

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

AGOSTO

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

SEPTIEMBRE

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

OCTUBRE

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

NOVIEMBRE

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

DICIEMBRE

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

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

[illegible]

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a document template. There are no margins, text, or other markings present.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA NACIONAL

35

