

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola. Mi nombre es _____. Estoy trabajando para el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Estamos realizando una encuesta sobre salud materno infantil en toda la República Dominicana. La información que recolectamos ayudará al gobierno a planear los servicios de salud. Su hogar ha sido seleccionado para la encuesta, la cual tomará entre 30 y 60 minutos. Toda la información que nos suministre será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas excepto a los supervisores de la encuesta. Su participación en esta entrevista es voluntaria pero esperamos que usted participe en esta entrevista pues sus opiniones son importantes. Si le hiciera alguna pregunta que no quiera responder, déjeme saber y continuaré con las siguientes preguntas o usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Si usted necesita más información sobre la encuesta, puede contactar la persona listada en la tarjeta que se le ha entregado a su hogar.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Puedo empezar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____

LA MUJER ACEPTA SER ENTREVISTADA ... 1 LA MUJER NO ACEPTA SER ENTREVISTADA ... 2 → FIN

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿En qué mes y año nació usted?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 9998	
103	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 102 Y/O 103 SI INCONSISTENTES	EDAD AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI 1 NO 2	→ 108
105	¿Cuál fue el nivel más alto al que asistió: primaria, secundaria o universitaria?	PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 UNIVERSITARIA 3	
106	¿Cuál fue el último año de estudios que usted aprobó en ese nivel? SI COMPLETÓ MENOS DE 1 AÑO EN ESE NIVEL ANOTE 00	CURSO <input type="text"/> <input type="text"/>	
106A	VERIFIQUE 103: 15-29 AÑOS <input type="checkbox"/> 30 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>		→ 107
106B	¿Actualmente está usted asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI 1 NO 2	→ 106D
106C	¿Cómo diría que es la calidad de la educación que está recibiendo...	MUY BUENA?..... 1 BUENA?..... 2 REGULAR?..... 3 MALA?..... 4 MUY MALA?..... 5	→ 107

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	SI 1 NO 2	→ 206
202	De los hijos o hijas que usted tuvo, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI 1 NO 2	→ 204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (hembras) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted algun hijo o alguna hija que está vivo o viva pero que no están viviendo con usted?	SI 1 NO 2	→ 206
205	¿Cuántos hijos (varones) están vivos pero no viven con usted? ¿Y cuántas hijas (hembras) están vivas pero no viven con usted? SI NINGUNO(A), ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI 'NO', SONDEE: ¿Tuvo usted algún niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que solamente vivió pocas horas o días?	SI 1 NO 2	→ 208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (hembras) han muerto? SI NINGUNO(A), ESCRIBA '00'.	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00".	TOTAL DE NACIMIENTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en total ____ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SONDEE Y CORRIJA 201-208 SI ES NECESARIO.		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		→ 226

211 Ahora me gustaría registrar todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el (la) primer(a) que tuvo.
 ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.
 (SI HAY MAS DE 12 NACIMIENTOS, UTILICE UN CUESTIONARIO ADICIONAL, EMPEZANDO CON LA SEGUNDA FILA).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer) (segundo), (tercer), (etc.) hijo o hija? REGISTRE NOMBRE. NÚMERO DE ORDEN DEL NACIMIENTO.	Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO, ANOTE '00'.	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO(A) DEL CUESTIONARIO DE HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTÁ LISTADO).	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI '1 AÑO' INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE : 'DÍAS', SI MENOS DE 1 MES; 'MESES', SI MENOS DE 2 AÑOS; O 'AÑOS' SI 2 O MÁS.	Hubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO PREVIO) y (NOMBRE), incluyendo aquellos que murieron recién nacidos?
01 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PRÓX. NAC.)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.
03 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.
04 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.
05 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.
06 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.
07 _____ (NOMBRE)	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 AGREGUE ↙ NACIM. NO ... 2 PRÓXIMO ↙ NACIM.

212	213	214	215	216	217 ESTÁ VIVO:	218 ESTÁ VIVO:	219 ESTÁ VIVO:	220 ESTÁ MUERTO:	221
¿Cuál es el nombre de su (primer) (segundo), (tercer), (etc.) hijo o hija? REGISTRE NOMBRE. NÚMERO DE ORDEN DEL NACIMIENTO.	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE '00'.	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. DE HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTÁ LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI '1 AÑO' INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE : 'DÍAS', SI MENOS DE 1 MES; 'MESES', SI MENOS DE 2 AÑOS; O 'AÑOS' SI 2 O MÁS.	Hubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO PREVIO) y (NOMBRE), incluyendo aquellos que murieron recién nacidos?
08	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 NO 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PROX. NAC.)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
09	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 NO 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 AGREGUE ← NACIM. NO. 2 PRÓXIMO ← NACIM.
10	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 NO 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 AGREGUE ← NACIM. NO. 2 PRÓXIMO ← NACIM.
11	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 NO 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 AGREGUE ← NACIM. NO. 2 PRÓXIMO ← NACIM.
12	VAR ... 1 HEM ... 2	ÚNICO ... 1 MULT. ... 2	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ... 1 NO ... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 NO 2	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 221)	DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SI 1 AGREGUE ← NACIM. NO. 2 PRÓXIMO ← NACIM.
222	¿Hubo algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE 'SI', SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.					SI 1 NO 2			
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: EL NÚMERO ES IGUAL <input type="checkbox"/> EL NÚMERO ES DIFERENTE <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA)								
224	VERIQUE 215: ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN 2008 O DESPUÉS.					NÚMERO DE NACIMIENTOS <input type="text"/> NINGUNO 0			

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8	<input type="checkbox"/> → 230
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE NÚMERO DE MESES COMPLETOS.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento?	SI 1 NO 2	→ 230
229	¿Deseaba tener un hijo más tarde o no quería tener (más) hijos?	MÁS TARDE 1 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS 2	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	→ 238
231	¿En qué mes y año terminó el último de estos embarazos?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ EN ENERO DEL 2008 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2008 <input type="checkbox"/>		→ 238
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo (pérdida, aborto o nacido muerto)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Desde Enero de 2008 ¿ha tenido usted algún otro embarazo que no resultó en un nacido vivo?	SI 1 NO 2	
236	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes de 2008?	SI 1 NO 2	→ 238
237	¿En qué mes y año ocurrió el último embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes de 2008?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
238	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ (FECHA, SI LA DÁ)	HACE DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> MENOPAÚSICA/ HISTERECTOMIZADA 994 ANTES DE ÚLTIMO NACIMIENTO 995 NUNCA HA MENSTRUADO 996	
239	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 301
240	Para usted, cuáles son esos días: ¿justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, o en la mitad del ciclo menstrual?	JUSTO ANTES QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINAR LA MENSTRUACIÓN 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. ¿Ha oído hablar de (MÉTODO)?			
01	Esterilización Femenina (Prepararse). INDAGUE: Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2		
02	Esterilización Masculina (Vasectomía) INDAGUE: Los hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2		
03	DIU. INDAGUE: Las mujeres pueden pedirle a un médico o enfermera que le coloque un aparato (espiral, anillo o una T de cobre, mirena) en la matriz.	SI..... 1 NO..... 2		
04	Inyecciones. INDAGUE: Las mujeres pueden pedirle a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 NO..... 2		
05	Implantes. INDAGUE: Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar quedar embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 NO..... 2		
06	Píldoras o Pastillas. INDAGUE: Las mujeres pueden tomar todos los días una píldora o pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2		
07	Condón Masculino. INDAGUE: Los hombres se pueden poner una fundita de goma en el pene durante las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2		
08	Condón Femenino. INDAGUE: Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma antes de las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2		
09	Método de Lactancia y Amenorrea (MELA). INDAGUE: Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los 6 primeros meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar quedar embarazada	SI..... 1 NO..... 2		
10	Método del Ritmo. INDAGUE: Para evitar quedar embarazadas, las mujeres no tienen relaciones sexuales en los días del mes en los cuales creen que pueden quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2		
11	Retiro. INDAGUE: Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual.	SI..... 1 NO..... 2		
12	Anticoncepción de Emergencia. INDAGUE: Como una medida de emergencia, dentro de los tres días siguientes después de haber tenido relaciones sexuales, las mujeres pueden tomar pastillas especiales.	SI..... 1 NO..... 2		
13	¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2		
302	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> O INSEGURA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		→ 313	
303	¿Está usted o su marido preparada/o (esterilizada/o) o está/n usando actualmente algún otro método o haciendo algo para evitar (o postergar) tener hijos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 313	
304	¿Qué método(s) está(n) usando? CIRCULE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	ESTERILIZACIÓN FEMENINA A ESTERIL. MASCUL. (VASECTOMÍA) .. B DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) .. C INYECCIONES D IMPLANTES E PASTILLAS/PÍLDORA F CONDÓN MASCULINO G CONDÓN FEMENINO H MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) .. I MÉTODO DEL RITMO J RETIRO K OTRO MÉTODO MODERNO X OTRO MÉTODO TRADICIONAL Y		→ 308A
307	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA(MSP)...11 HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO...12 OTRO DEL SECTOR PÚBLICO 13 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA PRIVADA 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA 22 OTRO DEL SECTOR PRIVADO/ONG 23 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98		

308	¿En qué mes y año tuvo lugar la esterilización (operación)?	MES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
308A	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) sin parar? SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO ACTUAL) en forma continua sin parar?	AÑO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
309	VERIFIQUE 308/308A, 215 Y 231: UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DE COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN EN 308/308A REGRESE A 308/308A, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	→ 314								
313	¿Ha usado usted alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar quedar embarazada?	SI 1 NO 2	→ 401								
314	VERIFIQUE 304: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI HAY MÁS DE UN METODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO CÓDIGO CIRCULADO.....00 ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....01 ESTERIL. MASCUL. (VASECTOMÍA)....02 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) . . .03 INYECCIONES04 IMPLANTES05 PASTILLAS/PILDORA06 CONDÓN MASCULINO07 CONDÓN FEMENINO08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) . .09 MÉTODO DEL RITMO10 RETIRO11 OTRO MÉTODO MODERNO.....95 OTRO MÉTODO TRADICIONAL96	→ 401 → 317A → 401 → 315A → 401								
315	Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA DE PREGUNTA 308/308A), ¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo?	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE RED PÚBLICA (MSP) 11 CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS).....12 CLÍNICA RURAL, CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) DEL MSP.....13 PROMOTOR/A DE SALUD.....14 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO15 (ESPECIFIQUE)									
315A	¿Dónde aprendió a usar el (método del ritmo)(MELA)? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO.....21 CLÍNICA DE PROFAMILIA.....22 PROMOTOR/A ONG's.....23 FARMACIA.....24 OTRO PRIVADO25 (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE COLMADO/SUPERMERCADO.....31 HOTEL/MOTEL.....32 AMIGO/FAMILIAR.....33 OTRO96 (ESPECIFIQUE)									
316	SI HAY MÁS DE UN METODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) . . .03 INYECCIONES.04 IMPLANTES05 PASTILLAS/PILDORA06 CONDÓN MASCULINO07 CONDÓN FEMENINO08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) . .09 MÉTODO DEL RITMO10	→ 323 → 320 → 401 → 401								
317	¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	SI 1 NO 2	→ 319								
317A	¿Cuando usted se esterilizó, le informaron sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener con el método?										
318	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?	SI 1 NO 2	→ 320								
319	¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o problemas?	SI 1 NO 2									
320	VERIFIQUE 317: CÓDIGO '1' CIRCULADO <input type="checkbox"/> ↓ En ese momento, le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar? CÓDIGO '1' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/> ↓ Cuando obtuvo (MÉTODO ACTUAL DE 314) en (FUENTE DE MÉTODO EN 307 o 315) ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?	SI 1 NO 2	→ 322								

321	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI 1 NO 2	
322	VERIFIQUE 304: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI HAY MÁS DE UN MÉTODO CIRCULADO EN 304, CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01 ESTERIL. MASCUL. (VASECTOMÍA) 02 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTI..... 03 INYECCIONES 04 IMPLANTES (NORPLANT)..... 05 PASTILLAS/PÍLDORA 06 CONDÓN MASCULINO 07 CONDÓN FEMENINO 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA) . 09 RITMO 10 RETIRO 11 OTRO MÉTODO MODERNO 95 OTRO MÉTODO TRADICIONAL 96	→ 401 → 401
323	¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) la última vez? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE CADA FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO <hr/> (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE RED PÚBLICA (MSP) 11 CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS).....12 CLÍNICA RURAL,CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) DEL MSP.....13 PROMOTOR/A DE SALUD.....14 OTRO DEL SECTOR PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO.....21 CLÍNICA DE PROFAMILIA.....22 PROMOTOR/A ONG's.....23 FARMACIA.....24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE COLMADO/SUPERMERCADO.....31 HOTEL/MOTEL.....32 AMIGO/FAMILIAR.....33 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 4. EMBARAZO Y CUIDADO POSTNATAL

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS EN 2008 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO EN 2008 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> → 556								
402	VERIFIQUE 215: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2008. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño uno por uno.								
403	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 342 643 422">NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS</th> <th data-bbox="643 342 846 422">ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/></th> <th data-bbox="846 342 1032 422">PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/></th> <th data-bbox="1032 342 1159 422">ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/></th> </tr> </table>	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>				
NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>						
404	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 422 643 501">DE 212 Y 216:</th> <th data-bbox="643 422 846 501">NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></th> <th data-bbox="846 422 1032 501">NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></th> <th data-bbox="1032 422 1159 501">NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></th> </tr> </table>	DE 212 Y 216:	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>				
DE 212 Y 216:	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>						
405	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 501 643 569">Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?</th> <th data-bbox="643 501 846 569">SI 1 (PASE A 408) ←</th> <th data-bbox="846 501 1032 569">SI 1 (PASE A 430) ←</th> <th data-bbox="1032 501 1159 569">SI 1 (PASE A 430) ←</th> </tr> <tr> <td></td> <td>NO 2</td> <td>NO 2</td> <td>NO 2</td> </tr> </table>	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?	SI 1 (PASE A 408) ←	SI 1 (PASE A 430) ←	SI 1 (PASE A 430) ←		NO 2	NO 2	NO 2
Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?	SI 1 (PASE A 408) ←	SI 1 (PASE A 430) ←	SI 1 (PASE A 430) ←						
	NO 2	NO 2	NO 2						
406	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 569 643 636">Deseaba tener un bebé más adelante o no quería tener (más) hijos?</th> <th data-bbox="643 569 846 636">MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 408) ←</th> <th data-bbox="846 569 1032 636">MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←</th> <th data-bbox="1032 569 1159 636">MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←</th> </tr> </table>	Deseaba tener un bebé más adelante o no quería tener (más) hijos?	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 408) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←				
Deseaba tener un bebé más adelante o no quería tener (más) hijos?	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 408) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←						
407	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 636 643 743">¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?</th> <th data-bbox="643 636 846 743">MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998</th> <th data-bbox="846 636 1032 743">MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998</th> <th data-bbox="1032 636 1159 743">MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998</th> </tr> </table>	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998				
¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998	MESES 1 <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> NO SABE 998						
408	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 743 643 810">¿Cuándo usted estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?</th> <th data-bbox="643 743 846 810">SI 1 NO 2 (PASE A 415) ←</th> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	¿Cuándo usted estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?	SI 1 NO 2 (PASE A 415) ←						
¿Cuándo usted estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?	SI 1 NO 2 (PASE A 415) ←								
409	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 810 643 1104">¿Con quién se chequeó? ¿Alguien más? SONDEE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE PERSONA Y MARQUE TODAS LAS QUE SEAN MENCIONADAS.</th> <td data-bbox="643 810 1159 1104"> PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA X (ESPECIFIQUE) </td> </tr> </table>	¿Con quién se chequeó? ¿Alguien más? SONDEE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE PERSONA Y MARQUE TODAS LAS QUE SEAN MENCIONADAS.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA X (ESPECIFIQUE)						
¿Con quién se chequeó? ¿Alguien más? SONDEE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE PERSONA Y MARQUE TODAS LAS QUE SEAN MENCIONADAS.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA X (ESPECIFIQUE)								
410	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 1104 643 1518">¿Dónde recibí atención prenatal para este embarazo? ¿Algún otro sitio? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))</th> <td data-bbox="643 1104 1159 1518"> HOGAR SU HOGAR..... A OTRO HOGAR..... B SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... C HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)....D OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO E (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... F CLÍNICA PROFAMILIA.....G OTRO DEL SECTOR PRIVADO/ONG..... H OTRO X (ESPECIFIQUE) </td> </tr> </table>	¿Dónde recibí atención prenatal para este embarazo? ¿Algún otro sitio? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	HOGAR SU HOGAR..... A OTRO HOGAR..... B SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... C HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)....D OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO E (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... F CLÍNICA PROFAMILIA.....G OTRO DEL SECTOR PRIVADO/ONG..... H OTRO X (ESPECIFIQUE)						
¿Dónde recibí atención prenatal para este embarazo? ¿Algún otro sitio? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	HOGAR SU HOGAR..... A OTRO HOGAR..... B SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... C HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)....D OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO E (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... F CLÍNICA PROFAMILIA.....G OTRO DEL SECTOR PRIVADO/ONG..... H OTRO X (ESPECIFIQUE)								
411	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 1518 643 1585">¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se chequeó por primera vez?</th> <td data-bbox="643 1518 1159 1585"> MESES <input type="text"/> NO SABE 98 </td> </tr> </table>	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se chequeó por primera vez?	MESES <input type="text"/> NO SABE 98						
¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se chequeó por primera vez?	MESES <input type="text"/> NO SABE 98								
412	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="427 1585 643 1673">¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante el embarazo de (NOMBRE)?</th> <td data-bbox="643 1585 1159 1673"> NÚMERO DE VECES... <input type="text"/> NO SABE 98 </td> </tr> </table>	¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante el embarazo de (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES... <input type="text"/> NO SABE 98						
¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante el embarazo de (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES... <input type="text"/> NO SABE 98								

	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	PEÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>
412A	Durante este embarazo ¿le ofrecieron hacerle una prueba de Sífilis?	SI 1 NO 2 (PASE A 413) ← NO SABE 8		
412B	No quiero saber los resultados pero ¿le hicieron la prueba de Sífilis como parte de su control prenatal?	SI 1 NO 2 (PASE A 413) ← NO SABE 8		
412C	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron la prueba de Sífilis?	MESES .. <input type="text"/> NO SABE 98		
412D	No quiero saber los resultados pero ¿recibió los resultados de la prueba de Sífilis?	SI 1 NO 2		
413	Durante el embarazo ¿ Cuántas veces A la pesaron? B le tomaron la presión arterial? C le hicieron examen de orina? D le hicieron examen de sangre? E le midieron la barriga? F le escucharon latidos del corazón al bebé SI LA RESPUESTA ES NO ANOTE '00'.	NO. DE VECES PESARON <input type="text"/> PRESIÓN ARTERIAL <input type="text"/> ORINA .. <input type="text"/> SANGRE .. <input type="text"/> BARRIGA <input type="text"/> LATIDO BEBÉ <input type="text"/>		
414	Durante sus chequeos de este embarazo alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI 1 NO 2 NO SABE .. <input type="text"/> 8		
415	Durante este embarazo, ¿le pusieron una vacuna en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI 1 NO 2 (PASE A 418) ← NO SABE .. <input type="text"/> 8		
416	Durante este embarazo ¿cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica?	VECES <input type="text"/> NO SABE .. <input type="text"/> 8		
417	VERIFIQUE 416:	2 O MÁS VECES <input type="text"/> OTRA <input type="text"/> (PASE A 421)		
418	¿En algún momento <u>antes</u> de este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica?	SI 1 NO 2 (PASE A 421) ← NO SABE .. <input type="text"/> 8		
419	¿Antes de este embarazo, cuántas veces recibió usted una vacuna antitetánica? SI 7 O MÁS VECES, REGISTRE '7'.	VECES .. <input type="text"/> NO SABE .. <input type="text"/> 8		
420	¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes de este embarazo?	HACE AÑOS <input type="text"/>		
421	Durante este embarazo, ¿tomó hierro en pastilla o jarabe, o recibió inyecciones de hierro (sulfato ferroso)?	SI .. <input type="text"/> 1 NO .. <input type="text"/> 2 (PASE A 422A) ← NO SABE 8		
422	Durante todo el embarazo, ¿Por cuántos días tomó hierro en pastilla, jarabe o inyección? SI RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR NÚMERO APROXIMADO DE DÍAS.	DIAS <input type="text"/> NO SABE 998		
422A	Durante este embarazo, ¿tomó calcio en pastilla?	SI .. <input type="text"/> 1 NO .. <input type="text"/> 2 (PASE A 423) ← NO SABE 8		
422B	Durante todo el embarazo, ¿Por cuántos días tomó calcio en pastilla? SI RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR NÚMERO APROXIMADO DE DÍAS.	DÍAS <input type="text"/> NO SABE 998		
423	Durante este embarazo, ¿tomó algún medicamento contra los parásitos intestinales?	SI .. <input type="text"/> 1 NO .. <input type="text"/> 2 NO SABE 8		

	NUMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS
430	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño/a?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO(NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO(NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO(NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
431	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ← NO SABE..... 8
432	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? REGISTRE EL PESO EN LIBRAS Y ONZAS QUE APARECE EN LA TARJETA DE SALUD, SI ESTÁ DISPONIBLE.	PESO DE LA TARJETA LBS. ONZ. 1 [][] [][] PESO SEGÚN RECUERDA LBS. ONZ. 2 [][] [][] NO SABE... 99998	PESO DE LA TARJETA LBS. ONZ. 1 [][] [][] PESO SEGÚN RECUERDA LBS. ONZ. 2 [][] [][] NO SABE... 99998	PESO DE LA TARJETA LBS. ONZ. 1 [][] [][] PESO SEGÚN RECUERDA LBS. ONZ. 2 [][] [][] NO SABE... 99998
433	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguien más? SONDEE POR EL TIPO DE PERSONA(S) Y MARQUE TODAS LAS QUE SON MENCIONADAS.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NADIE ASISTIÓ..... Y	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NADIE ASISTIÓ..... Y	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA..... F PROMOTOR/A DE SALUD..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NADIE ASISTIÓ..... Y
434	¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOGAR SU HOGAR..... 11 (PASE A 438) ← OTRO HOGAR..... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... 21 HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... 22 OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO..... 23 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... 31 CLÍNICA PROFAMILIA..... 32 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO/ONG..... 36 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438) ←	HOGAR SU HOGAR..... 11 (PASE A 438) ← OTRO HOGAR..... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... 21 HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... 22 OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO..... 23 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... 31 CLÍNICA PROFAMILIA..... 32 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO..... 36 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438) ←	HOGAR SU HOGAR..... 11 (PASE A 438) ← OTRO HOGAR..... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... 21 HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... 22 OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO..... 23 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... 31 CLÍNICA PROFAMILIA..... 32 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO..... 36 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438) ←
434A	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)? SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS..... 1 [][] DÍAS..... 2 [][] SEMANAS... 3 [][] NO SABE... 998		

	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
435	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea, es decir, tuvieron que hacerle una operación para sacarle el bebé?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
436	Me gustaría hablarle sobre chequeos a su salud después del parto. ¿Algún profesional de la salud le chequeó su salud mientras usted estaba todavía en el establecimiento?	SI 1 (PASE A 439) ← NO 2		
437	Después de que usted fue dada de alta ¿alguna persona le chequeó su salud?	SI 1 (PASE A 439) ← NO 2 (PASE A 442) ←		
438	¿Alguna persona le chequeó su salud después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 442) ←		
439	¿Quién le chequeó su salud en ese momento? INDAGUE PARA DETERMINAR LA PERSONA MÁS CALIFICADA.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL.....11 GINECÓLOGO/ OBSTETRA..... 12 MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD.....13 MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... 14 ENFERMERA.....'15 OTRA PERSONA COMADRONA/ PARTERA 21 PROMOTORA/ DE SALUD..... 22 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)		
440	¿Cuánto tiempo después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo? SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS . 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
442	Desde el nacimiento de (NOMBRE) hasta antes de cumplir los dos meses, ¿algún profesional (trabajador) de salud le chequeó la salud a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 446) ← NO SABE 8		
443	¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo lugar el primer chequeo del bebé? SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS.. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS.. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS.. 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
444	¿Quién chequeó la salud de (NOMBRE) en ese momento? INDAGUE PARA DETERMINAR LA PERSONA MÁS CALIFICADA.	PERSONAL DE SALUD MÉDICO GENERAL.....11 MÉDICO PEDIATRA..... 12 MÉDICO OTRA..... ESPECIALIDAD..... 13 MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... 14 ENFERMERA.....15 OTRA PERSONA PROMOTORA/ DE SALUD..... 21 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)		

	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>
445	¿Dónde tuvo lugar el primer chequeo de (NOMBRE)? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOGAR SU HOGAR 11 OTRO HOGAR 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA DEL MSP..... 21 HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)....22 OTRO SITIO DEL SECTOR PÚBLICO 23 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA O CENTRO DEL SECTOR PRIVADO..... 31 CLÍNICA PROFAMILIA..... 32 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO/ONG.....36 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)		
446	En los primeros dos meses después del parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como (ésta/alguna de éstas)? MUESTRE LOS TIPOS COMUNES DE AMPOLLETAS/CÁPSULAS/JARABES.	SI 1 NO 2 NO SABE 8		
447	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 (PASE A 449) ← NO 2 (PASE A 450) ←		
448	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI 1 NO 2 (PASE A 452) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 452) ←
449	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES <input type="text"/> NO SABE 98	MESES <input type="text"/> NO SABE 98	MESES <input type="text"/> NO SABE 98
450	VERIFIQUE 226: SI LA ENTREVISTADA ESTÁ EMBARAZADA O NO.	NO <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA (PASE A 452) <input type="checkbox"/>		
451	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 453) ←		
452	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo usted relaciones sexuales?	MESES <input type="text"/> NO SABE 98	MESES <input type="text"/> NO SABE 98	MESES <input type="text"/> NO SABE 98
453	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI 1 (PASE A 455) ← NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
454	VERIFIQUE 404: EL NIÑO/A ESTÁ VIVO/A?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 460B) (REGRESE A 405 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501)		
455	¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE UNA HORA, ANOTE '00' HORAS. SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE ... 000 HORAS... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/>		
456	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI 1 NO 2 (PASE A 458) ←		

	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/>
457	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)? ¿Algo más? REGISTRE TODOS LOS LÍQUIDOS MENCIONADOS.	LECHE (DIFERENTE A LA MATERNA) A AGUA SOLA B AGUA AZUCARADA O GLUCOSADA C SOLUCIÓN DE AGUA/SAL/AZÚCAR D JUGO DE FRUTAS E FÓRMULA INFANTIL F TE/INFUSIÓN G CAFÉ H MIEL I OTRO X (ESPECIFIQUE)		
458	VERIFIQUE 404: SI EL NIÑO/A ESTÁ VIVO O MUERTO.	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 461)
459	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2		
460	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
460A	¿Durante cuántos meses le dió (le está dando) el seno a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE 00	MESES <input type="text"/> TODAVÍA LE ESTA DANDO SENO 94 NUNCA DIO EL SENO 95 NO SABE 98	MESES <input type="text"/> TODAVÍA LE ESTA DANDO SENO 94 NUNCA DIO EL SENO 95 NO SABE 98	MESES <input type="text"/> TODAVÍA LE ESTA DANDO SENO 94 NUNCA DIO EL SENO 95 NO SABE 98
460B	VERIFIQUE 213: SI EL NIÑO/A ES VARÓN O HEMBRA	VARÓN <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> (PASE A 461)	VARÓN <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> (PASE A 461)	VARÓN <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> (PASE A 461)
460C	Algunas veces a los hijos varones se les practica una pequeña operación en el pene que se llama circuncisión ¿le hicieron esta operación a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
461		REGRESE A 405 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501.	REGRESE A 405 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501.	REGRESE A 405 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 501.

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

501	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO EN EL 2008 O DESPUÉS. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL.																																																																																																																																																																																																																																		
502	NÚMERO DE ORDEN DE 212 EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO EN HISTORIA DE NACIMIENTOS ... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																															
503	DE 212 Y 216:	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 504 EN LA PRÓXIMA COLUMNA, O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 504 EN LA PRÓXIMA COLUMNA, O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> PASE A 504 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE UN NUEVO CUESTIONARIO, O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)																																																																																																																																																																																																																															
504	¿Tiene usted una tarjeta donde están registradas las vacunas de (NOMBRE)? SI RESPONDE 'SI': Por favor, ¿puedo ver la tarjeta?	SI, VISTO 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTO 2 (PASE A 509) ← NO TARJETA/CARNÉ ... 3	SI, VISTO 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTO 2 (PASE A 509) ← NO TARJETA/CARNÉ ... 3	SI, VISTO 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTO 2 (PASE A 509) ← NO TARJETA/CARNÉ ... 3																																																																																																																																																																																																																															
505	¿Tuvo usted alguna vez una tarjeta de vacunación para (NOMBRE)?	SI 1 (PASE A 509) ← NO 2	SI 1 (PASE A 509) ← NO 2	SI 1 (PASE A 509) ← NO 2																																																																																																																																																																																																																															
506	(1) COPIE LAS FECHAS DE LA TARJETA. (2) ESCRIBA '44' EN LA COLUMNA 'DÍA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA, PERO SIN FECHA.																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ÚLTIMO NACIMIENTO</th> <th colspan="3">PENÚLTIMO NACIMIENTO</th> <th colspan="3">ANTEPENÚLTIMO NACIM.</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HEPATITIS B RECIEN NACIDO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>HEP</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>HEP</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>P3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PENTA 1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PENTA 2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PENTA 3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>PTA3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT 1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT 2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT 3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>D3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SRP/TRIPLE VIRAL</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>SRP</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>SRP</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ROTAVIRUS 1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ROTAVIRUS 2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ROTAVIRUS 3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>RO3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SARAMPIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>SAR</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>SAR</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VITAMINA A (MÁS RECIENTE)</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>VIT A</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>VIT A</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						ÚLTIMO NACIMIENTO			PENÚLTIMO NACIMIENTO			ANTEPENÚLTIMO NACIM.			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B RECIEN NACIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENTA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENTA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENTA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SRP/TRIPLE VIRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VITAMINA A (MÁS RECIENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ÚLTIMO NACIMIENTO			PENÚLTIMO NACIMIENTO			ANTEPENÚLTIMO NACIM.																																																																																																																																																																																																																												
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																										
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
HEPATITIS B RECIEN NACIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
PENTA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTA3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
DPT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
DPT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
DPT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
SRP/TRIPLE VIRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
ROTAVIRUS 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
ROTAVIRUS 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
ROTAVIRUS 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
VITAMINA A (MÁS RECIENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																								
507	VERIFIQUE 506:	BCG A SARAMPIÓN: TODAS REGISTRADAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 511)	BCG A SARAMPIÓN: TODAS REGISTRADAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 511)	BCG A SARAMPIÓN: TODAS REGISTRADAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 511)																																																																																																																																																																																																																															

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
508	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en la tarjeta, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas nacionales de vacunación? REGISTRE 'SI' SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA POR LO MENOS UNA DE LAS VACUNAS EN 506 QUE NO APARECEN REGISTRADAS COMO QUE FUERON APLICADAS.	SI 1 (SONDEE POR ←) VACUNAS Y ESCRIBA '66' EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE 'DÍA' EN 506) (PASE A 511) ← NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 (SONDEE POR ←) VACUNAS Y ESCRIBA '66' EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE 'DÍA' EN 506) (PASE A 511) ← NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 (SONDEE POR ←) VACUNAS Y ESCRIBA '66' EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE DE 'DÍA' EN 506) (PASE A 511) ← NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8
509	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas nacionales de vacunación?	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8
510	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:			
510A	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que generalmente deja una cicatriz?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
510B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra el polio, esto es, gotas en la boca?	SI 1 NO 2 (PASE A 510E) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510E) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510E) ← NO SABE 8
510C	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el polio en las dos primeras semanas de nacido/a o más tarde?	PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS TARDE 2	PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS TARDE 2	PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS TARDE 2
510D	¿Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra el polio?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>
510E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Penta que es una inyección que generalmente se pone en las nalgas o en la pierna, a los dos, a los cuatro, y a los seis meses de nacido?	SI 1 NO 2 (PASE A 510G) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510G) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510G) ← NO SABE 8
510F	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna Penta a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>
510G	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT que es una inyección que se pone a los niños en vez de la Penta a los dos, a los cuatro, y a los seis meses de nacido?	SI 1 NO 2 (PASE A 510I) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510I) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 510I) ← NO SABE 8
510H	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna DPT a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>
510I	¿Recibió una inyección contra el sarampión, (SRP-Triple viral)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
510J	¿Recibió la vacuna rotavirus contra un virus que causa diarrea que se aplica en gotas por la boca a los dos, cuatro y seis meses?	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 511) ← NO SABE 8
510K	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna de Rotavirus a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/>
511	¿En los últimos seis meses (NOMBRE) recibió una dosis de vitamina A como (ésta/alguna de éstas)? MUESTRE LOS TIPOS COMUNES DE AMPOLLETAS/CÁPSULAS/JARABES.	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
512	¿En los últimos 7 días, (NOMBRE) tomó pastillas de hierro, granitos de hierro, o jarabe de hierro como (éste/alguno de éstos)? MUESTRE LOS TIPOS COMUNES DE PASTILLAS/JARABES.	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
513	¿Recibió (NOMBRE) algún medicamento para los parásitos intestinales en los últimos seis meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
514	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
515	¿Había sangre en las evacuaciones de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
516	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la diarrea (incluyendo leche materna). ¿Le dio de beber menos de lo usual, la misma cantidad de líquidos, o más que lo usual? SI 'MENOS', INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado, o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8
517	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dio de comer menos de lo usual, la misma cantidad de comida, más que lo usual o no le dio comida? SI 'MENOS', INDAGUE: ¿Le dio mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD 3 MÁS CANTIDAD 4 DEJÓ DE DARLE 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8
518	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 522) ←
519	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? ¿En algún otro lugar? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS)..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A..... F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ (ESPECIFIQUE) G OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO.... H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)
520	VERIFIQUE 519:	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←	DOS O MÁS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 522) ←
521	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS ALFABÉTICOS DE LA PREGUNTA 519	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR . . . <input type="checkbox"/>
522	Desde que (NOMBRE) empezó a tener la diarrea, le dio de beber algo de lo siguiente: a) ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre? b) ¿Pedialite? c) ¿Una solución de suero casero	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8	SI NO NS SOLUCIÓN PAQ. SRO . . . 1 2 8 PEDIALITE 1 2 8 SOLUCIÓN CASERA . . . 1 2 8

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
523	¿Le dio algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea?	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 525) ← NO SABE 8
524	¿Qué (más) le dio para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODOS LOS TRATAMIENTOS MENCIONADOS.	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE .. E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H SUERO INTRAVENOSO I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE .. E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H SUERO INTRAVENOSO I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRO (NI ANTIBIÓTICO, NI ANTIMOTÍLICO, NI ZINC) D NO SABE TIPO DE PASTILLA/JARABE .. E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN H SUERO INTRAVENOSO I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS J OTRO X (ESPECIFIQUE)
525	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
527	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI 1 NO 2 (PASE A 530) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 530) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 530) ← NO SABE 8
528	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿respiraba más rápido que lo usual con respiros rápidos y cortos, o tuvo dificultad para respirar?	SI 1 NO 2 (PASE A 531) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 531) ← NO SABE 8	SI 1 NO 2 (PASE A 531) ← NO SABE 8
529	La respiración rápida o agitada de (NOMBRE), ¿fue debida a algún problema en el pecho o porque (NOMBRE) tenía la nariz bloqueada o mucosa?	SÓLO PECHO 1 SÓLO NARIZ 2 PECHO Y NARIZ 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←	SÓLO PECHO 1 SÓLO NARIZ 2 PECHO Y NARIZ 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←	SÓLO PECHO 1 SÓLO NARIZ 2 PECHO Y NARIZ 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←
530	VERIFIQUE 525: TUVO FIEBRE?	SI <input type="checkbox"/> NO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	SI <input type="checkbox"/> NO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	SI <input type="checkbox"/> NO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (REGRESE A 503 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE UN NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)
531	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la enfermedad con (fiebre/tos), incluyendo leche materna. ¿Le dio de beber menos de lo usual, la misma cantidad, o más que lo usual? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos para beber que lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE BEBER 5 NO SABE 8
532	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo (fiebre/tos) ¿Le dio de comer menos de lo usual, la misma cantidad de comida, más que lo usual o no le dio comida? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos alimento de lo usual o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE COMER 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE COMER 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS 2 LA MISMA CANTIDAD .. 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE COMER 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8
533	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos) de alguna fuente?	SI 1 NO 2 (PASE A 537) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 537) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 537) ←

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
534	<p>¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento?</p> <p>¿En algún otro lugar?</p> <p>SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR(ES))</p>	<p>SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO G</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO G</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO CONSULTORIO EN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA (MSP)..... A CONSULTORIO EN HOSPITAL MILITAR O DEL SEGURO (ANTIGUO IDSS..... B CLÍNICA RURAL/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) DEL MSP..... C</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CONSULTORIO DE MÉDICO INDEPENDIENTE/ONG..... D FARMACIA..... E PROMOTOR/A F OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO G</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO H COMADRONA..... I EN LA CASA..... J</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p>
535	VERIFIQUE 534:	<p><input type="checkbox"/> DOS O MÁS CÍRCULOS CIRCULADOS</p> <p><input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO</p> <p>(PASE A 537) ←</p>	<p><input type="checkbox"/> DOS O MÁS CÍRCULOS CIRCULADOS</p> <p><input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO</p> <p>(PASE A 537) ←</p>	<p><input type="checkbox"/> DOS O MÁS CÍRCULOS CIRCULADOS</p> <p><input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO CIRCULADO</p> <p>(PASE A 537) ←</p>
536	<p>¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez?</p> <p>USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 534</p>	PRIMER LUGAR .. <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR .. <input type="checkbox"/>	PRIMER LUGAR .. <input type="checkbox"/>
537	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>(REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</p> <p>NO SABE 8</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>(REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</p> <p>NO SABE 8</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>(REGRESE A 503 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</p> <p>NO SABE 8</p>
538	<p>¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)?</p> <p>¿Algún otro medicamento?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.</p>	<p>ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA..... B AMODIAQUINA..... C QUININA..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA..... E OTRO ANTIMALÁRICO F</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ANTIBIÓTICOS PASTILLAS./JARABES . G INYECCIONES H</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFEN J IBUPROFEN K</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	<p>ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA..... B AMODIAQUINA..... C QUININA..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA..... E OTRO ANTIMALÁRICO F</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ANTIBIÓTICOS PASTILLAS./JARABES . G INYECCIONES H</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFEN J IBUPROFEN K</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	<p>ANTIMALÁRICOS SP/FALCIDAR A CLOROQUINA..... B AMODIAQUINA..... C QUININA..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA..... E OTRO ANTIMALÁRICO F</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ANTIBIÓTICOS PASTILLAS./JARABES . G INYECCIONES H</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA I ACETAMINOFEN J IBUPROFEN K</p> <p>OTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>
552		REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553.	REGRESE A 503 EN LA SIGUIENTE COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553.	REGRESE A 503 EN LA SEGUNDA COLUMNA DE NUEVO CUESTIONARIO. SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 553.

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
553	<p>VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NACIDOS EN EL 2008 O DESPUÉS, QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA</p> <p>UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELLA Y CONTINUE CON 554</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>→ 556</p>	
554	<p>¿La última vez que (NOMBRE DE 553) hizo pupú/popó, usted qué hizo con las deposiciones (heces/materias fecales)?</p>	<p>NIÑO USÓ SANITARIO/LETRINA 01 TIRÓ EN SANITARIO O LETRINA 02 TIRÓ EN ZANJA O DESAGÜE 03 ARROJÓ A LA BASURA 04 ENTERRÓ 05 DEJÓ AL AIRE LIBRE 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
555	<p>VERIFIQUE 522(a) Y 522(b), TODAS LAS COLUMNAS:</p> <p>NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O PEDIALITE <input type="checkbox"/></p> <p>ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SOLUCIÓN DE PAQUETE DE SRO O PEDIALITE <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 557</p>	
556	<p>¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre o de Pedialite que usted puede conseguir para el tratamiento de la diarrea?</p>	<p>SI 1 NO 2</p>	
557	<p>VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NACIDOS EN EL 2011 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA</p> <p>UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO QUE VIVE CON ELLA Y CONTINUE CON 558</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>→ 601</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
558	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre líquidos o alimentos que (NOMBRE DE 557) consumió ayer durante el día o durante la noche. Estoy interesada en saber si (NOMBRE) consumió cada alimento por separado o con otros alimentos.</p> <p>(NOMBRE DE 557) (bebió/comió):</p> <p>a) ¿Agua (sin mezclar con nada)?</p> <p>b) ¿Jugo o licuados con agua o leche?</p> <p>c) ¿Caldo/sopa?</p> <p>d) ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal? SI, 'SÍ': ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)? SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'</p> <p>e) ¿Leche de formula para bebé? SI, 'SÍ': ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)? SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'</p> <p>f) ¿Cualquier otro líquido?</p> <p>g) ¿Yogurt? SI, 'SÍ': ¿Cuántas veces (NOMBRE) comió yogurt? SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'</p> <p>h) ¿Alimentos fortificados como Cerelac?</p> <p>i) ¿Pan, maíz, arroz, trigo, avena u otras comidas hechas de cereales?</p> <p>j) ¿Auyama, batata, zanahorias, u otras frutas con interior de color amarillo o naranja?</p> <p>k) ¿Papa, ñame, yautía, plátano, casabe o alguna otra comida hecha de víveres?</p> <p>l) ¿Brocoli, espinaca, berro u otro vegetal verde oscuro?</p> <p>m) ¿Mangos maduros, lechoza madura, o zapote?</p> <p>n) ¿Otras frutas o vegetales (e.j., guineos, naranjas, manzanas, aguacates, tomates)?</p> <p>o) ¿Bofé, hígado, riñón, corazón u otra carne de órganos?</p> <p>p) ¿Alguna carne, de res, cerdo, chivo, pollo o pato?</p> <p>q) ¿Huevos?</p> <p>r) ¿Pescado, bacalao, arenque, o mariscos?</p> <p>s) ¿Alguna comida hecha con frijoles, soya, guandules, lentejas, maní, u otras? comidas hechas de granos?</p> <p>t) ¿Queso u otro producto de leche?</p> <p>u) ¿Alguna otra comida sólida, semi-sólida, o alimentos blandos?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>a) 1 2 8</p> <p>b) 1 2 8</p> <p>c) 1 2 8</p> <p>d) 1 2 8</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE BEBIÓ LECHE <input type="text"/></p> <p>e) 1 2 8</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE BEBIÓ FÓRMULA <input type="text"/></p> <p>f) 1 2 8</p> <p>g) 1 2 8</p> <p>NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ YOGURT <input type="text"/></p> <p>h) 1 2 8</p> <p>i) 1 2 8</p> <p>j) 1 2 8</p> <p>k) 1 2 8</p> <p>l) 1 2 8</p> <p>m) 1 2 8</p> <p>n) 1 2 8</p> <p>o) 1 2 8</p> <p>p) 1 2 8</p> <p>q) 1 2 8</p> <p>r) 1 2 8</p> <p>s) 1 2 8</p> <p>t) 1 2 8</p> <p>u) 1 2 8</p>	
559	<p>VERIFIQUE 558 (CATEGORÍAS "g" A "u"):</p> <p>NI UN SOLO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/></p> <p>POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/></p>		561
560	<p>¿(NOMBRE) comió cualquier alimento sólido, semisólido o blando ayer durante el día o la noche?</p> <p>SI 'SÍ', SONDEE: ¿Qué tipo de alimento sólido, semisólido o blando comió (NOMBRE) ayer?</p>	<p>SI 1</p> <p>(REGRESE A 558 ←)</p> <p>PARA REGISTRAR LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS AYER)</p> <p>NO 2 → 601</p>	
561	<p>¿Cuántas veces (NOMBRE DE 557) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer durante el día o durante la noche?</p> <p>SI 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'</p>	<p>NÚMERO DE VECES <input type="text"/></p> <p>NO SABE 8</p>	

SECCIÓN 6. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	SI, ACTUALMENTE CASADA 1 SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE 2 NO, NO EN UNIÓN 3	→ 604
602	¿Ha estado usted alguna vez casada o unida con un hombre como si estuvieran casados?	SI, ESTUVO CASADA 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE 2 NO. 3	→ 612
603	¿Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA 1 SEPARADA 2 DIVORCIADA 3	→ 609
604	¿Su (esposo/marido) vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA 1 VIVE EN OTRA PARTE 2	
605	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/MARIDO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI ÉL NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	¿Ha estado usted casada o en unión libre, sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ 1 MÁS DE UNA VEZ. 2	
610	<p>VERIFIQUE 609:</p> <p>CASADA/UNIDA SOLAMENTE <input type="checkbox"/> UNA VEZ ↓</p> <p>¿En qué mes y año empezó a vivir con su (esposo/marido)?</p> <p>CASADA/UNIDA MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>Ahora me gustaría preguntarle sobre su primer (esposo/marido). ¿En qué mes y año empezó a vivir con él?</p>	<p>MES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES 98</p> <p>AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO 9998</p>	→ 612
611	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VERIFIQUE PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO POSIBLE PARA OBTENER PRIVACIDAD.		
613	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar.</p> <p>¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 00</p> <p>EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON (PRIMER) ESPOSO/COMPAÑERO .. 95</p>	→ 628
614	<p>Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no se compartirán con nadie. Si llegamos a una pregunta que usted no quiere contestar, me lo deja saber y continuaremos con la próxima pregunta.</p>		
615	<p>¿Cuándo fue la <u>última</u> vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI MENOS DE 12 MESES, LA RESPUESTA DEBE REGISTRARSE EN DIAS, SEMANAS O MESES. SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, LA RESPUESTA DEBE REGISTRARSE EN AÑOS.</p>	<p>HACE DÍAS 1</p> <p>HACE SEMANAS 2</p> <p>HACE MESES 3</p> <p>HACE AÑOS 4</p>	→ 627

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL
616	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?		HACE DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	HACE DÍAS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (última / penúltima / antepenúltima) persona ¿usaron condón?	SI 1 NO 2 (PASE A 619) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 619) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 619) ←
618	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
619	¿Cuál era su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales? SI NOVIO/ENAMORADO: ¿Vivían ustedes juntos como si estuvieran casados? SI 'SI', CIRCULE '2'. SI 'NO', CIRCULE '3'.	ESPOSO 1 MARIDO 2 NOVIO/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA ... 3 CONOCIDO CASUAL ... 4 CLIENTE/TRAB. SEX. 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←	ESPOSO 1 MARIDO 2 NOVIO/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA ... 3 CONOCIDO CASUAL ... 4 CLIENTE/TRAB. SEX. 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←	ESPOSO 1 MARIDO 2 NOVIO/ENAMORADO QUE NO VIVE CON LA ENTREVISTADA ... 3 CONOCIDO CASUAL ... 4 CLIENTE/TRAB. SEX. 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←
620	VERIFIQUE 609:	CASADA/UNIDA: UNA VEZ <input type="text"/> MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622) ←	CASADA/UNIDA: UNA VEZ <input type="text"/> MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622) ←	CASADA/UNIDA: UNA VEZ <input type="text"/> MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622) ←
621	VERIFIQUE 613:	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 623) ↓	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 623) ↓	PRIMERA VEZ CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 623) ↓
622	¿Hace cuánto tiempo que tuvo relaciones sexuales con esta (último / penúltimo / antepenúltimo) persona por primera vez?	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con esta persona? RESPUESTA NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE VECES ES 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE VECES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ... <input type="text"/> <input type="text"/>
624	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98
625	¿Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿usted ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI 1 (REGRESE A 616) ← PRÓX. COLUMNA) NO 2 (PASE A 627) ←	SI 1 (REGRESE A 616) ← PRÓX. COLUMNA) NO 2 (PASE A 627) ←	
626	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses? RESPUESTA NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.			NÚMERO DE PAREJAS EN ÚLTIMOS 12 MESES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
627	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en toda su vida? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE PAREJAS EN TODA LA VIDA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98													
628	PRESENCIA DE OTROS DURANTE ESTA SECCIÓN	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(NIÑOS/NIÑAS) < 10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMBRES ADULTOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUJERES ADULTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	(NIÑOS/NIÑAS) < 10	1	2	HOMBRES ADULTOS	1	2	MUJERES ADULTAS	1	2	
	SI	NO													
(NIÑOS/NIÑAS) < 10	1	2													
HOMBRES ADULTOS	1	2													
MUJERES ADULTAS	1	2													
629	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI 1 NO 2	→ 701												
630	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro lugar? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL/LOS LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DEL MSP .. A HOSPITAL DEL SEGURO(ANTIG. IDSS) B HOSPITAL/CLÍNICA FF.AA./P.N..... C CLÍNICA RURAL/UNAP D PROMOTOR/A E OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO..... G FARMACIA H MÉDICO I CLÍNICA DE PROFAMILIA..... J PROMOTOR/A K OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ L (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE COLMADO/SUPERMERCADO..... M HOTEL/MOTEL..... N AMIGOS/FAMILIARES O OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)													
631	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8													

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A								
701	VERIFIQUE 304: NINGUNO ESTERILIZADO O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ↓ ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> →		712								
702	VERIFIQUE 226: EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ NO EMBARAZADA O NO ESTÁ SEGURA <input type="checkbox"/> →		704								
703	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO 1 NO MÁS HIJOS 2 INDECISA/NO SABE 8	→ 705 → 711								
704	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?	TENER (UN/OTRO) HIJO 1 NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO..... 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA . . 3 INDECISA/NO SABE 8	→ 707 → 712 → 710								
705	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (un/otro) hijo? Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA 993 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA . 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO 995 OTRO 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998									→ 710 → 712 → 710
706	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> →		711								
707	VERIFIQUE 303: ESTÁ USANDO MÉTODO? NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> →		712								
708	VERIFIQUE 705: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ↓ 24 MESES O MÁS; O 02 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> ↓ 00-23 MESES; O 00-01 AÑOS <input type="checkbox"/> →		711								

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
709	<p>VERIFIQUE 703 Y 704:</p> <p>QUIERE TENER UN/OTRO HIJO <input type="checkbox"/></p> <p>NO QUIERE MÁS/NO QUIERE NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>Usted dice que no quiere tener (un/otro) hijo pronto.</p> <p>Usted dice que no quiere tener (más) hijos.</p> <p>¿Me puede decir por qué no está usando un método para evitar quedar embarazada?</p> <p>¿Me puede decir por qué no está usando un método para evitar quedar embarazada?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	<p>NO EN UNIÓN A</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON LA FECUNDIDAD</p> <p>NO TIENE RELACIONES SEXUALES . . . B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE C</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA . . D</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA . . E</p> <p>SIN MENSTRUACIÓN DESDE ÚLTIMO NACIMIENTO F</p> <p>LACTANCIA G</p> <p>LO QUE DIOS QUIERA/FATALISTA . . . H</p> <p>OPOSICIÓN A USAR</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE I</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE . . . J</p> <p>OTROS SE OPONEN K</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA L</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS M</p> <p>NO SABE DÓNDE CONSEGUIRLO . . . N</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS O RAZONES DE SALUD O</p> <p>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS P</p> <p>MUY COSTOSO. Q</p> <p>MÉTODO PREFERIDO NO ESTÁ DISPONIBLE R</p> <p>NINGÚN MÉTODO DISPONIBLE S</p> <p>INCÓMODO DE USAR..... T</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO U</p> <p>OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	
710	<p>VERIFIQUE 303: ESTÁ USANDO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?</p> <p>NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>NO, NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>SI, SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p>		→ 712
711	<p>¿Usted cree que en el futuro usará algún método para demorar o evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p>	
712	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>SONDEE PARA CONSEGUIR RESPUESTA NUMÉRICA</p>	<p>NINGUNO.....00</p> <p>NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	→ 801 → 801
713	<p>¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas hembras, y para cuántos no le importaría el sexo?</p>	<p>VARO- HEM- CUAL- NES BRAS QUIERA</p> <p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL ESPOSO/MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	VERIFIQUE 601 Y 602: ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807	
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo/marido)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
803	¿Su (última) pareja (esposo/marido) alguna vez asistió a la escuela?	SI 1 NO 2	→ 806
804	¿Cuál fue el nivel de educación más alto que su (esposo/marido) asistió: primaria, secundaria o universitaria?	PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 UNIVERSITARIA 3 NO SABE 8	→ 806
805	¿Cuál fue el grado/año más alto que su (esposo/marido) aprobó en ese nivel? SI COMPLETÓ MENOS DE UN AÑO EN ESE NIVEL, REGISTRE '00'.	GRADO/AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
806	VERIFIQUE 801: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la ocupación de su (esposo/marido)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? ¿Cuál era la ocupación de su (último) (esposo/marido)? Es decir ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
807	Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días?	SI 1 NO 2	→ 811
808	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia. ¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos o algún otro tipo de trabajo en los últimos 7 días?	SI 1 NO 2	→ 811
809	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	SI 1 NO 2	→ 811
810	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2	→ 815
811	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
812	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona, o trabaja (trabajaba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR 1 PARA OTRA PERSONA 2 CUENTA PROPIA 3	
813	¿Trabaja (trabajaba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR ÉPOCAS/PARTE DEL AÑO 2 DE VEZ EN CUANDO 3	
814	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza (realizaba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO. 1 DINERO Y ESPECIE 2 SÓLO EN ESPECIE 3 NO LE PAGAN (PAGABAN)..... 4	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
815	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		→ 823																								
816	VERIFIQUE 814: CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		→ 819																								
817	¿Quién generalmente decide cómo se gasta el dinero que usted gana: usted, su (esposo/marido), o usted y su (esposo/marido) conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)																									
818	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su (esposo/marido), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MÁS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MÁS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/MARIDO NO TIENE INGRESOS 4 NO SABE 8	→ 820																								
819	¿Quién generalmente decide cómo se utiliza el dinero que su (esposo/marido) gana: usted, su (esposo/marido), o usted y su (esposo/marido) conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO DECIDEN 3 ESPOSO/MARIDO NO TIENE INGRESOS 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)																									
820	¿Quién normalmente toma la decisión sobre la atención médica para usted: usted, su (esposo/marido), usted y su (esposo/marido) conjuntamente, o alguien más?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE..... 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6																									
821	¿Quién por lo general toma la decisión sobre compras importantes del hogar?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO DECIDEN 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6																									
822	¿Quién por lo general toma la decisión sobre visitas a su familia o parientes?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE 2 LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO DECIDEN 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO 6																									
823	¿Usted es la dueña única de esta casa o de otra casa, sola o conjuntamente con otra persona?	SOLA 1 CONJUNTAMENTE 2 SOLA Y CONJUNTAMENTE 3 NO POSEE 4																									
824	¿Usted es dueña de alguna tierra sola o conjuntamente con otra persona?	SOLA 1 CONJUNTAMENTE 2 SOLA Y CONJUNTAMENTE 3 NO POSEE 4																									
825	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO: DETERMINE SI ESTÁN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O SI NO HAY NADIE PRESENTE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">PRESENTES</th> <th rowspan="2">NA-DIE PRES.</th> </tr> <tr> <th>ESCU-CHAN</th> <th>NO ES-CUCHAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MENORES DE 10 AÑOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/MARIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTROS, VARONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTROS, HEMBRAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRESENTES		NA-DIE PRES.	ESCU-CHAN	NO ES-CUCHAN	MENORES DE 10 AÑOS	1	2	3	ESPOSO/MARIDO	1	2	3	OTROS, VARONES	1	2	3	OTROS, HEMBRAS	1	2	3			
	PRESENTES			NA-DIE PRES.																							
	ESCU-CHAN	NO ES-CUCHAN																									
MENORES DE 10 AÑOS	1	2	3																								
ESPOSO/MARIDO	1	2	3																								
OTROS, VARONES	1	2	3																								
OTROS, HEMBRAS	1	2	3																								
826	En su opinión, se justifica que un esposo golpee o le pegue a la esposa en alguna de las siguientes situaciones: A. ¿Si ella sale de la casa sin decírselo a él? B. ¿Si ella descuida/desatiende los niños? C. ¿Si ella discute con él? D. ¿Si ella rehusa tener relaciones sexuales con él? E. ¿Si ella deja quemar la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI SALE DE LA CASA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SI DESCUIDA LOS NIÑOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SI DISCUTE CON ÉL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SI REHUSA SEXO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SI SE QUEMA LA COMIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SI SALE DE LA CASA	1	2	8	SI DESCUIDA LOS NIÑOS	1	2	8	SI DISCUTE CON ÉL	1	2	8	SI REHUSA SEXO	1	2	8	SI SE QUEMA LA COMIDA	1	2	8	
	SI	NO	NS																								
SI SALE DE LA CASA	1	2	8																								
SI DESCUIDA LOS NIÑOS	1	2	8																								
SI DISCUTE CON ÉL	1	2	8																								
SI REHUSA SEXO	1	2	8																								
SI SE QUEMA LA COMIDA	1	2	8																								

SECCIÓN 9. VIH/SIDA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																												
900	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de la infección por VIH?	SI 1 NO 2																																													
901	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada el SIDA?	SI 1 NO 2	→ 937																																												
901A	En los últimos 6 meses, ¿Usted ha recibido información educativa sobre VIH o SIDA a través de:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>¿La televisión?</td> <td>TELEVISIÓN 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿La radio?</td> <td>RADIO 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Prensa escrita?</td> <td>PRENSA 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Folletos educativos-brochures?</td> <td>FOLLETOS 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Carteles, vallas o cruza calles?</td> <td>CARTELES 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Escuela/colegio/universidad?</td> <td>ESCUELA 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Charlas educativas en la comunidad (junta de vecinos, iglesias, clubes)?</td> <td>CHARLAS 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Mensaje de texto por teléfono?</td> <td>MENSAJE DE TEXTO . . 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)?</td> <td>REDES SOCIALES ... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Internet?</td> <td>INTERNET 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	¿La televisión?	TELEVISIÓN 1	2	8	¿La radio?	RADIO 1	2	8	¿Prensa escrita?	PRENSA 1	2	8	¿Folletos educativos-brochures?	FOLLETOS 1	2	8	¿Carteles, vallas o cruza calles?	CARTELES 1	2	8	¿Escuela/colegio/universidad?	ESCUELA 1	2	8	¿Charlas educativas en la comunidad (junta de vecinos, iglesias, clubes)?	CHARLAS 1	2	8	¿Mensaje de texto por teléfono?	MENSAJE DE TEXTO . . 1	2	8	¿Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)?	REDES SOCIALES ... 1	2	8	¿Internet?	INTERNET 1	2	8	
	SI	NO	NS																																												
¿La televisión?	TELEVISIÓN 1	2	8																																												
¿La radio?	RADIO 1	2	8																																												
¿Prensa escrita?	PRENSA 1	2	8																																												
¿Folletos educativos-brochures?	FOLLETOS 1	2	8																																												
¿Carteles, vallas o cruza calles?	CARTELES 1	2	8																																												
¿Escuela/colegio/universidad?	ESCUELA 1	2	8																																												
¿Charlas educativas en la comunidad (junta de vecinos, iglesias, clubes)?	CHARLAS 1	2	8																																												
¿Mensaje de texto por teléfono?	MENSAJE DE TEXTO . . 1	2	8																																												
¿Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)?	REDES SOCIALES ... 1	2	8																																												
¿Internet?	INTERNET 1	2	8																																												
902	¿Pueden las personas evitar contagiarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
903	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
904	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
905	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
906	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA debido a brujerías o medios sobrenaturales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
907	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
908	El virus que causa el SIDA puede ser transmitido de una madre a su bebé:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>¿Durante el embarazo?</td> <td>DURANTE EMBARAZO .. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Durante el parto?</td> <td>DURANTE PARTO 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Durante la lactancia?</td> <td>POR LACTANCIA 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	¿Durante el embarazo?	DURANTE EMBARAZO .. 1	2	8	¿Durante el parto?	DURANTE PARTO 1	2	8	¿Durante la lactancia?	POR LACTANCIA 1	2	8																													
	SI	NO	NS																																												
¿Durante el embarazo?	DURANTE EMBARAZO .. 1	2	8																																												
¿Durante el parto?	DURANTE PARTO 1	2	8																																												
¿Durante la lactancia?	POR LACTANCIA 1	2	8																																												
909	VERIFIQUE 908: AL MENOS <input type="checkbox"/> UN 'SI' ↓ OTRO <input type="checkbox"/> →		→ 911																																												
910	¿Sabe usted si existen medicamentos especiales que un médico o una enfermera pueden dar a una mujer infectada con el virus que causa el SIDA para reducir el riesgo de infectar al bebé?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
910A	¿Se puede evitar la transmisión del virus que causa el SIDA de la madre al hijo haciendole cesárea?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													
910B	¿Se puede evitar la transmisión del virus que causa el SIDA de la madre al hijo no lactando al bebé?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																													

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
911	VERIFIQUE 208 Y 215: ÚLTIMO NACIMIENTO EN ENERO DEL 2011 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	SIN NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> → 926 ÚLTIMO NACIMIENTO ANTES DE ENERO DEL 2011 <input type="checkbox"/> → 926																									
912	VERIFIQUE 408 PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO: TUVO ATENCIÓN PRENATAL <input type="checkbox"/>	NO TUVO ATENCIÓN PRENATAL <input type="checkbox"/> → 920																									
913	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO POSIBLE PARA OBTENER PRIVACIDAD.																										
914	Durante alguno de sus controles prenatales para su último embarazo, recibió alguna información sobre: ¿ Los bebés que contraen el virus que causa el SIDA de las madres? ¿Las cosas que usted puede hacer para evitar la infección del virus que causa el SIDA? ¿La prueba para detectar el virus que causa el SIDA? ¿Los bebés que contraen Sífilis de las madres? ¿La prueba para detectar Sífilis?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>SIDA DE MADRE . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COSAS QUE HACER . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA DEL SIDA . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SÍFILIS DE MADRE . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA SÍFILIS . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SIDA DE MADRE . . .	1	2	8	COSAS QUE HACER . . .	1	2	8	PRUEBA DEL SIDA . . .	1	2	8	SÍFILIS DE MADRE . . .	1	2	8	PRUEBA SÍFILIS . . .	1	2	8	
	SI	NO	NS																								
SIDA DE MADRE . . .	1	2	8																								
COSAS QUE HACER . . .	1	2	8																								
PRUEBA DEL SIDA . . .	1	2	8																								
SÍFILIS DE MADRE . . .	1	2	8																								
PRUEBA SÍFILIS . . .	1	2	8																								
915	¿Le ofrecieron hacerle la prueba del virus que causa el SIDA como parte de su control prenatal?	SI 1 NO 2																									
916	No quiero saber los resultados pero ¿le hicieron la prueba del virus que causa el SIDA como parte de su control prenatal?	SI 1 NO 2	→ 920																								
917	¿Dónde se hizo la prueba? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE LA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DEL MSP 11 HOSPITAL DEL SEGURO (ANT. IDSS) 12 HOSPITAL FF.AA./P.N. 13 UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL 14 LABORATORIO 15 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO 21 CENTRO INDEPENDIENTE PARA CONSEJERÍA Y PRUEBAS 22 FARMACIA 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ 25 (ESPECIFIQUE) OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)																									
918	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron la prueba del virus que causa el SIDA?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DURANTE EL PARTO/CESÁREA 21 DESPUÉS DEL PARTO/CESÁREA 31 NO SABE 98																									
919	Antes de hacerle la prueba, ¿recibió consejería?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																									
919A	Después de entregarle los resultados, ¿recibió consejería?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 924																								
920	VERIFIQUE 434 PARA ÚLTIMO NACIMIENTO: CUALQUIER CÓDIGO 21-36 CIRCULADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> → 926																									
921	Entre el momento en que ingresó al centro de salud y antes de que el bebé naciera, ¿le ofrecieron hacerle la prueba del virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2																									
922	No quiero saber los resultados pero ¿le hicieron la prueba del virus que causa el SIDA en ese momento?	SI 1 NO 2	→ 926																								
923	No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de la prueba?	SI 1 NO 2																									

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
924	¿Le han hecho una prueba del virus que causa el SIDA desde esa vez que le hicieron la prueba durante su embarazo?	SI 1 NO 2	→ 927
925	¿Hace cuántos meses se hizo la prueba del VIH la última vez?	MESES <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95	→ 931A
926	No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2	→ 930
927	¿Hace cuántos meses se hizo la prueba la última vez?	MESES <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95	
928	No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de la prueba?	SI 1 NO 2	
928A	Antes de hacerle la prueba, ¿recibió consejería?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
928B	Después de entregarle los resultados, ¿recibió consejería?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
929	¿Dónde se hizo la prueba? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DEL MSP 11 HOSPITAL DEL SEGURO (ANT. IDSS) . . . 12 HOSPITAL FF.AA./P.N. 13 UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL . . . 14 LABORATORIO 15 OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO 21 CENTRO INDEPENDIENTE PARA CONSEJERÍA Y PRUEBAS 22 FARMACIA 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	→ 931A
930	¿Sabe de algún lugar donde la gente pueda ir a hacerse la prueba del virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2	→ 931A
931	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro sitio? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DEL MSP A HOSPITAL DEL SEGURO (ANT. IDSS) . . . B HOSPITAL FF.AA./P.N. C UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL . . . D LABORATORIO E OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO G CENTRO INDEPENDIENTE PARA CONSEJERÍA Y PRUEBAS H FARMACIA I CLÍNICA DE ONG J OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO K (ESPECIFIQUE) OTRA X (ESPECIFIQUE)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
931A	¿Sabe usted si existen instituciones donde se ofrece de forma gratuita la prueba de VIH para mujeres embarazadas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
931B	¿Sabe usted si existen instituciones donde se ofrece de forma gratuita la prueba de VIH para todas las personas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
931C	¿Sabe usted si en el país hay un tratamiento disponible para proteger a una persona contra la infección con el VIH en los casos de violación?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
931D	¿Sabe usted si existen instituciones donde se ofrece de forma gratuita el tratamiento para todas las personas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
932	¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
933	Si algún miembro de su familia se infectara con el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO..... 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN... 8	
934	Si un miembro de su familia se enfermara con el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo(a) en su propia casa?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN... 8	
935	En su opinión, si un/a profesor/a tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enfermo/a, ¿se le debería permitir a él (ella) seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN... 8	
936	¿Se le debe enseñar a los niños entre 12-14 años a usar el condón para evitar contraer el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN... 8	
936A	¿Ha oído hablar de algunas enfermedades que afectan más a las personas que viven con el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO 2	→ 937
936B	¿De cuales ha oído hablar? ¿Alguna otra?	TUBERCULOSIS/TISIS..... A NEUMONIA..... B OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUNA/NO SABE..... Z	
937	<p>VERIFIQUE 901:</p> <p>HA OÍDO <input type="checkbox"/> HABLAR DE SIDA ↓ Aparte del SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual?</p> <p>NO HA OÍDO <input type="checkbox"/> HABLAR DE SIDA ↓ ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual?</p>	SI 1 NO 2	
938	<p>VERIFIQUE 613:</p> <p>HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES ↓ NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES → 946</p>		
939	<p>VERIFIQUE 937: HA OÍDO HABLAR DE OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</p> <p>SI <input type="checkbox"/> ↓ NO <input type="checkbox"/> → 941</p>		
940	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud en los últimos 12 meses. ¿Ha tenido usted una enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
941	Algunas veces las mujeres experimentan una secreción (flujo) genital anormal de mal olor. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted una secreción (flujo) genital anormal de mal olor?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
942	Algunas veces las mujeres tienen llagas o úlceras en sus genitales. Durante los últimos 12 meses, ¿usted ha tenido una llaga o úlcera en sus genitales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
943	VERIFIQUE 940, 941, Y 942: HA TENIDO <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD (POR LO MENOS UN 'SI') <input type="checkbox"/> UNA ENFERMEDAD O NO SABE		946
944	La última vez que usted tuvo (PROBLEMA DE 940/941/942), ¿buscó usted consejo o tratamiento?	SI 1 NO 2	946
945	¿Adónde fue? ¿Algún otro lugar? SONDEE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CADA FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DEL MSP A HOSPITAL DEL SEGURO (ANT. IDSS) . . . B HOSPITAL FF.AA./P.N. C UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL . . . D LABORATORIO E OTRO LUGAR DEL SECTOR PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO/ONG HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO G CENTRO INDEPENDIENTE PARA CONSEJERÍA Y PRUEBAS H FARMACIA I CLÍNICA DE ONG J OTRO SITIO DEL SECTOR PRIVADO _____ K (ESPECIFIQUE) OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
946	Si una mujer sabe que su marido tiene una enfermedad que la puede infectar durante las relaciones sexuales, ¿se justifica que ella pida usar condón cuando tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
947	¿Se justifica que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otras mujeres?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
948	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> CASADA/UNIDA		951
949	¿Usted le puede decir que no a su (esposo/compañero), si no desea tener relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
950	¿Usted le podría pedir a su (esposo/compañero) que usen condón si usted quisiera que él usara?	SI 1 NO 2 NS/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
951	¿Conoce usted o ha oído hablar de la ley sobre SIDA?	SI 1 NO 2	

SECCION 10. OTROS ASUNTOS DE SALUD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis?	SI 1 NO 2	→ 1008
1001	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? MARQUE LA QUE CONSIDERE MÁS IMPORTANTE	SALUDANDO CON LA MANO 01 A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS 02 A TRAVÉS DE PLATOS, VASOS U OTROS UTENSILIOS 03 COMIENDO DEL MISMO PLATO DE UN ENFERMO DE TB 04 CONTACTO CON OBJETOS EN LUGARES PÚBLICOS 05 RELACIONES SEXUALES 06 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
1002	¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la tuberculosis? ¿Algún otro?	TOS Y CATARRO POR MÁS DE 15 DÍAS..... A PÉRDIDA DE PESO..... B FIEBRE..... C DOLOR DE CABEZA SEVERO D DIFICULTAD PARA F..... E DOLOR DE PECHO F CANSANCIO G MAREO H ERUPCIÓN..... I OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
1003	¿La tuberculosis tiene cura?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 1005
1004	¿Cómo puede curarse la tuberculosis?	REMEDIOS CASEROS..... 1 QUEDANDOSE EN LA CASA SIN MEDICAMENTOS 2 CON MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE DAN EN LOS CENTROS DE SALUD 3 BUENA ALIMENTACIÓN 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
1005	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, MANTENERLO SECRETO 1 NO 2 NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
1006	¿Qué usted siente sobre las personas con tuberculosis? MARCAR TODAS LAS QUE CONSIDERE	PENA..... A PENA, PERO PREFIERO MANTENERLO ALEJADO..... B ES UN PROBLEMA Y NO PUEDO CONTRAER TB..... C TENGO MIEDO DE QUE ELLOS ME PUEDAN INFECTAR..... D NO TENGO NINGÚN SENTIMIENTO EN PARTICULAR..... E OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO CONTESTA..... Z	
1007	¿En su municipio hay centros de salud que brinden tratamiento gratuito a las personas que tengan tuberculosis?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	
1008	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relativas a su salud. ¿Ha recibido usted alguna inyección en los últimos 12 meses? SI SI: ¿Cuántas inyecciones ha recibido? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O DIARIAMENTE DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90'. SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN.	NÚMERO DE INYECCIONES... <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNA INYECCIÓN.....00	→ 1011

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1009	De todas las inyecciones que recibió, ¿cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera, un farmacéutico, un dentista o cualquier otro trabajador de salud? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O DIARIAMENTE DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90'. SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN.	NÚMERO DE INYECCIONES ... <input type="text"/> NINGUNA INYECCIÓN.....00	→ 1011
1010	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿esa persona utilizó una jeringuilla y aguja de un paquete nuevo, sin abrir?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1011	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI 1 NO 2	→ 1013
1012	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS ... <input type="text"/>	
1013	¿Actualmente fuma o utiliza cualquier (otro) tipo de tabaco?	SI 1 NO 2	→ 1015
1014	¿Qué (otro) tipo de tabaco fuma o usa actualmente? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	PIPA A CIGARRO DE TABACO B TABACO DE MASCAR C OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1015	¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, ron, whisky, vodka, tequila en los últimos 30 días?	SI 1 NO 2	→ 1017A
1016	¿Durante los últimos 30 días, ¿en cuántas ocasiones tomó por lo menos una bebida alcohólica?	NÚMERO <input type="text"/> NO SABE 98	
1017	¿Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces usted tomó cuatro o más tragos estándar (vasos, copas) de bebidas alcohólicas en una sola ocasión?	NÚMERO <input type="text"/> NO SABE 98	
1017A	¿Alguna vez usted ha usado drogas?	SI 1 NO 2 INSEGURO 8	→ 1018
1017B	Durante los últimos 6 meses, ¿usted ha usado drogas?	SI 1 NO 2 INSEGURO 8	
1017C	¿Alguna vez usted ha usado drogas inyectadas?	SI 1 NO 2 INSEGURO 8	→ 1018
1017D	Durante los últimos 6 meses, ¿Usted ha usado drogas inyectadas?	SI 1 NO 2 INSEGURO 8	
1018	¿En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas? MUESTRE LA CARTILLA DE IMÁGENES	NINGUNO 0 NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/>	→ 1020
1019	¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?	NÚMERO DE PORCIONES ... <input type="text"/>	
1020	¿En una semana típica, ¿cuántos días come usted ensalada (verduras y hortalizas)? MUESTRE LA CARTILLA DE IMÁGENES	NINGUNO 0 NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/>	→ 1022
1021	¿Cuántas porciones de ensalada come en uno de esos días?	NÚMERO DE PORCIONES ... <input type="text"/>	
1022	¿Qué tipo de aceite o grasa se usa generalmente en su casa para preparar la comida? MUESTRE LA CARTILLA DE IMÁGENES	ACEITE VEGETAL 1 MANTECA DE ANIMAL 2 MANTEQUILLA 3 MARGARINA 4 NINGUNO 5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
1023	¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardiaco?	NINGUNO 0 NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/>	→ 1025

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
1024	¿En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? SI MENOS DE 2 HORAS, REGISTRE MINUTOS.	MINUTOS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> HORAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
1025	¿Alguna vez, le ha medido la presión arterial un médico o cualquier otro profesional de salud?	SI 1 NO 2	→ 1029																					
1026	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión alta, o hipertensión?	SI 1 NO 2	→ 1029																					
1027	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2																						
1028	¿Actualmente lleva usted algún tratamiento o sigue los consejos indicados a continuación, indicados por un médico u otro profesional de la salud por tener la presión arterial alta? Tomando medicamentos durante las últimas dos semanas Consejo para reducir consumo de sal Consejo o tratamiento para perder peso Consejo o tratamiento para dejar de fumar Consejo para hacer más ejercicio	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICAMENTOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SAL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PESO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FUMAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EJERCICIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	MEDICAMENTOS	1	2	SAL	1	2	PESO	1	2	FUMAR	1	2	EJERCICIO	1	2				
	SI	NO																						
MEDICAMENTOS	1	2																						
SAL	1	2																						
PESO	1	2																						
FUMAR	1	2																						
EJERCICIO	1	2																						
1029	¿Alguna vez, un médico o cualquier otro profesional de salud le ha medido la glicemia en la sangre (el azúcar)?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	→ 1033																					
1030	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glicemia (azúcar) en la sangre es alto?	SI 1 NO 2	→ 1033																					
1031	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2																						
1032	¿Actualmente lleva usted algún tratamiento o sigue los consejos indicados a continuación, indicados por un médico u otro profesional de la salud por tener diabetes (azúcar en la sangre)? Insulina Pastilla tomada durante las últimas dos semanas Dieta especial por prescripción (indicación) médica Consejo o tratamiento para perder peso Consejo o tratamiento para dejar de fumar Consejo para hacer más ejercicio	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INSULINA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PASTILLA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIETA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PESO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FUMAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EJERCICIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	INSULINA	1	2	PASTILLA	1	2	DIETA	1	2	PESO	1	2	FUMAR	1	2	EJERCICIO	1	2	
	SI	NO																						
INSULINA	1	2																						
PASTILLA	1	2																						
DIETA	1	2																						
PESO	1	2																						
FUMAR	1	2																						
EJERCICIO	1	2																						
1033	¿Alguna vez, le han medido el colesterol por un médico o cualquier otro profesional de salud?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 1037																					
1034	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol es alto?	SI 1 NO 2	→ 1037																					
1035	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2																						
1036	¿Está actualmente llevando cualquiera de los siguientes tratamientos para el colesterol, indicado por un médico u otro profesional de la salud? Pastilla tomada durante las últimas dos semanas Dieta especial por prescripción (indicación) médica Consejo o tratamiento para perder peso Consejo o tratamiento para dejar de fumar Consejo para hacer más ejercicio	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PASTILLA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIETA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PESO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FUMAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EJERCICIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	PASTILLA	1	2	DIETA	1	2	PESO	1	2	FUMAR	1	2	EJERCICIO	1	2				
	SI	NO																						
PASTILLA	1	2																						
DIETA	1	2																						
PESO	1	2																						
FUMAR	1	2																						
EJERCICIO	1	2																						
1037	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los senos?	HACE MENOS DE 12 MESES 1 ENTRE 12 Y 23 MESES 2 HACE 2 AÑOS O MÁS 3 NUNCA 4 NO SABE/NO RECUERDA 8	→ 1039																					
1038	Una mamografía es una radiografía de cada seno para investigar la posibilidad de cáncer en los pechos. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?	HACE MENOS DE 12 MESES 1 ENTRE 12 Y 23 MESES 2 HACE 2 AÑOS O MÁS 3 NUNCA 4 NO SABE/NO RECUERDA 8																						

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1039	Un Papanicolau es un examen para detectar cáncer en el cuello del útero. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de Papanicolau?	HACE MENOS DE 12 MESES 1 ENTRE 12 Y 23 MESES 2 HACE 2 AÑOS O MÁS 3 NUNCA 4 NO SABE/NO RECUERDA 8	
1040	Diferentes factores pueden impedir que la mujer consulte al médico o reciba tratamiento. Cuando usted se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para usted es un gran problema: ¿Conseguir permiso para ir a ver al doctor? ¿Conseguir el dinero necesario para la consulta o tratamiento? ¿La distancia al establecimiento de salud? ¿No querer ir sola?	ES NO GRAN LO PROBLEMA ES PERMISO PARA IR 1 2 CONSEGUIR DINERO ... 1 2 DISTANCIA 1 2 NO QUERER IR SOLA ... 1 2	
1041	¿Usted tiene seguro de salud?	SI 1 NO 2	→ 1043
1042	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	SEGURO NACIONAL DE SALUD (SENASA)..... A SALUD SEGURA (IDSS)..... B SEGURO FF.AA/P.N..... C SEGURO CON EMPLEADOR..... D SEGURO DE SALUD COMERCIAL COMPRADO PRIVADAMENTE E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1043	En los últimos 12 meses ¿Ha estado involucrada en un accidente de tránsito?	SI 1 NO 2	→ 1046
1044	¿Ha estado involucrada en un accidente de tránsito siendo conductora, pasajera, peatón, o ciclista? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	COMO CONDUCTORA..... A COMO PASAJERA..... B COMO PEATÓN..... C COMO CICLISTA..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1045	¿Sufrió lesiones en ese accidente de tránsito por las que tuvo que recibir atención médica?	SI 1 NO 2	
1046	En los últimos 12 meses, ¿Fue víctima de un incidente violento en el cual sufrió lesiones y requirió atención médica?	SI 1 NO 2	→ 1100
1047	¿Cuántas veces? SI EL NÚMERO ES 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
1048	Por favor, indique cual de las siguientes causas le provocó lesiones más severas por ese(os) incidente(s) violentos que tuvo en los últimos 12 meses: A. ¿Disparo de arma de fuego? B. ¿Herido por arma blanca? C. ¿Lesionado con otro tipo de arma? D. ¿Lesionado(a) sin una arma (golpes, empujones)?	SI NO NO SABE A. 1 2 8 B. 1 2 8 C. 1 2 8 D. 1 2 8	

SECCIÓN 11: MÓDULO DE VIOLENCIA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																												
1100	<p>VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR.</p> <p>MUJER FUE SELECCIONADA PARA ESTA SECCIÓN <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>MUJER NO FUE SELECCIONADA <input type="checkbox"/> →</p>		1134																												
1101	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS:</p> <p>NO PROSIGA HASTA QUE VERIFIQUE QUE LA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA.</p> <p>LA PRIVACIDAD FUE OBTENIDA 1 ↓</p> <p>NO SE OBTUVO PRIVACIDAD 2 →</p>		1132																												
	<p>LEA A LA ENTREVISTADA:</p> <p>Ahora me gustaría de hacerle algunas preguntas sobre otros aspectos importantes de la vida de una mujer. Algunas de las preguntas son muy personales. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales, es decir, no serán reveladas a nadie y además nadie ni siquiera sabrá que usted respondió a estas preguntas.</p>																														
1102	<p>VERIFIQUE 601 Y 602:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA / VIVENDO CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ESTUVO CASADA / VIVIÓ CON UN HOMBRE (LEA LAS PREGUNTAS EN TIEMPO PASADO) <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NUNCA SE CASÓ / NUNCA VIVIÓ CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> →</p>		1116																												
1103	<p>Primero, voy hacerle preguntas sobre ciertas situaciones que a veces se presentan con algunas mujeres. Por favor dígame si esto se aplica a sus relaciones con su (último) esposo/marido</p> <p>a) Él se pone (ponía) celoso o se enoja(ba) cuando usted habla(ba) con otros hombres?</p> <p>b) ¿Él frecuentemente le acusa(ba) de ser infiel?</p> <p>c) ¿Él no le deja(ba) juntar con sus amigas?</p> <p>d) ¿Él trata(ba) de limitar su contacto con su familia?</p> <p>e) ¿Él insiste (insistía) en querer saber donde usted está(ba) en todo momento?</p> <p>f) Él no le tiene (tenía) confianza con asuntos de dinero?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACUSA(BA)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO ENCONTRARSE CON AMIGAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LIMITA CONTACTO CON LA FAMILIA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE ESTÁ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CONFIANZA C/ DINERO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOS	1	2	8	ACUSA(BA)	1	2	8	NO ENCONTRARSE CON AMIGAS	1	2	8	LIMITA CONTACTO CON LA FAMILIA	1	2	8	SABER DONDE ESTÁ	1	2	8	CONFIANZA C/ DINERO	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOS	1	2	8																												
ACUSA(BA)	1	2	8																												
NO ENCONTRARSE CON AMIGAS	1	2	8																												
LIMITA CONTACTO CON LA FAMILIA	1	2	8																												
SABER DONDE ESTÁ	1	2	8																												
CONFIANZA C/ DINERO	1	2	8																												
1104	<p>Ahora si me permite, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su relaciones con o su (último) esposo/marido. Si hago una pregunta que usted no quiere contestar me lo dice y pasaremos a la pregunta siguiente.</p> <p>A Alguna vez su (último) esposo/marido:</p> <p>a) ¿Le dijo o hizo alguna cosa para humillarla en presencia de otras personas?</p> <p>b) ¿La amenazó con lastimarla o con lastimar a alguien cercano a usted?</p> <p>c) ¿Le insultó y le hizo sentirse mal?</p>	<p>B Cuantas veces estas situaciones se dieron durante los últimos 12 meses: muchas veces, algunas veces, raras veces o nunca?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>RARAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1 →</td> <td>2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1 →</td> <td>2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1 →</td> <td>2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	RARAS VECES	NUNCA	a)	1 →	2 ↓	1	2	3	4	b)	1 →	2 ↓	1	2	3	4	c)	1 →	2 ↓	1	2	3	4	
	SI	NO	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	RARAS VECES	NUNCA																									
a)	1 →	2 ↓	1	2	3	4																									
b)	1 →	2 ↓	1	2	3	4																									
c)	1 →	2 ↓	1	2	3	4																									

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																																																													
1105	<p>A Alguna vez o su (último) esposo / compañero le hizo alguna de las siguientes cosas?</p>	<p>B Cuantas veces estas situaciones se dieron durante los últimos 12 meses: muchas veces, algunas veces, raras veces o nunca?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>1</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>2</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>3</th> <th>RARAS VECES</th> <th>4</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) ¿La empujó, la sacudió o le tiró alguna cosa?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) ¿Le dió una bofetada?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) ¿Le torció el brazo o le jaló del cabello?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) ¿Le dió un puñetazo o le golpeó con algo que pudo lastimaría?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) ¿Le pateó o la arrastró por el suelo?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) ¿Trató de estrangularla o de quemarle con algo?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) ¿Le amenazó o le atacó con un cuchillo, arma de fuego o alguna otra arma?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h) ¿Le forzó físicamente a tener relaciones sexuales con él a pesar de que usted no quería?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i) ¿Le forzó a realizar actos sexuales que usted no quería?</td> <td>SI</td> <td>1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td>2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SI	1	MUCHAS VECES	2	ALGUNAS VECES	3	RARAS VECES	4	NUNCA	a) ¿La empujó, la sacudió o le tiró alguna cosa?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						b) ¿Le dió una bofetada?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						c) ¿Le torció el brazo o le jaló del cabello?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						d) ¿Le dió un puñetazo o le golpeó con algo que pudo lastimaría?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						e) ¿Le pateó o la arrastró por el suelo?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						f) ¿Trató de estrangularla o de quemarle con algo?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						g) ¿Le amenazó o le atacó con un cuchillo, arma de fuego o alguna otra arma?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						h) ¿Le forzó físicamente a tener relaciones sexuales con él a pesar de que usted no quería?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓						i) ¿Le forzó a realizar actos sexuales que usted no quería?	SI	1	→	1	2	3	4			NO	2	↓							
	SI	1	MUCHAS VECES	2	ALGUNAS VECES	3	RARAS VECES	4	NUNCA																																																																																																																																																																							
a) ¿La empujó, la sacudió o le tiró alguna cosa?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
b) ¿Le dió una bofetada?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
c) ¿Le torció el brazo o le jaló del cabello?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
d) ¿Le dió un puñetazo o le golpeó con algo que pudo lastimaría?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
e) ¿Le pateó o la arrastró por el suelo?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
f) ¿Trató de estrangularla o de quemarle con algo?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
g) ¿Le amenazó o le atacó con un cuchillo, arma de fuego o alguna otra arma?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
h) ¿Le forzó físicamente a tener relaciones sexuales con él a pesar de que usted no quería?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
i) ¿Le forzó a realizar actos sexuales que usted no quería?	SI	1	→	1	2	3	4																																																																																																																																																																									
	NO	2	↓																																																																																																																																																																													
1106	<p>VERIFIQUE 1105A (a-i):</p> <p>POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NINGÚN 'SI' <input type="checkbox"/></p>		→1109																																																																																																																																																																													
1107	<p>¿Cuánto tiempo después de que se casó (comenzó a vivir con su marido) él le hizo las cosas que usted mencionó anteriormente por la primera vez?</p> <p>SI MENOS DE 1 AÑO , ANOTE '00'.</p>	<p>NÚMERO DE AÑOS <input type="text"/></p> <p>ANTES DEL CASAMIENTO/ANTES DE VIVIR JUNTOS 95</p>																																																																																																																																																																														
1108	<p>¿Algunas de las siguientes cosas llegaron a ocurrir como resultado de lo que su esposo/marido le hizo?</p> <p>a) ¿Usted quedó con cortes, moretones o dolores?</p> <p>b) ¿Usted quedó con lesiones en los ojos, dislocaciones, huesos dislocados o quemaduras?</p> <p>c) ¿Usted quedó con heridas profundas, huesos rotos, dientes partidos o cualquier otra lesión grave?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>SI 1</p> <p>NO 2</p>																																																																																																																																																																														
1109	<p>¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en situaciones en que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→ 1111																																																																																																																																																																													
1110	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en situaciones en que él no la estaba golpeando o maltratando?</p>	<p>MUCHAS VECES 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>RARAS VECES 3</p> <p>NUNCA 4</p>																																																																																																																																																																														
1111	<p>¿Su esposo (marido) toma(ba) bebidas alcohólicas?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→ 1113																																																																																																																																																																													
1112	<p>¿Con qué frecuencia se embriaga su esposo (marido), a menudo de vez en cuando o nunca?</p>	<p>A MENUDO 1</p> <p>DE VEZ EN CUANDO 2</p> <p>NUNCA 3</p>																																																																																																																																																																														
1113	<p>¿Usted tiene miedo de su esposo (marido) la mayor parte del tiempo, a veces o nunca?</p>	<p>FRECUENTEMENTE..... 1</p> <p>DE VEZ EN CUANDO 2</p> <p>NUNCA 3</p>																																																																																																																																																																														
1114	<p>VERIFIQUE 609:</p> <p>ESTUVO CASADA O UNIDA MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>ESTUVO CASADA O UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ <input type="checkbox"/></p>		→ 1116																																																																																																																																																																													

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
1115	<p>A Hasta ahora le he estado preguntando sobre el comportamiento de su esposo (marido) actual. Ahora quisiera preguntarle sobre el comportamiento de cualquiera de sus esposos o maridos anteriores.</p> <p>a) ¿Algún esposo o marido anterior alguna vez la golpeó, abofetó, le pateó o le hizo cualquier otra cosa para lastimarle físicamente?</p> <p>b) ¿Algún esposo o marido anterior alguna vez le forzó a tener relaciones sexuales o a hacer ciertos actos sexuales contra su voluntad?</p>	<p>B ¿Hace cuánto tiempo ocurrió esto?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HACE MENOS DE 12 MESES</th> <th>HACE 12 MESES O MÁS</th> <th>NO RECUERDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		HACE MENOS DE 12 MESES	HACE 12 MESES O MÁS	NO RECUERDA	SI	1 →	2	3	NO	2				↓			SI	1 →	2	3	NO	2			
	HACE MENOS DE 12 MESES	HACE 12 MESES O MÁS	NO RECUERDA																								
SI	1 →	2	3																								
NO	2																										
	↓																										
SI	1 →	2	3																								
NO	2																										
1116	<p>VERIFIQUE 601 Y 602:</p> <p>ESTUVO CASADA / VIVIÓ CON UN HOMBRE</p> <p>¿Desde que usted cumplió sus 15 años, alguien que no haya sido su (actual / último) marido le golpeó, le abofetó, le pateó o hizo alguna cosa para lastimarla?</p>	<p>NUNCA SE CASÓ NI VIVIÓ CON UN HOMBRE</p> <p>Desde que usted cumplió sus 15 años alguien le golpeó, le abofetó, le pateó o hizo alguna cosa para lastimarla?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>SE NIEGA A RESPONDER / SIN RESPUESTA 3</p>	→ 1119																							
1117	<p>¿Quién la agredió de esta manera?</p> <p>Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.</p>	<p>MADRE / MADRASTRA A</p> <p>PADRE / PADRASTRO B</p> <p>HERMANA / HERMANO C</p> <p>HIJA / HIJO D</p> <p>OTRO FAMILIAR E</p> <p>NOVIO ACTUAL F</p> <p>EX-NOVIO G</p> <p>EX ENAMORADO H</p> <p>SUEGRO/SUEGRA I</p> <p>OTRO FAMILIAR DEL MARIDO J</p> <p>PROFESOR K</p> <p>JEFE / PERSONA DEL TRABAJO L</p> <p>POLÍCIA / MILITAR M</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																									
1118	<p>¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia esta persona (estas personas) le golpeó (golpearon), le abofetó (abofetearon), le pateó (patearon) o hizo (hicieron) alguna cosa para lastimarla?</p>	<p>MUCHAS VECES 1</p> <p>ALGUNAS VECES 2</p> <p>RARAS VECES 3</p> <p>NUNCA 4</p>																									
1119	<p>VERIFIQUE 201, 226 Y 230</p> <p>ALGUNA VEZ ESTUVO EMBARAZADA ('SI' EN 201 O 226)</p> <p>NUNCA ESTUVO EMBARAZADA</p>			→ 1122																							
1120	<p>¿Alguna vez alguien le golpeó, le abofetó, le pateó o hizo alguna cosa para lastimarla mientras usted estaba embarazada?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>		→ 1122																							
1121	<p>¿Quién le hizo alguna de estas cosas mientras usted estaba embarazada?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS AS RESPUESTAS MENCIONADAS.</p>	<p>ACTUAL ESPOSO / MARIDO A</p> <p>EX-ESPOSO / MARIDO B</p> <p>MADRE / MADRASTRA C</p> <p>PADRE / PADRASTRO D</p> <p>HERMANA / HERMANO E</p> <p>HIJA / HIJO F</p> <p>OTRO FAMILIAR G</p> <p>NOVIO ACTUAL H</p> <p>EX-NOVIO I</p> <p>SUEGRO J</p> <p>SUEGRA K</p> <p>OTRO FAMILIAR DEL MARIDO L</p> <p>PROFESOR M</p> <p>JEFE / PERSONA DEL TRABAJO N</p> <p>POLÍCIA / MILITAR O</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																									
1122	<p>VERIFIQUE 601 Y 602</p> <p>YA ESTUVO CASADA O VIVIÓ CON UN HOMBRE</p> <p>NUNCA ESTUVO CASADA NI VIVIÓ CON UN HOMBRE</p>			→ 1122B																							
1122A	<p>Ahora quiero preguntarle sobre cosas que alguien que no haya sido su esposo/marido (uno de sus esposos /maridos) pudo haberle hecho.</p> <p>¿Alguna vez en su vida, ya sea durante su niñez o como mujer adulta alguien la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>SE NIEGA A RESPONDER NO RESPONDE 3</p>		→ 1123 → 1124A																							

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1122B	¿Alguna vez en su vida, ya sea durante su niñez o como mujer adulta alguien la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería?		SI 1 NO 2 SE NIEGA A RESPONDER NO RESPONDE 3	→1126
1123	¿Quién fue la persona que la forzó? ¿Alguna otra persona? ANOTE TODAS AS RESPUESTAS MENCIONADAS.		ACTUAL ESPOSO / MARIDO A EX-ESPOSO / MARIDO B MADRE / MADRASTRA C PADRE / PADRASTRO D HERMANA / HERMANO E HIJA / HIJO F OTRO FAMILIAR G NOVIO ACTUAL H EX-NOVIO I SUEGRO J SUEGRA K OTRO FAMILIAR DEL MARIDO L PROFESOR M JEFE / PERSONA DEL TRABAJO N POLÍCIA / MILITAR O OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1123A	¿Reportó la violación a alguna institución o persona?		SI 1 NO 2	
1123B	Después de la violación, alguna institución o persona le ofreció algún medicamento para reducir el riesgo del contraer VIH?		SI 1 NO 2	
1124	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNA VEZ CASADA/ VIVIÓ CON UN HOMBRE ¿En los últimos 12 meses, alguien que no fuera su esposo (marido) la forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?	NUNCA ESTUVO CASADA NI VIVIÓ CON UN HOMBRE ¿En los últimos 12 meses, alguien la forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?	SI 1 NO 2 REHUSA RESPONDER / NO RESPONDE 3	
1124A	VERIFIQUE 1105A (h - i) Y 1115A (b) POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGUN 'SI' <input type="checkbox"/>			→ 1126
1125	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNA VEZ CASADA/ VIVIÓ CON UN HOMBRE ¿Cuántos años tenía la primera vez que fue forzada a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales sin que usted lo quiera, por cualquiera, incluyendo su esposo (marido)?	NUNCA ESTUVO CASADA NI VIVIÓ CON UN HOMBRE ¿Cuántos años tenía la primera vez que fue forzada a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales sin que usted lo quiera?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> REHUSA RESPONDER / NO RESPONDE 98	
1126	VERIFIQUE 1105A (a-i), 1115A (a,b), 1116, 1120, 1122A, Y 1122B: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGUN 'SI' <input type="checkbox"/>			→ 1130
1127	Pensando en las experiencias que usted tuvo con las diferentes situaciones de las que hemos estado conversando ¿Usted procuró buscar ayuda?		SI 1 NO 2	→ 1129

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
1128	¿A quién pidió ayuda? ANOTE TODAS AS RESPUESTAS MENCIONADAS.	A SU PROPIA FAMILIA A FAMILIA DEL ESPOSO/MARIDO..... B ACTUAL O EX-ESPOSO/MARIDO..... C ACTUAL O EX-NOVIO D AMIGO(A) / CONOCIDO(A) E SACERDOTE / PASTOR F PERSONAL MÉDICO G JEFE/ALGUIEN DEL TRABAJO H POLICIA I ABOGADO J ORGANIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL K OTRO X (ESPECIFIQUE)																					
1128A	Cuando la han maltratado ¿ usted ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? SI HA ASISTIDO ¿ ¿ a cuál institución ha acudido?	INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN A LA MUJER A ONG B POLICIA C FISCALÍA D OTRO X (ESPECIFIQUE) NUNCA HA BUSCADO AYUDA Z	→ 1128D																				
1128B	VERIFIQUE 1128A: CÓDIGOS "C" O "D" MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGOS "C" O" D" NO MARCADO <input type="checkbox"/>		→ 1128D																				
1128C	¿Considera usted que recibió una respuesta efectiva de las autoridades en relación a su caso?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 1130																				
1128D	¿Cuál es la razón principal por la que usted nunca buscó ayuda?	NO SABÍA DONDE IR 01 DE NADA SIRVE/ NO ERA NECESARIO 02 COSAS DE LA VIDA 03 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACIÓN..... 04 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO 05 MIEDO A CAUSARLE UN PROBLEMA A A LA PERSONA QUE LE PEGÓ 06 VERGÜENZA 07 FALTA DE DINERO 08 OTRA 96 ESPECIFIQUE	→ 1130																				
1129	¿ Usted alguna vez habló con alguien del (los) maltrato(s) que tuvo?	SI 1 NO 2																					
1130	Hasta donde usted sepa ¿ alguna vez su padre golpeó o maltrató a su madre?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																					
AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR LA COOPERACIÓN Y EXPLIQUE NUEVAMENTE SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES BASÁNDOSE SOLAMENTE EN EL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.																							
1132	¿TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGÚN ADULTO QUIZO ESCUCHARLA, O SE ACERCÓ AL LUGAR DE LA ENTREVISTA O INTERFERIÓ DE ALGUNA OTRA MANERA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>SI, MÁS</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>UNA VEZ</th> <th>DE UNA VEZ</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MUJER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI	SI, MÁS	NO		UNA VEZ	DE UNA VEZ		ESPOSO	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	MUJER ADULTA	1	2	3	
	SI	SI, MÁS	NO																				
	UNA VEZ	DE UNA VEZ																					
ESPOSO	1	2	3																				
OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3																				
MUJER ADULTA	1	2	3																				
1133	COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA O EXPLICACIÓN SI EL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA NO FUE CONCLUIDO _____ _____ _____																						
1134	ANOTE LA HORA DEL FIN DE LA ENTREVISTA	HORA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																					

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

PARA LLENAR UNA VEZ TERMINADA LA ENTREVISTA

COMENTARIOS SOBRE LA PERSONA ENTREVISTADA:

COMENTARIOS SOBRE PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

OTROS COMENTARIOS:

OBSERVACIONES DE SUPERVISOR(A)

NOMBRE DE SUPERVISOR(A): _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES DE EDITOR(A)

NOMBRE DE EDITOR(A): _____ FECHA: _____

