

**BOLIVIA**  
**ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD**  
**EDSA 2016**  
**CUESTIONARIO DEL HOGAR**

**I. IDENTIFICACIÓN**

Folio  CODIGO DE BARRAS (STIKER)

UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
1	Cod. Comunidad/Manzana
2	N° Vivienda
3	N° Hogar

**GEOREFERENCIACIÓN**

N° de Punto       Latitud       Longitud       Altura       Precisión

**CÓDIGO GPS/TABLET**

ECOM -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -

Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización

NOMBRE DEL JEFE (A) DEL HOGAR \_\_\_\_\_

VIVIENDA SELECCIONADA PARA ENCUESTA HOMBRES/SELECCIONADA PARA ANEMIA (SI =1, NO=2)

**VISITAS DEL/A ENTREVISTADOR/A**

VISITA	FECHA		PERSONA DE CONTACTO	RESULTADO
	DIA	MES		
PRIMERA				
SEGUNDA				
TERCERA				
CUARTA				
ÚLTIMA <small>(Copie este resultado al recuadro de la carátula)</small>				

**INCIDENCIAS DE CAMPO**

- 1 ENTREVISTA COMPLETA
- 2 ENTREVISTA INCOMPLETA
- 3 TEMPORALMENTE AUSENTES
- 4 INFORMANTE NO CALIFICADO
- 5 FALTA DE CONTACTO
- 6 RECHAZO
- 7 VIVIENDA DESOCUPADA

**II. DATOS DE CONTROL**

TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR.....

TOTAL MUJERES ELEGIBLES DE 14-49.....

TOTAL HOMBRES ELEGIBLES de 15-64.....

Nº. DE ORDEN DEL INFORMANTE.....

CUESTIONARIO \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**INSTANCIA DE SELECCIÓN**

UPM

1. SELECCIONADA
  2. REEMPLAZO
  3. ADICIONAL

VIVIENDA

1. VIVIENDA SELECCIONADA
  2. VIVIENDA OMITIDA
  3. VIVIENDA DE UPM ADICIONAL
  4. VIVIENDA REEMPLAZO

NOMBRE FECHA	ENTREVISTADOR/A	SUPERVISOR/A-EDITOR/A	SUPERVISOR/A GENERAL	TÉCNICO DEPARTAMENTAL

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA HORA .....    
MINUTOS .....

**La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos**

SECCIÓN III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR				
1	NÚMERO DE ORDEN DE PERSONAS REGISTRADAS	01	02	03
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí. Comencemos por el jefe/la jefa del hogar.	NOMBRE		
3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? VERIFICAR EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO
4	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe/la jefa del hogar?	JEFE O JEFA DEL HOGAR..... 01	ESPOSO/ A O CONVIVIENTE..... 02 HUO/ A..... 03 ENTENADO/ A/HUJASTRO/A..... 04 YERNO O NUERA..... 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A..... 06 PADRES..... 07 SUEGROS..... 08 NIETO/ NIETA..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO..... 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR..... 13	HUO/ A..... 03 AYMARA..... 04 YERNO O NUERA..... 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A..... 06 PADRES..... 07 SUEGROS..... 08 NIETO/ NIETA..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO..... 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR..... 13
5	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
6	Indague quién es el..... ¿Esposo/a ó compañero/a de (NOMBRE)? ¿Padre/padrastro de (NOMBRE)? ¿Madre/madrastro de (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE ANOTE "00" SI NO APLICA O NO VIVE EN EL HOGAR	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....
7	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez (NOMBRE)?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9 NO SABE TODAVIA..... 8 → 9	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9 NO SABE TODAVIA..... 8 → 9
8	¿Qué idiomas habla actualmente (NOMBRE)? ¿Algún otro idioma? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CODIGOS DE TODOS LOS IDIOMAS MENCIONADOS.	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y
9	¿Cómo boliviano o boliviana a qué nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece (NOMBRE)?	NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3
10	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
11	¿Dormió (NOMBRE) anoche aquí?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.</b>	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.</b>	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.</b>
12	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niñas/os, ancianas/os, no familiares o huéspedes y/o personas con discapacidad?	SI <input type="checkbox"/> REGISTRE EN COLUMNA RESPECTIVA Y HAGA PREGUNTAS 2 A 11 NO <input type="checkbox"/> CONTINUE CON PREGUNTA 13		
13	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 14 A 49 AÑOS	01	02	03
14	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS HOMBRES DE 15 A 64 AÑOS	01	02	03
15	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS/OS NIÑAS/OS NACIDOS DESDE ENERO DE 2011		02	03
SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS
16	¿Está vivo el padre biológico de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)
17	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE
18	¿Está viva la madre biológica de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)
19	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE. ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE
20	¿Tiene (NOMBRE) Certificado o Acta de nacimiento? SI "SI", PREGUNTE: ¿Puedo verlo? SI LE MUESTRA EL CERTIFICADO: VERIFIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO, CORRIGA LA EDAD SI ES NECESARIO EN LA PREGUNTA 3.	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8

SECCIÓN IV. EDUCACIÓN Y SALUD			
COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01	02	03
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
<b>SECCIÓN IV- A: DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO</b>	<b>MENORES DE 6 AÑOS</b>	<b>MENORES DE 6 AÑOS</b>	<b>MENORES DE 6 AÑOS</b>
21. A veces los adultos que cuidan a las/os niñas/os tienen que realizar quehaceres del hogar como ir de compras, lavar la ropa, y otras tareas, y deben dejar a las/os niñas/os en casa. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se quedó (NOMBRE) solo o al cuidado de otra/o niña/o menor de 10 años?		SIEMPRE..... 1 A VECES..... 2 NUNCA..... 3	SIEMPRE..... 1 A VECES..... 2 NUNCA..... 3
22. Durante este año (NOMBRE) ¿asiste a algún centro o establecimiento de enseñanza preescolar o de aprendizaje temprano?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←
23. ¿A que tipo de establecimiento asiste (NOMBRE)?:		GUARDERÍA PÚBLICA..... 1 GUARDERÍA PRIVADA..... 3 PREESCOLAR PÚBLICO..... 4 PREESCOLAR PRIVADO..... 5 PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	GUARDERÍA PÚBLICA..... 1 GUARDERÍA PRIVADA..... 3 PREESCOLAR PÚBLICO..... 4 PREESCOLAR PRIVADO..... 5 PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)
<b>SECCIÓN IV- B: EDUCACIÓN</b>	<b>4 AÑOS Y MÁS</b>	<b>4 AÑOS Y MÁS</b>	<b>4 AÑOS Y MÁS</b>
24. ¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
25. ¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad? SI ES "NO" SONDEE: ¿Ni un solo año?	SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.
26. ¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que (NOMBRE) aprobó?	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10
<b>SECCIÓN IV- C: ASISTENCIA ACTUAL</b>	<b>4 A 24 AÑOS</b>	<b>4 A 24 AÑOS</b>	<b>4 A 24 AÑOS</b>
27. Actualmente, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún curso o grado de educación escolar, alternativa, superior o postgrado?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←
28. ¿A qué nivel y curso de educación escolar, alternativa, superior o postgrado se inscribió/matriculó (NOMBRE) este año?	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	NIVEL CURSO NINGUNO..... 01 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADUADO..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10
29. Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste al nivel y curso al que se inscribió/matriculó este 2016?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
29A.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.
<b>SECCIÓN IV- D: SALUD</b>	<b>TODOS LOS MIEMBROS</b>	<b>TODOS LOS MIEMBROS</b>	<b>TODOS LOS MIEMBROS</b>
30. ¿El año pasado 2015, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún médico tradicional/curandero/naturista?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
30A. ¿El año pasado 2015, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún establecimiento o servicio de salud?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←
31. Su visita al establecimiento de salud, fue por: A ¿Control de salud/chequeo? B ¿Atención por enfermedad? C ¿Atención por accidente? D ¿Atención por golpe fuerte producto de violencia? E ¿Información en salud?	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8
32. ¿Tuvo (NOMBRE) algún problema de salud en los últimos tres meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←

COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01			02			03			
	NOMBRE			NOMBRE			NOMBRE			
	AÑOS CUMPLIDOS.....			AÑOS CUMPLIDOS.....			AÑOS CUMPLIDOS.....			
33	El problema de salud que tuvo (NOMBRE) fue:		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS	
A	¿Diarrea?	DIARREA .....	1 2 8	DIARREA .....	1 2 8	DIARREA .....	1 2 8	DIARREA .....	1 2 8	
B	¿Tos con respiración rápida y fiebre elevada?	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA .....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA .....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA .....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA .....	1 2 8	
C	¿Tos por más de 15 días?	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS .....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS .....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS .....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS .....	1 2 8	
D	¿Accidente/trauma/caída?	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	
E	¿Heridas o golpes por agresión?	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN .....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN .....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN .....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN .....	1 2 8	
F	¿Problemas en la piel?	PROBLEMAS DE LA PIEL .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL .....	1 2 8	
G	¿Problemas de la vista?	PROBLEMAS DE LA VISTA .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA .....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA .....	1 2 8	
H	¿Problemas del oído?	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	
I	¿Alguna discapacidad física, mental o sensorial?	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA .....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA .....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA .....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA .....	1 2 8	
J	¿Buco dental?	BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8	
K	¿Malaria?	MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8	
L	¿Dengue?	DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8	
M	¿Chagas?	CHAGAS .....	1 2 8	CHAGAS .....	1 2 8	CHAGAS .....	1 2 8	CHAGAS .....	1 2 8	
N	¿Leishmaniasis?	LEISHMANIASIS .....	1 2 8	LEISHMANIASIS .....	1 2 8	LEISHMANIASIS .....	1 2 8	LEISHMANIASIS .....	1 2 8	
O	¿Patología (enfermedad) tradicional del lugar?	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	
		(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	
X	¿Otro problema?	OTRO PROBLEMA .....	1 2 8	OTRO PROBLEMA .....	1 2 8	OTRO PROBLEMA .....	1 2 8	OTRO PROBLEMA .....	1 2 8	
		(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	
34	¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(s) problema(s) de salud?	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X NO SABE..... Z	A B C F G H I J K L M N O P X Z	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X NO SABE..... Z	A B C F G H I J K L M N O P X Z	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X NO SABE..... Z	A B C F G H I J K L M N O P X Z			
35		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.				
36	En el establecimiento de salud al que usted y/o su familia acude normalmente, el Personal de Salud:		SI NO		SI NO		SI NO			
A	¿Les atiende en su idioma?	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1 2			
B	¿Respetan sus costumbres?	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2			
C	¿Les pide permiso para realizar un procedimiento médico?	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2			
D	¿Les explica sobre el procedimiento médico que va a realizar?	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2			
E	¿Acepta que ustedes tengan un acompañante cuando están consultando?	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2			
F	¿Respetan la privacidad de ustedes?	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2			
G	¿Les brinda información en temas de salud?	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2			
37		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>				
38	¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud?	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X NO SABE..... Z	A B C D E F G H I J K L X Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X NO SABE..... Z	A B C D E F G H I J K L X Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X NO SABE..... Z	A B C D E F G H I J K L X Z			
38A	¿En los últimos tres meses usted recibió o compró medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4		CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4		CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4				
<b>SECCIÓN IV - E: ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES</b>										
<b>18 AÑOS Y MÁS</b>				<b>18 AÑOS Y MÁS</b>				<b>18 AÑOS Y MÁS</b>		
39	¿Tiene (NOMBRE) algún problema de salud, herida o enfermedad persistente diagnosticada en los últimos doce meses?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←				
40	El problema de salud que tiene (NOMBRE) es:		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS			
A	¿Diabetes?	DIABETES .....	1 2 8	DIABETES .....	1 2 8	DIABETES .....	1 2 8			
B	¿Obesidad?	OBESIDAD .....	1 2 8	OBESIDAD .....	1 2 8	OBESIDAD .....	1 2 8			
C	¿Hipertensión arterial? (presión alta)	HIPERTENSION ARTERIAL .....	1 2 8	HIPERTENSION ARTERIAL .....	1 2 8	HIPERTENSION ARTERIAL .....	1 2 8			
D	¿Cáncer?	CANCER .....	1 2 8	CANCER .....	1 2 8	CANCER .....	1 2 8			
E	¿Enfermedad del corazón o vasos sanguíneos?	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS .....	1 2 8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS .....	1 2 8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS .....	1 2 8			
F	¿Enfermedad respiratoria crónica?	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS .....	1 2 8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS .....	1 2 8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS .....	1 2 8			
G	¿Enfermedad renal?	ENFERMEDAD RENAL .....	1 2 8	ENFERMEDAD RENAL .....	1 2 8	ENFERMEDAD RENAL .....	1 2 8			
X	¿Otro?	OTRO .....	1 2 8	OTRO .....	1 2 8	OTRO .....	1 2 8			
		(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8	(ESPECIFIQUE) .....	1 2 8			

COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01		02		03	
	NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
	AÑOS CUMPLIDOS.....	<input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS.....	<input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS.....	<input type="text"/>
41	¿Dónde fue atendido (NOMBRE) por este(os) problema(s) de salud?  ¿Algún otro lugar?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... E OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/..... I MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE..... K COMUNITARIO DE SALUD..... L VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI..... O NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/..... I MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE..... K COMUNITARIO DE SALUD..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI..... O NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/..... I MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) <b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE..... K COMUNITARIO DE SALUD..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI..... O NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
42		<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS..... 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS..... 43	<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS..... 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS..... 43	<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS..... 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS..... 43		
43	¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud?  ¿Alguna otra razón?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D NO CAPACITADO..... E NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D NO CAPACITADO..... E NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D NO CAPACITADO..... E NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
	LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL	14 AÑOS O MÁS	14 AÑOS O MÁS	14 AÑOS O MÁS		
44	¿Conoce o ha oído hablar de la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Ley 475) que permite atención gratuita a los siguientes grupos de personas: A Embarazadas? B Niños y niñas menores de 5 años? C Hombre y mujer de 60 y mas años de edad? D Personas con discapacidad? X Otras personas?	SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MÁS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		
45	¿Sabe que para recibir atención de enfermedades que no son urgencias o emergencias debe acudir al primer nivel de ATENCIÓN (Centro o Puesto de Salud)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2		
	ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS		
46	A continuación le haré algunas preguntas para saber si en su hogar vive alguna persona con limitación o dificultad permanente que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias. ¿(NOMBRE) tiene alguna limitación o dificultad permanente:	SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		
47	¿(NOMBRE) Tiene Carnet de Persona con Discapacidad?  SI "SI". SOLICITE Y REGISTRE LA FECHA DEL CARNET Y TIPO DE DISCAPACIDAD	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 FECH..... DÍA..... MES..... AÑO..... (TIPO DE DISCAPACIDAD)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 FECH..... DÍA..... MES..... AÑO..... (TIPO DE DISCAPACIDAD)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 FECH..... DÍA..... MES..... AÑO..... (TIPO DE DISCAPACIDAD)		
48		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49		

04	05	06	07
NOMBRE			
AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
HIJO/ A ..... 03 ENTENADO/A/HUASTRO/A ..... 04 YERNO O NUERA ..... 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A ..... 06 PADRES ..... 07 SUEGROS ..... 08 NIETO/ NIETA ..... 09 OTRO PARIENTE ..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE ..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO ..... 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR ..... 13			
HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2			
SU ESPOSO/ A ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SU PADRE/ PADRASTRO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SU MADRE/ MADRASTRA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
QUECHUA ..... 1 AYMARA ..... 2 CASTELLANO ..... 3 GUARANI ..... 4 OTRO NATIVO (ESPECIFIQUE) ..... 5 EXTRANJERO ..... 6 NO PUEDE HABLAR ..... 7 → 9 NO SABE TODAVIA ..... 8 → 9			
QUECHUA ..... A AYMARA ..... B CASTELLANO ..... C GUARANI ..... D OTRO NATIVO (ESPECIFIQUE) ..... X EXTRANJERO (ESPECIFIQUE) ..... Y			
NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO (ESPECIFIQUE) ..... 1 NO PERTENECE ..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA ..... 3			
SI ..... 1 NO ..... 2			
SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.</b>			
04	05	06	07
04	05	06	07
04	05	06	07
MENOR DE 18 AÑOS			
SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 <b>(PASE A 18)</b> ← <input type="text"/>			
NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE <input type="text"/> <input type="text"/>			
SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 <b>(PASE A 20)</b> ← <input type="text"/>			
NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE <input type="text"/> <input type="text"/>			
SI TIENE, VISTO ..... 1 SI TIENE, NO VISTO ..... 2 NO TIENE ..... 3 NO SABE ..... 8			

04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS	
SIEMPRE.....	1	SIEMPRE.....	1	SIEMPRE.....	1	SIEMPRE.....	1
A VECES.....	2	A VECES.....	2	A VECES.....	2	A VECES.....	2
NUNCA.....	3	NUNCA.....	3	NUNCA.....	3	NUNCA.....	3
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
(PASE A 24)		(PASE A 24)		(PASE A 24)		(PASE A 24)	
GUARDERÍA PÚBLICA.....	1	GUARDERÍA PÚBLICA.....	1	GUARDERÍA PÚBLICA.....	1	GUARDERÍA PÚBLICA.....	1
GUARDERÍA PRIVADA.....	2	GUARDERÍA PRIVADA.....	2	GUARDERÍA PRIVADA.....	2	GUARDERÍA PRIVADA.....	2
GUARDERÍA DE CONVENIO.....	3	GUARDERÍA DE CONVENIO.....	3	GUARDERÍA DE CONVENIO.....	3	GUARDERÍA DE CONVENIO.....	3
PREESCOLAR PÚBLICO.....	4	PREESCOLAR PÚBLICO.....	4	PREESCOLAR PÚBLICO.....	4	PREESCOLAR PÚBLICO.....	4
PREESCOLAR PRIVADO.....	5	PREESCOLAR PRIVADO.....	5	PREESCOLAR PRIVADO.....	5	PREESCOLAR PRIVADO.....	5
PREESCOLAR DE CONVENIO.....	6	PREESCOLAR DE CONVENIO.....	6	PREESCOLAR DE CONVENIO.....	6	PREESCOLAR DE CONVENIO.....	6
PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD.....	7	PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD.....	7	PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD.....	7	PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD.....	7
OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE).....	96	OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE).....	96	OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE).....	96	OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE).....	96
4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS	
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO, NUNCA ASISTIÓ.....	2	NO, NUNCA ASISTIÓ.....	2	NO, NUNCA ASISTIÓ.....	2	NO, NUNCA ASISTIÓ.....	2
PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,	
NIVEL CURSO		NIVEL CURSO		NIVEL CURSO		NIVEL CURSO	
NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03
<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>	
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05
<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>	
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06
UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....	
LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07
POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
(PASE A 30)		(PASE A 30)		(PASE A 30)		(PASE A 30)	
NIVEL CURSO		NIVEL CURSO		NIVEL CURSO		NIVEL CURSO	
NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0	NINGUNO.....	01 0
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03
<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>		<b>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</b>	
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05
<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		<b>EDUCACIÓN SUPERIOR</b>	
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06
UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....		UNIVERSIDAD.....	
LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07	LICENCIATURA.....	07
POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08	POSTGRADO.....	08
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	
TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS	
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
(PASE A 32)		(PASE A 32)		(PASE A 32)		(PASE A 32)	
SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS	
CONTROL DE SALUD/CHEQUEO.....	1 2 8	CONTROL DE SALUD/CHEQUEO.....	1 2 8	CONTROL DE SALUD/CHEQUEO.....	1 2 8	CONTROL DE SALUD/CHEQUEO.....	1 2 8
ATENCIÓN POR ENFERMEDAD.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ENFERMEDAD.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ENFERMEDAD.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ENFERMEDAD.....	1 2 8
ATENCIÓN POR ACCIDENTE.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ACCIDENTE.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ACCIDENTE.....	1 2 8	ATENCIÓN POR ACCIDENTE.....	1 2 8
ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA.....	1 2 8	ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA.....	1 2 8	ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA.....	1 2 8	ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA.....	1 2 8
INFORMACIÓN EN SALUD.....	1 2 8	INFORMACIÓN EN SALUD.....	1 2 8	INFORMACIÓN EN SALUD.....	1 2 8	INFORMACIÓN EN SALUD.....	1 2 8
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
NO SABE.....	8	NO SABE.....	8	NO SABE.....	8	NO SABE.....	8
(PASE A 39)		(PASE A 39)		(PASE A 39)		(PASE A 39)	

04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
DIARREA.....	SI NO NS 1 2 8	DIARREA.....	SI NO NS 1 2 8	DIARREA.....	SI NO NS 1 2 8	DIARREA.....	SI NO NS 1 2 8
TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA.....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA.....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA.....	1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA.....	1 2 8
TOS POR MÁS DE 15 DÍAS.....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS.....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS.....	1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS.....	1 2 8
ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1 2 8
HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.....	1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.....	1 2 8
PROBLEMAS DE LA PIEL.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA PIEL.....	1 2 8
PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1 2 8	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1 2 8
PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1 2 8
ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	1 2 8
BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8	BUCO DENTAL.....	1 2 8
MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8	MALARIA.....	1 2 8
DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8	DENGUE.....	1 2 8
CHAGAS.....	1 2 8	CHAGAS.....	1 2 8	CHAGAS.....	1 2 8	CHAGAS.....	1 2 8
LEISHMANIASIS.....	1 2 8	LEISHMANIASIS.....	1 2 8	LEISHMANIASIS.....	1 2 8	LEISHMANIASIS.....	1 2 8
PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1 2 8
(ESPECIFIQUE).....	1 2 8	(ESPECIFIQUE).....	1 2 8	(ESPECIFIQUE).....	1 2 8	(ESPECIFIQUE).....	1 2 8
OTRO PROBLEMA.....	1 2 8	OTRO PROBLEMA.....	1 2 8	OTRO PROBLEMA.....	1 2 8	OTRO PROBLEMA.....	1 2 8
(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....	
<b>SECTOR PÚBLICO</b>		<b>SECTOR PÚBLICO</b>		<b>SECTOR PÚBLICO</b>		<b>SECTOR PÚBLICO</b>	
HOSPITAL PÚBLICO.....	A	HOSPITAL PÚBLICO.....	A	HOSPITAL PÚBLICO.....	A	HOSPITAL PÚBLICO.....	A
HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	B	HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	B	HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	B	HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	B
CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....	C	CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....	C	CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....	C	CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....	C
POLICLINICO/ POLICONSULTORIO.....	D	POLICLINICO/ POLICONSULTORIO.....	D	POLICLINICO/ POLICONSULTORIO.....	D	POLICLINICO/ POLICONSULTORIO.....	D
CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....	E	CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....	E	CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....	E	CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....	E
OTRO PÚBLICO.....	(ESPECIFIQUE)	OTRO PÚBLICO.....	(ESPECIFIQUE)	OTRO PÚBLICO.....	(ESPECIFIQUE)	OTRO PÚBLICO.....	(ESPECIFIQUE)
<b>SECTOR PRIVADO</b>		<b>SECTOR PRIVADO</b>		<b>SECTOR PRIVADO</b>		<b>SECTOR PRIVADO</b>	
HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....	F	HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....	F	HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....	F	HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....	F
CLÍNICA PRIVADA.....	G	CLÍNICA PRIVADA.....	G	CLÍNICA PRIVADA.....	G	CLÍNICA PRIVADA.....	G
CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....	H	CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....	H	CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....	H	CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....	H
CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....	I	CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....	I	CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....	I	CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....	I
OTRO PRIVADO.....	J	OTRO PRIVADO.....	J	OTRO PRIVADO.....	J	OTRO PRIVADO.....	J
(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....	
<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b>		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b>		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b>		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b>	
PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.....	K	PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.....	K	PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.....	K	PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.....	K
VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....	L	VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....	L	VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....	L	VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....	L
FARMACIA.....	M	FARMACIA.....	M	FARMACIA.....	M	FARMACIA.....	M
AMIGO/FAMILIAR.....	N	AMIGO/FAMILIAR.....	N	AMIGO/FAMILIAR.....	N	AMIGO/FAMILIAR.....	N
MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....	O	MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....	O	MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....	O	MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....	O
NO LO LLEVARON / NO FUE.....	P	NO LO LLEVARON / NO FUE.....	P	NO LO LLEVARON / NO FUE.....	P	NO LO LLEVARON / NO FUE.....	P
OTRO LUGAR.....	X	OTRO LUGAR.....	X	OTRO LUGAR.....	X	OTRO LUGAR.....	X
(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....	
NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z
<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38 CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38 CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38 CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39		<b>VEA PREGUNTA 34.</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38 CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39	
LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	SI NO 1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	SI NO 1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	SI NO 1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	SI NO 1 2
RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1 2
PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1 2
EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1 2
ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO.....	1 2
RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1 2
LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1 2
<b>PASE A PREGUNTA 39</b>		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>		<b>PASE A PREGUNTA 39</b>	
HAY QUE ESPERAR MUCHO.....	A	HAY QUE ESPERAR MUCHO.....	A	HAY QUE ESPERAR MUCHO.....	A	HAY QUE ESPERAR MUCHO.....	A
NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO.....	B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO.....	B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO.....	B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO.....	B
PERSONAL POCO AMABLE.....	C	PERSONAL POCO AMABLE.....	C	PERSONAL POCO AMABLE.....	C	PERSONAL POCO AMABLE.....	C
PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO.....	D	PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO.....	D	PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO.....	D	PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO.....	D
NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....	E	NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....	E	NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....	E	NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....	E
NO ES LIMPIO.....	F	NO ES LIMPIO.....	F	NO ES LIMPIO.....	F	NO ES LIMPIO.....	F
QUEDA MUY LEJOS.....	G	QUEDA MUY LEJOS.....	G	QUEDA MUY LEJOS.....	G	QUEDA MUY LEJOS.....	G
NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....	H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....	H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....	H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....	H
HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....	I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....	I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....	I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....	I
NO TENIA DINERO.....	J	NO TENIA DINERO.....	J	NO TENIA DINERO.....	J	NO TENIA DINERO.....	J
NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....	K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....	K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....	K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....	K
NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....	L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....	L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....	L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....	L
OTRA RAZÓN.....	X	OTRA RAZÓN.....	X	OTRA RAZÓN.....	X	OTRA RAZÓN.....	X
(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....	
NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z	NO SABE.....	Z
CON RECETA MEDICA.....	1	CON RECETA MEDICA.....	1	CON RECETA MEDICA.....	1	CON RECETA MEDICA.....	1
SIN RECETA MEDICA.....	2	SIN RECETA MEDICA.....	2	SIN RECETA MEDICA.....	2	SIN RECETA MEDICA.....	2
NO.....	3	NO.....	3	NO.....	3	NO.....	3
NO SABE / NO RECUERDA.....	4	NO SABE / NO RECUERDA.....	4	NO SABE / NO RECUERDA.....	4	NO SABE / NO RECUERDA.....	4
<b>18 AÑOS Y MÁS</b>		<b>18 AÑOS Y MÁS</b>		<b>18 AÑOS Y MÁS</b>		<b>18 AÑOS Y MÁS</b>	
SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1	SI.....	1
NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2	NO.....	2
(PASE A 44) ←		(PASE A 44) ←		(PASE A 44) ←		(PASE A 44) ←	
<b>DIABETES</b> .....	SI NO NS 1 2 8	<b>DIABETES</b> .....	SI NO NS 1 2 8	<b>DIABETES</b> .....	SI NO NS 1 2 8	<b>DIABETES</b> .....	SI NO NS 1 2 8
<b>OBESIDAD</b> .....	1 2 8	<b>OBESIDAD</b> .....	1 2 8	<b>OBESIDAD</b> .....	1 2 8	<b>OBESIDAD</b> .....	1 2 8
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b> .....	1 2 8	<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b> .....	1 2 8	<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b> .....	1 2 8	<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b> .....	1 2 8
<b>CANCER</b> .....	1 2 8	<b>CANCER</b> .....	1 2 8	<b>CANCER</b> .....	1 2 8	<b>CANCER</b> .....	1 2 8
<b>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS</b> .....	1 2 8	<b>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS</b> .....	1 2 8	<b>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS</b> .....	1 2 8	<b>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS</b> .....	1 2 8
<b>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS</b> .....	1 2 8	<b>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS</b> .....	1 2 8	<b>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS</b> .....	1 2 8	<b>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS</b> .....	1 2 8
<b>ENFERMEDAD RENAL</b> .....	1 2 8	<b>ENFERMEDAD RENAL</b> .....	1 2 8	<b>ENFERMEDAD RENAL</b> .....	1 2 8	<b>ENFERMEDAD RENAL</b> .....	1 2 8
OTRO.....	1 2 8	OTRO.....	1 2 8	OTRO.....	1 2 8	OTRO.....	1 2 8
(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....		(ESPECIFIQUE).....	



04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO ..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO ..... E (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO ..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO ..... E (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO ..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO ..... E (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO ..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO ..... E (ESPECIFIQUE)	
<b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO ..... J (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO ..... J (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO ..... J (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO ..... J (ESPECIFIQUE)	
<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z		<b>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</b> PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ..... K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	
<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43		<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43		<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43		<b>VEA PREGUNTA 41</b> CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43	
HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE..... C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
14 AÑOS O MÁS		14 AÑOS O MÁS		14 AÑOS O MÁS		14 AÑOS O MÁS	
SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		SI NO NS EMBARAZADAS..... 1 2 8 NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8 HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8 OTRO ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
<b>TODOS LOS MIEMBROS</b> SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS ..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 48 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		<b>TODOS LOS MIEMBROS</b> SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS ..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 48 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		<b>TODOS LOS MIEMBROS</b> SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS ..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 48 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)		<b>TODOS LOS MIEMBROS</b> SI NO NS PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS ..... 1 2 8 PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8 PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8 PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8 48 PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8 OTRA ..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	
SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 } 48 FECHA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD)		SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 } 48 FECHA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD)		SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 } 48 FECHA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD)		SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 } 48 FECHA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD)	
<b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30</b> <b>SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.</b>		<b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30</b> <b>SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.</b>		<b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30</b> <b>SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.</b>		<b>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30</b> <b>SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.</b>	

**SECCIÓN V: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
49	¿Cuál es el material de construcción más utilizado en las paredes de su vivienda?	LADRILLO/ BLOQUE DE CEMENTO/ HORMIGÓN..... 01 ADOBE/ TAPIAL ..... 02 TABIQUE/ QUINCHE..... 03 PIEDRA.. ..... 04 MADERA. .... 05 CAÑA/ PALMA/ TRONCO..... 06  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
50	¿Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?	SI..... 1 NO..... 2	
51	¿Cuál es el material más utilizado en los techos de su vivienda?	CALAMINA O PLANCHA..... 01 TEJA (CEMENTO/ ARCILLA/ FIBROCEMENTO)..... 02 LOSA DE HORMIGÓN ARMADO..... 03 PAJA/ CAÑA/ PALMA/ BARRO. .... 04  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
52	¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de su vivienda?	TIERRA... ..... 01 TABLÓN DE MADERA..... 02 MACHIHEMBRE / PARQUET..... 03 ALFOMBRA/ TAPIZÓN..... 04 CEMENTO..... 05 MOSAICO / BALDOSAS / CERÁMICA..... 06 LADRILLO..... 07  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
53	¿Usa energía eléctrica para alumbrar esta vivienda?	SI..... 1 NO..... 2	
55	¿Principalmente el agua para uso de su hogar, proviene de... Cañería de red dentro de la vivienda? Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno? Pileta pública? Pozo perforado o entubado, con bomba? Pozo excavado cubierto, con bomba? Pozo excavado cubierto, sin bomba? Pozo excavado no cubierto? Manantial o Vertiente protegida? Río/Acequia/Vertiente no protegida? Agua embotellada? Carro repartidor (Aguatero)? Otro? (Especifique)	CAÑERÍA DE RED DENTRO DE LA VIVIENDA? 01 CAÑERÍA DE RED FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL LOTE O TERRENO? 02  PILETA PÚBLICA? 03 POZO PERFORADO O ENTUBADO, CON BOMBA? 04 POZO EXCAVADO CUBIERTO, CON BOMBA? 05 POZO EXCAVADO CUBIERTO, SIN BOMBA? 06 POZO EXCAVADO NO CUBIERTO? 07 MANANTIAL O VERTIENTE PROTEGIDA? 08 RÍO/ACEQUIA/VERTIENTE NO PROTEGIDA? 09 AGUA EMBOTELLADA? 10 CARRO REPARTIDOR (AGUATERO)? 11 OTRO? _____ 12 (ESPECIFIQUE)	} 59  → 60
55A	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  EN EL SITIO 996	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
57	¿Usted hace algún tratamiento al agua para beber?	SI ..... 1 NO LA TRATA ..... 2 NO SABE ..... 8	59
58	¿Generalmente en qué consiste ese tratamiento?  SONDEE: ¿Alguna otra cosa?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	HIERVE ..... A LA CLORAN (LAVANDINA)..... B FILTRA CON TELA ..... C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTRO) ..... D LA PURIFICAN CON LUZ SOLAR ..... E LA DEJA REPOSAR ..... F LA CUELAN ..... G  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	
59	¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha estado disponible el agua de esta fuente?	TODO EL TIEMPO ..... 1 UNAS POCAS HORAS DIARIAS ..... 2 ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA ..... 3 MENOS FRECUENTEMENTE ..... 4 NO SABE ..... 8	
60	¿Tiene baño, servicio sanitario o letrina?	SI ..... 1 NO ..... 2	63
61	¿El baño, servicio sanitario o letrina tiene desagüe..... A la red de alcantarillado?..... A una cámara séptica?..... A un pozo ciego/absorción?..... A la superficie (calle/quebrada/río)?..... No sabe?.....	A LA RED DE ALCANTARILLADO..... 1 A UNA CAMARA SEPTICA..... 2 A UN POZO CIEGO/ABSORCION..... 3 A LA SUPERFICIE (CALLE/QUEBRADA/RIO)..... 4 NO SABE..... 5	
62	¿El baño, servicio sanitario o letrina es usado sólo por su hogar o es compartido con otros hogares?	USADO SOLO POR SU HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
63	Principalmente ¿qué tipo de combustible o energía utiliza para cocinar/ preparar sus alimentos?	LEÑA..... 1 GUANO / BOSTA O TAQUIA..... 2 GAS LICUADO (GARRAFA) ..... 3 GAS NATURAL POR RED (CAÑERÍA)..... 4 ELECTRICIDAD..... 5 NO COCINA..... 6 OTRO ..... 7 (ESPECIFIQUE)	
64	¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
65	¿Cuántos cuartos o habitaciones de esta vivienda ocupa su hogar, sin contar baño, cocina, lavandería, garage, depósito o negocio?	NUMERO DE HABITACIONES ..... <input type="text"/>	
66	De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos usan exclusivamente para dormir?	NUMERO DE DORMITORIOS ..... <input type="text"/>	
67	¿Conviven con animales en el interior de la vivienda?  Si la respuesta es positiva, preguntar ¿Qué animales?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS ANIMALES MENCIONADOS.  SONDEE: ¿Algún otro animal?	CON PERROS ..... A CON GATOS ..... B CON CONEJOS/CUISES ..... C CON GALLINAS ..... D CON OTROS ANIMALES ..... X (ESPECIFIQUE) NO TIENE ANIMALES..... Y	



**IDENTIFICACION**

FOLIO    -              -  -

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR \_\_\_\_\_

**SECCION VI: SAL YODADA, PESO Y TALLA DE MUJERES Y NINAS/OS**

75	¿Qué tipo de sal y que marca utilizó ayer para cocinar?  HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL UTILIZADA AYER PARA COCINAR.	SAL EN BOLSAS CON SELLO..... 1	76	EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES:  <b>POSITIVO</b> ..... 1 (COLOR MORADO)  <b>NEGATIVO</b> ..... 2 (NO CAMBIA DE COLOR)
		(ESPECIFIQUE MARCA)		
		SAL EN BOLSAS SIN SELLO..... 2		
		(ESPECIFIQUE MARCA)		
		SAL EN BLOQUE..... 3		
		SAL GRANULADA..... 4		
NINGUNA SAL..... 5 → 77				
		OTRA..... 6		
		(ESPECIFIQUE)		

77 REVISAR LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 y 13: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES DE 14 A 49 AÑOS

PREGUNTAS 78 A 81 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA				PESO Y TALLA DE MUJERES DE 14 A 49 AÑOS		
78	79	80	81	82	83	84
No. DE ORDEN	NOMBRE	EDAD	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	RESULTADO: 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO
			DÍA MES AÑO			
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>

85 REVISAR LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 y 15: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE TODAS/OS LAS/OS NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS

PREGUNTAS 86 A 89 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA				PESO Y TALLA DE NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS			
86	87	88	89	90	91	92	93
No. DE ORDEN	NOMBRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO	EDAD DE LA NIÑA O DEL NIÑO	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO: (<2 AÑOS) MEDIDO DE PIE: (DE 2 AÑOS Y MÁS)	RESULTADO: 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO
		AÑOS	DÍA MES AÑO			ACOSTADO DE PIE	
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	↓ 1 ↓ 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDIÓ    NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN**

FOLIO    -               -  -

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR \_\_\_\_\_

**SECCIÓN VII. MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA EN MUJERES Y NIÑAS/OS**

PREGUNTAS 94 Y 95 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA		MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA A MUJERES DE 14 A 49 AÑOS			
94	95	96	97	98	99
<b>REVISE LAS PREG. 1,2,3 Y 13:</b> <b>NRO. DE ORDEN</b> <b>NOMBRE</b>	<b>NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE</b> <b>REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR</b>	<b>LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE*</b>  <b>CIRCULE CÓDIGO</b>	<b>NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)</b>	<b>ACTUALMENTE EMBARAZADA</b>	<b>RESULTADO</b> 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMA MUJER	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<b>SI NO/NS</b> 1                      2	<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMA MUJER	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMA MUJER	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMA MUJER	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1                      2	<input type="text"/>

**100** REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2,15,17 Y 19: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE O MADRE DE TODOS LAS/OS NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS

PREGUNTAS 101 Y 102 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA		MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA A NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS			
101	102	103	104		105
<b>REVISE LAS PREG. 1, 2, 3 y 15</b> <b>NRO. DE ORDEN</b> <b>NOMBRE</b>	<b>NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE</b> <b>REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR</b>	<b>LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE*</b>  <b>CIRCULE CÓDIGO</b>	<b>NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)</b>		<b>RESULTADO</b> 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMO NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMO NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMO NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMO NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> _____ NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>OTORGADO RECHAZO</b> 1                      2 PRÓXIMO NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>

**\* CONSENTIMIENTO**

Como parte de esta encuesta, estamos estudiando anemia entre mujeres y niñas/os. La anemia es un serio problema de salud que resulta de la nutrición inadecuada. La encuesta ayudará a desarrollar programas para tratar y prevenir la anemia. Solicitamos que usted (y sus hijas/os nacidas/os desde enero de 2011) participen en la prueba de anemia que se hace en esta encuesta.

La prueba utiliza instrumentos estériles desechables que son limpios y completamente seguros. La sangre será analizada con equipo nuevo y los resultados le serán entregados inmediatamente. Estos resultados se mantendrán en forma confidencial.

Por favor, le pido ahora que usted y (NOMBRE DEL/LA NIÑA/O O NIÑAS/OS) participen en la prueba de anemia.

**OBSERVACIONES DEL/DE LA ENTREVISTADOR/ A**  
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)

Comentarios acerca de  
la entrevista:

---

---

---

---

---

---

Comentarios sobre  
preguntas específicas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/ EDITOR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del/de la Supervisor/a  
Editor/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A GENERAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del/a Supervisor/a General \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_