

BOLIVIA
ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD
EDSA 2016
CUESTIONARIO DE LA MUJER

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
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> ° <input style="width: 20px;" type="text"/> ′ <input style="width: 20px;" type="text"/> ″	<input style="width: 20px;" type="text"/> ° <input style="width: 20px;" type="text"/> ′ <input style="width: 20px;" type="text"/> ″	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

CÓDIGO GPS/TABLET

ECON	-	-	-	-	-	-	-	-	-
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

NOMBRE Y N° DE ORDEN DE LA MUJER ENTREVISTADA _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

VISITA	FECHA		PERSONA DE CONTACTO		
	DÍA	MES			
PRIMERA	<input style="width: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 10px;" type="text"/>			<p>INCIDENCIAS DE CAMPO</p> <p>1 ENTREVISTA COMPLETA</p> <p>2 ENTREVISTA INCOMPLETA</p> <p>3 TEMPORALMENTE AUSENTES</p> <p>4 INFORMANTE NO CALIFICADO</p> <p>5 FALTA DE CONTACTO</p> <p>6 RECHAZO</p> <p>7 VIVIENDA DESOCUPADA</p>
SEGUNDA	<input style="width: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 10px;" type="text"/>			
TERCERA	<input style="width: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 10px;" type="text"/>			
CUARTA	<input style="width: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 10px;" type="text"/>			
ÚLTIMA (Copie este resultado al recuadro de la carátula)					

	ENTREVISTADORA	SUPERVISOR/A-EDITOR/A	SUPERVISOR GENERAL	TÉCNICO DEPARTAMENTAL
NOMBRE	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>
FECHA	_____	_____	_____	_____

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

SECCIÓN I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			
PREG.	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	¿Dónde nació? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar nació?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR..... 3 (ESPECIFIQUE)	
103	¿Dónde vive habitualmente? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar vive habitualmente?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR..... 3 (ESPECIFIQUE)	
104	¿Dónde vivía hace 5 años? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar vivía?	AQUÍ..... 1 → EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR..... 3 (ESPECIFIQUE)	106
105	¿Cuál fue la razón principal por la que se trasladó a otro lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO 01 TRASLADO DE TRABAJO 02 EDUCACIÓN 03 SALUD 04 RAZONES DE FAMILIA 05 VIOLENCIA..... 06 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
106	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez ?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 →	108
107	¿Qué idiomas habla actualmente? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MENCIONADOS	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	
108	¿Cómo boliviana, a cuál nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece?	NACIÓN O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANA 3	
109	¿En qué mes y año nació usted?	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 109 Y 110. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																								
111	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio universidad, Curso de Alfabetización?	SI..... 1 NO..... 2	115																																																								
112	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>NIVEL</td> <td>CURSO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>01</td> <td>0</td> <td>→ 114C</td> </tr> <tr> <td>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN SUPERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UNIVERSIDAD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIATURA.....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		NIVEL	CURSO		NINGUNO.....	01	0	→ 114C	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="checkbox"/>		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="checkbox"/>		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL				PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="checkbox"/>		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="checkbox"/>		EDUCACIÓN SUPERIOR				NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="checkbox"/>		UNIVERSIDAD				LICENCIATURA.....	07	<input type="checkbox"/>		POSTGRADO.....	08	<input type="checkbox"/>		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="checkbox"/>		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="checkbox"/>		
	NIVEL	CURSO																																																									
NINGUNO.....	01	0	→ 114C																																																								
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="checkbox"/>																																																									
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="checkbox"/>																																																									
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL																																																											
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="checkbox"/>																																																									
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="checkbox"/>																																																									
EDUCACIÓN SUPERIOR																																																											
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="checkbox"/>																																																									
UNIVERSIDAD																																																											
LICENCIATURA.....	07	<input type="checkbox"/>																																																									
POSTGRADO.....	08	<input type="checkbox"/>																																																									
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="checkbox"/>																																																									
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="checkbox"/>																																																									
114	VERIFIQUE 110: 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/>	114C																																																								
114A	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	116																																																								
114B	¿Cuál fue la principal razón por la que no asiste a la escuela, instituto superior o universidad?	<table border="0"> <tr><td>QUEDO EMBARAZADA.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....</td><td>3</td></tr> <tr><td>FALTA DE DINERO.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>POR TRABAJO.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD....</td><td>6</td></tr> <tr><td>LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>CULMINO SUS ESTUDIOS.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>OTRA _____</td><td>10</td></tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	QUEDO EMBARAZADA.....	1	SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....	2	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....	3	FALTA DE DINERO.....	4	POR TRABAJO.....	5	POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD....	6	LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....	7	CULMINO SUS ESTUDIOS.....	8	FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....	9	OTRA _____	10																																					
QUEDO EMBARAZADA.....	1																																																										
SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....	2																																																										
TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....	3																																																										
FALTA DE DINERO.....	4																																																										
POR TRABAJO.....	5																																																										
POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD....	6																																																										
LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....	7																																																										
CULMINO SUS ESTUDIOS.....	8																																																										
FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....	9																																																										
OTRA _____	10																																																										
114C	VEA EN 112 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: Ninguno, Curso de Alfabetización, Educación Inicial 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="checkbox"/>	OTRO NIVEL <input type="checkbox"/>	116																																																								
114D	¿Alguna vez ha participado usted en un programa de alfabetización o Programa YO SI PUEDO?	SI..... 1 NO..... 2																																																									
115	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA. SI LA ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	<table border="0"> <tr><td>NO PUEDE LEER.....</td><td>1</td><td>→ 117</td></tr> <tr><td>PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>PUEDE LEER LA FRASE.....</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3">(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)</td></tr> <tr><td>CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....</td><td>5</td><td></td></tr> </table>	NO PUEDE LEER.....	1	→ 117	PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....	2		PUEDE LEER LA FRASE.....	3		NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....	4		(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)			CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....	5																																								
NO PUEDE LEER.....	1	→ 117																																																									
PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....	2																																																										
PUEDE LEER LA FRASE.....	3																																																										
NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....	4																																																										
(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)																																																											
CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....	5																																																										
116	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	<table border="0"> <tr><td>TODOS LOS DÍAS</td><td>1</td></tr> <tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA</td><td>2</td></tr> <tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA</td><td>3</td></tr> <tr><td>ALGUNAS VECES AL MES</td><td>4</td></tr> <tr><td>NUNCA</td><td>5</td></tr> </table>	TODOS LOS DÍAS	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2	UNA VEZ A LA SEMANA	3	ALGUNAS VECES AL MES	4	NUNCA	5																																															
TODOS LOS DÍAS	1																																																										
VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2																																																										
UNA VEZ A LA SEMANA	3																																																										
ALGUNAS VECES AL MES	4																																																										
NUNCA	5																																																										
117	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	<table border="0"> <tr><td>TODOS LOS DÍAS</td><td>1</td></tr> <tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA</td><td>2</td></tr> <tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA</td><td>3</td></tr> <tr><td>ALGUNAS VECES AL MES</td><td>4</td></tr> <tr><td>NUNCA</td><td>5</td></tr> </table>	TODOS LOS DÍAS	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2	UNA VEZ A LA SEMANA	3	ALGUNAS VECES AL MES	4	NUNCA	5																																															
TODOS LOS DÍAS	1																																																										
VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2																																																										
UNA VEZ A LA SEMANA	3																																																										
ALGUNAS VECES AL MES	4																																																										
NUNCA	5																																																										
118	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	<table border="0"> <tr><td>TODOS LOS DÍAS</td><td>1</td></tr> <tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA</td><td>2</td></tr> <tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA</td><td>3</td></tr> <tr><td>ALGUNAS VECES AL MES</td><td>4</td></tr> <tr><td>NUNCA</td><td>5</td></tr> </table>	TODOS LOS DÍAS	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2	UNA VEZ A LA SEMANA	3	ALGUNAS VECES AL MES	4	NUNCA	5																																															
TODOS LOS DÍAS	1																																																										
VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2																																																										
UNA VEZ A LA SEMANA	3																																																										
ALGUNAS VECES AL MES	4																																																										
NUNCA	5																																																										
119	¿Cuántos días a la semana entra a internet o a una red social?	<table border="0"> <tr><td>TODOS LOS DÍAS</td><td>1</td></tr> <tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA</td><td>2</td></tr> <tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA</td><td>3</td></tr> <tr><td>ALGUNAS VECES AL MES</td><td>4</td></tr> <tr><td>NUNCA</td><td>5</td></tr> </table>	TODOS LOS DÍAS	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2	UNA VEZ A LA SEMANA	3	ALGUNAS VECES AL MES	4	NUNCA	5																																															
TODOS LOS DÍAS	1																																																										
VARIOS DÍAS A LA SEMANA	2																																																										
UNA VEZ A LA SEMANA	3																																																										
ALGUNAS VECES AL MES	4																																																										
NUNCA	5																																																										
120	¿Dónde recibió por primera vez información o educación para la sexualidad?	<table border="0"> <tr><td>EN SU CASA.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>EN LA ESCUELA.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>INTERNET.....</td><td>3</td></tr> <tr><td>AMIGOS.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td>5</td></tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	EN SU CASA.....	1	EN LA ESCUELA.....	2	INTERNET.....	3	AMIGOS.....	4	OTRO.....	5																																															
EN SU CASA.....	1																																																										
EN LA ESCUELA.....	2																																																										
INTERNET.....	3																																																										
AMIGOS.....	4																																																										
OTRO.....	5																																																										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
121	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más: A Levantar cosas pesadas? B Manejar bicicleta ? C Caminar ? D Subir gradas o pendientes? E Bailar? F Trotar? G Correr? H Alguna otra?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEVANTAR COSAS PESADAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MANEJAR BICICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CAMINAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BAILAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TROTAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CORRER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2	MANEJAR BICICLETA.....	1	2	CAMINAR	1	2	SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2	BAILAR.....	1	2	TROTAR.....	1	2	CORRER	1	2	OTRA	1	2	
	SI	NO																												
LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2																												
MANEJAR BICICLETA.....	1	2																												
CAMINAR	1	2																												
SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2																												
BAILAR.....	1	2																												
TROTAR.....	1	2																												
CORRER	1	2																												
OTRA	1	2																												
121A	VEA 121: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/> </div>		→ 122A																											
122	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más?	NÚMERO DE DIAS A LA SEMANA <input type="text"/>																												
122A	¿Cuántas horas pasa sentada diariamente?	NÚMERO DE HORAS AL DÍA <input type="text"/>																												
123	¿Usted cree que realizar actividades físicas y/o deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO 2 NO SABE..... 3																												
4																														

SECCIÓN II. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido algún hijo o hija nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
202	De los hijos o hijas que usted tuvo. ¿Hay algún hijo o hija que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted algún hijo o hija que esté vivo(a), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
205	¿Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dio a luz a un niño o a una niña que nació vivo/a pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún(otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida, pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	→ 208 → 208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS O HIJAS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 233		
211	¿Cuando tuvo su primera/er hija/o, Usted dejó de estudiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA 3	→ 213
212	¿Cuando tuvo sus siguientes embarazos, Usted dejó de estudiar durante alguno de ellos?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA 3 NO MAS EMBARAZOS..... 4	
213	VEA SI 211 Ó 212 = 1 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS EN 211 Y 212 <input type="checkbox"/> → 215		
214	¿Cuál es la razón por la que dejó de estudiar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS A POR TRABAJO B EL ESPOSO O SU PAREJA NO QUERÍA..... C OTRAS RAZONES..... X (ESPECIFIQUE)	

HISTORIA DE NACIMIENTOS

215 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todas las hijas e hijos que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con la/el primera/o que tuvo.
INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 217 PARA FUTURA REFERENCIA.
ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS/OS LAS/OS HIJAS/OS EN 216. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.

O R D E N D E L N A C I C	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225
						SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ MUERTO	
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo/a?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo/a (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL CUEST. HOGAR (ANOTE "00" SI EL NIÑO/A NO FUE LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE A • DÍAS, SI MENOS DE 1 MES • MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS • AÑOS, SI SON 2 Ó MÁS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
03	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
04	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
05	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
06	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
07	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
08	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO

O R D E N D E L N A C	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hija/o?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) mujer u hombre?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está viva/o (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 DE LA HIJA O DEL HIJO, DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS, - AÑOS, SI SON 2 Ó MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
09	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
10	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
11	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
12	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
13	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 225	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
226	¿Hubo algún/alguna nacida/o viva/o desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									SI..... 1 NO..... 2
227	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA									
228	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: PARA CADA HIJA/O VIVA/O: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.219) <input type="checkbox"/> PARA CADA HIJA/O MUERTA/O: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.221) <input type="checkbox"/> SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.224) <input type="checkbox"/>									
229	VEA 224: PARA CADA HIJA/O MUERTA/O CUYA EDAD AL MORIR ANOTÓ "12 MESES" O "01 AÑO", ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 231.							1. _____	2. _____	3. _____
230	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 224 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.							<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
231	VERIFIQUE 219, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 Y ANOTE EN LA CASILLA EL Nº TOTAL DE ESTOS NACIMIENTOS. SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 233. <input type="text"/>									
232	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2011 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO.(NOTA: EL NUMERO DE LETRAS "E" SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO AL LADO DEL CÓDIGO "N".									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
233	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	237 237
234	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/>	
235	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
236	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijas/os?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJAS/OS..... 3	
237	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida/fracaso o aborto?	SI..... 1 NO..... 2	
238	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	
239	VEA 237 Y 238 ALGUN "SI" <input type="checkbox"/> NINGUN "SI" <input type="checkbox"/>		254
240	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos fallidos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
241	¿Ese embarazo terminó en pérdida/fracaso/aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO/PÉRDIDA..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3	
242	VERIFIQUE 240: ÚLTIMA TERMINACIÓN OCURRIÓ EN 2011 O DESPUÉS ÚLTIMA TERMINACIÓN EN 2011 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA TERMINACIÓN ANTES DE 2011 <input type="checkbox"/>		248
243	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando ocurrió la pérdida, el aborto o nacido muerto? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES <input type="text"/>	
244	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
245	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida o aborto después de enero de 2011?	SI..... 1 NO..... 2	
246	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en nacido muerto después de enero de 2011?	SI..... 1 NO..... 2	
247	VEA 240 AÑO: DESDE EL 2011 <input type="checkbox"/> O VEA 245 Y 246 ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> VEA 240 AÑO: ANTES DEL 2011 <input type="checkbox"/> O VEA 245 Y 246 NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>		254
PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 2011 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA			
248	¿Tuvo usted otros embarazos que terminaran en pérdida, o aborto antes de enero de 2011?	SI..... 1 NO..... 2	
249	¿Tuvo usted otros embarazos que terminaron en nacido muerto antes de enero del 2011?	SI..... 1 NO..... 2	
249A	VEA 248 Y 249 ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>		254
250	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos que terminó antes de enero de 2011?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
252	¿Cuántos meses duró ése embarazo que terminó antes de enero de 2011? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/>	
253	¿Ese embarazo terminó en pérdida/ fracaso/ aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO/PÉRDIDA..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3	
254	VEA LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA NACIDOS VIVOS, EMBARAZOS O TERMINACIONES A PARTIR DE ENERO 2011 1 NACIDOS VIVOS (231) <input type="checkbox"/> O TERMINACIONES (240) <input type="checkbox"/> 2 ESTA (233) EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 3 NINGUNA DE LAS DOS OPCIONES <input type="checkbox"/>		270
255	¿A raíz de su último/actual embarazo, tuvo algún problema de salud:	SI NO NS/RR	
A	Durante el embarazo?	DURANTE EL EMBARAZO 1 2 8	
B	Durante el parto o terminación?	DURANTE EL PARTO O TERMINACIÓN 1 2 8	
C	Después del parto o terminación?	DESPUES DEL PARTO O TERMINACIÓN..... 1 2 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
256	VEA 255 ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	→ 270																																																																								
257	¿Qué tipo de problema de salud tuvo:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Dolor de cabeza fuera de lo normal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B Visión borrosa (o como estrellitas)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C Presión arterial elevada?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D Ataques o convulsiones?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E Pérdida de la conciencia?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F Fiebre o calentura?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G Infección en la matriz?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I Dolor o ardor al orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J Pérdida de sangre o hemorragia genital antes del parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L Pérdida de sangre o hemorragia genital después del parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M La placenta no podía salir?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>N Desgarros genitales en el parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>O El bebé estaba mal acomodado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>P El parto duró mas de 12 horas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Q Se rompió la bolsa de agua antes de que comiencen los dolores de parto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X Otro no mencionado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	A Dolor de cabeza fuera de lo normal?	1	2	8	B Visión borrosa (o como estrellitas)?	1	2	8	C Presión arterial elevada?	1	2	8	D Ataques o convulsiones?	1	2	8	E Pérdida de la conciencia?	1	2	8	F Fiebre o calentura?	1	2	8	G Infección en la matriz?	1	2	8	H Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?	1	2	8	I Dolor o ardor al orinar?	1	2	8	J Pérdida de sangre o hemorragia genital antes del parto?	1	2	8	L Pérdida de sangre o hemorragia genital después del parto?	1	2	8	M La placenta no podía salir?	1	2	8	N Desgarros genitales en el parto?	1	2	8	O El bebé estaba mal acomodado?	1	2	8	P El parto duró mas de 12 horas?	1	2	8	Q Se rompió la bolsa de agua antes de que comiencen los dolores de parto?	1	2	8	X Otro no mencionado?	1	2	8	
	SI	NO	NS/NR																																																																								
A Dolor de cabeza fuera de lo normal?	1	2	8																																																																								
B Visión borrosa (o como estrellitas)?	1	2	8																																																																								
C Presión arterial elevada?	1	2	8																																																																								
D Ataques o convulsiones?	1	2	8																																																																								
E Pérdida de la conciencia?	1	2	8																																																																								
F Fiebre o calentura?	1	2	8																																																																								
G Infección en la matriz?	1	2	8																																																																								
H Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?	1	2	8																																																																								
I Dolor o ardor al orinar?	1	2	8																																																																								
J Pérdida de sangre o hemorragia genital antes del parto?	1	2	8																																																																								
L Pérdida de sangre o hemorragia genital después del parto?	1	2	8																																																																								
M La placenta no podía salir?	1	2	8																																																																								
N Desgarros genitales en el parto?	1	2	8																																																																								
O El bebé estaba mal acomodado?	1	2	8																																																																								
P El parto duró mas de 12 horas?	1	2	8																																																																								
Q Se rompió la bolsa de agua antes de que comiencen los dolores de parto?	1	2	8																																																																								
X Otro no mencionado?	1	2	8																																																																								
258	¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para ese/ esos problema/s?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2 → 263</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2 → 263																																																																					
SI.....	1																																																																										
NO.....	2 → 263																																																																										
259	¿De quiénes buscó atención o ayuda:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Del personal de un servicio de salud?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B De partera y/o médico tradicional que saben?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C De la Farmacia?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D De la Junta de Vecinos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E De su Organización Territorial de Base - OTB?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F De la comunidad organizada?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G De la Iglesia?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H Del Esposo o familiares?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I De amigos, vecinos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J Se atendió usted misma?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A Del personal de un servicio de salud?	1	2	8	B De partera y/o médico tradicional que saben?	1	2	8	C De la Farmacia?	1	2	8	D De la Junta de Vecinos?	1	2	8	E De su Organización Territorial de Base - OTB?	1	2	8	F De la comunidad organizada?	1	2	8	G De la Iglesia?	1	2	8	H Del Esposo o familiares?	1	2	8	I De amigos, vecinos?	1	2	8	J Se atendió usted misma?	1	2	8																													
	SI	NO	NS																																																																								
A Del personal de un servicio de salud?	1	2	8																																																																								
B De partera y/o médico tradicional que saben?	1	2	8																																																																								
C De la Farmacia?	1	2	8																																																																								
D De la Junta de Vecinos?	1	2	8																																																																								
E De su Organización Territorial de Base - OTB?	1	2	8																																																																								
F De la comunidad organizada?	1	2	8																																																																								
G De la Iglesia?	1	2	8																																																																								
H Del Esposo o familiares?	1	2	8																																																																								
I De amigos, vecinos?	1	2	8																																																																								
J Se atendió usted misma?	1	2	8																																																																								
260	VEA 259 SI 259(D)=1 Ó 259(E)=1 Ó 259(F)=1 <input type="checkbox"/>	OTRO "SÍ" <input type="checkbox"/>	→ 262																																																																								
261	¿De qué manera recibió ayuda de la comunidad/ Junta de Vecinos/ OTB, para encontrar atención en un servicio de salud?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Comunicaron al servicio de salud (Ej. llamaron ambulancia)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B Facilitaron transporte?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C Acompañaron hasta el servicio de salud?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D Acompañaron hasta un servicio de medicina tradicional?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E Cuidaron la casa?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F Cuidaron a sus hijas/os?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A Comunicaron al servicio de salud (Ej. llamaron ambulancia)?	1	2	8	B Facilitaron transporte?	1	2	8	C Acompañaron hasta el servicio de salud?	1	2	8	D Acompañaron hasta un servicio de medicina tradicional?	1	2	8	E Cuidaron la casa?	1	2	8	F Cuidaron a sus hijas/os?	1	2	8																																													
	SI	NO	NS																																																																								
A Comunicaron al servicio de salud (Ej. llamaron ambulancia)?	1	2	8																																																																								
B Facilitaron transporte?	1	2	8																																																																								
C Acompañaron hasta el servicio de salud?	1	2	8																																																																								
D Acompañaron hasta un servicio de medicina tradicional?	1	2	8																																																																								
E Cuidaron la casa?	1	2	8																																																																								
F Cuidaron a sus hijas/os?	1	2	8																																																																								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
268	Si en el hospital le cobraron, le enviaron a otro servicio de salud o no quisieron atenderla: ¿Sabía que tenía que ir a un establecimiento de 1er nivel, puesto o centro de salud, en primer lugar?	SI..... 1 NO..... 2																			
269	¿Cuáles de los siguientes tratamientos le dieron para su problema de salud: A Transfusión de sangre? B Otro tratamiento médico? C Legrado, limpieza, raspaje? D Cesárea? E Otra cirugía?	<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>TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRO TRATAMIENTO MÉDICO..... (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LEGRADO (LIMPIEZA, RASPAJE).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CESÁREA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA CIRUGÍA..... (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....	1	2	OTRO TRATAMIENTO MÉDICO..... (ESPECIFIQUE)	1	2	LEGRADO (LIMPIEZA, RASPAJE).....	1	2	CESÁREA.....	1	2	OTRA CIRUGÍA..... (ESPECIFIQUE)	1	2	
	SI	NO																			
TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....	1	2																			
OTRO TRATAMIENTO MÉDICO..... (ESPECIFIQUE)	1	2																			
LEGRADO (LIMPIEZA, RASPAJE).....	1	2																			
CESÁREA.....	1	2																			
OTRA CIRUGÍA..... (ESPECIFIQUE)	1	2																			
270	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996																			
271	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar embarazada más fácilmente si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 273 → 273																		
272	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento ?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 7																			
273	¿Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Acido Acético IVAA para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA/ NO SABE..... 8	→ 278 → 280																		
274	¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou (PAP)/ IVAA en los últimos tres años?	NÚMERO DE VECES..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																			
275	¿Cada cuánto tiempo se ha realizado los exámenes para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?	CADA AÑO..... 1 CADA DOS AÑOS..... 2 CADA TRES AÑOS..... 3 SE HIZO SOLO UNA VEZ..... 4																			
276	¿En la última prueba, cuál fue el resultado? _____ ANOTE LA RESPUESTA DE MANERA TEXTUAL	POSITIVO..... 1 NEGATIVO..... 2 INFECCIÓN..... 3 DESCONOCE PUES NO RECOGIÓ EL RESULTADO..... 4 DESCONOCE PUES NO LE DIERON EL RESULTADO..... 5 NO SABE..... 6	→ 279 } 280																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
277	Como resultado de lo que le dijeron:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Fue a otro servicio de salud?</td> <td>FUE A OTRO SERVICIO.....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Se hizo otros exámenes?</td> <td>OTROS EXÁMENES.....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Siguió algún tratamiento?</td> <td>TRATAMIENTO.....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Repitió el Papanicolaou o IVAA inmediatamente o en los siguientes 30 días?</td> <td>REPITIÓ EL PAP O IVAA INMEDIATAMENTE O EN LOS SIGUIENTES 30 DIAS</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Repitió el Papanicolaou o IVAA en un año o más?</td> <td>REPITIÓ EL PAP O IVAA EN UN AÑO O MÁS.....</td> <td>1 2</td> </tr> </table>		SI	NO		A	¿Fue a otro servicio de salud?	FUE A OTRO SERVICIO.....	1 2	B	¿Se hizo otros exámenes?	OTROS EXÁMENES.....	1 2	C	¿Siguió algún tratamiento?	TRATAMIENTO.....	1 2	D	¿Repitió el Papanicolaou o IVAA inmediatamente o en los siguientes 30 días?	REPITIÓ EL PAP O IVAA INMEDIATAMENTE O EN LOS SIGUIENTES 30 DIAS	1 2	E	¿Repitió el Papanicolaou o IVAA en un año o más?	REPITIÓ EL PAP O IVAA EN UN AÑO O MÁS.....	1 2	} 280
	SI	NO																									
A	¿Fue a otro servicio de salud?	FUE A OTRO SERVICIO.....	1 2																								
B	¿Se hizo otros exámenes?	OTROS EXÁMENES.....	1 2																								
C	¿Siguió algún tratamiento?	TRATAMIENTO.....	1 2																								
D	¿Repitió el Papanicolaou o IVAA inmediatamente o en los siguientes 30 días?	REPITIÓ EL PAP O IVAA INMEDIATAMENTE O EN LOS SIGUIENTES 30 DIAS	1 2																								
E	¿Repitió el Papanicolaou o IVAA en un año o más?	REPITIÓ EL PAP O IVAA EN UN AÑO O MÁS.....	1 2																								
278	¿Por qué razón no se hizo el examen del PAP o IVAA?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABÍA.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MI ESPOSO NO QUERÍA.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TENIA MIEDO DE SABER.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO OFERTABA EL SERVICIO.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TARDABAN MUCHO.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		NO SABÍA.....	2		MI ESPOSO NO QUERÍA.....	3		TENIA MIEDO DE SABER.....	4		EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO OFERTABA EL SERVICIO.....	5		TARDABAN MUCHO.....	6		OTRO _____			(ESPECIFIQUE)			} 280
	1																										
NO SABÍA.....	2																										
MI ESPOSO NO QUERÍA.....	3																										
TENIA MIEDO DE SABER.....	4																										
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO OFERTABA EL SERVICIO.....	5																										
TARDABAN MUCHO.....	6																										
OTRO _____																											
(ESPECIFIQUE)																											
279	¿Qué hizo cuando el resultado del PAP/IVAA fue negativo?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LA REPITIÓ CADA AÑO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>REPITIÓ LA PRUEBA A LOS TRES AÑOS.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO VOLVIÓ A REALIZARSE LA PRUEBA.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		LA REPITIÓ CADA AÑO.....	2		REPITIÓ LA PRUEBA A LOS TRES AÑOS.....	3		NO VOLVIÓ A REALIZARSE LA PRUEBA.....			OTRO: _____	6		(ESPECIFIQUE)									
	1																										
LA REPITIÓ CADA AÑO.....	2																										
REPITIÓ LA PRUEBA A LOS TRES AÑOS.....	3																										
NO VOLVIÓ A REALIZARSE LA PRUEBA.....																											
OTRO: _____	6																										
(ESPECIFIQUE)																											
280	¿Conoce usted alguna persona, hermana, familiar, amiga o vecina que haya fallecido por cáncer de cuello uterino?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		SI.....	2		NO.....			→ 282															
	1																										
SI.....	2																										
NO.....																											
281	¿Cuántas mujeres conoce que hayan fallecido por cáncer de cuello uterino?	NÚMERO DE PERSONAS..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>																									
282	¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		SI.....	2		NO.....																		
	1																										
SI.....	2																										
NO.....																											
283	¿Alguna vez se ha practicado el autoexamen de sus pechos/ mamas?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		SI.....	2		NO.....																		
	1																										
SI.....	2																										
NO.....																											
284	¿Alguna vez le han practicado algún examen por problemas de sus pechos/ mamas?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1		SI.....	2		NO.....																		
	1																										
SI.....	2																										
NO.....																											
285	¿Conoce a alguna persona que ha tenido o tiene cáncer de mama	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>En su familia?</td> <td>EN SU FAMILIA.....</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>En su comunidad?</td> <td>EN SU COMUNIDAD.....</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	A	En su familia?	EN SU FAMILIA.....	1 2 8	B	En su comunidad?	EN SU COMUNIDAD.....	1 2 8													
	SI	NO	NS																								
A	En su familia?	EN SU FAMILIA.....	1 2 8																								
B	En su comunidad?	EN SU COMUNIDAD.....	1 2 8																								

SECCIÓN III. ANTICONCEPCIÓN / PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.

301	¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)? LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO. - ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302	¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos/as.	SI 1 NO 2 ↘		¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN/ OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos/as	SI 1 NO 2 ↘		¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
03	PÍLDORAS/PASTILLAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
04	DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque una T de cobre en la matriz.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA (PARA NO TENER HIJOS/AS) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
07	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
08	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden usar una fundita de goma que tiene dos anillos, uno interno que no contiene espermicidas, que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro externo con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que cubre los labios y clítoris e impide que el condón se introduzca demasiado en la vagina y que pierda posición. Evita que la mujer quede embarazada y también protege de la transmisión de infecciones.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
09	TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
10	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
11	RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS, ROSARIO Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
12	RETIRO (COITO INTERRUMPIDO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
13	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 48 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI 1 NO 2 ↘		SI..... 1 NO..... 2
14	OTRO MÉTODO ¿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		SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2
303	PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	VERIFIQUE EN 302 SI HA USADO ALGUNA VEZ: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" (HA USADO ALGUNA VEZ) <input type="checkbox"/>	309
305	Usted y su pareja ¿alguna vez han hecho algo o tratado de algún modo de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	308
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
307	PASE A → 332		
308	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 304 (Y 301 SI ES NECESARIO)		
309	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía usted en ese momento SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJAS/OS..... <input type="text"/>	
310	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	313A
311	VERIFIQUE 233: NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	322
312	¿Actualmente está usted o su marido/ pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	322
313	¿Qué métodos está(n) usando? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO MENCIONADO EN PRIMER LUGAR	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA B PÍLDORAS/PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE F ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA G CONDÓN MASCULINO..... H CONDÓN FEMENINO I TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... J MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... K RITMO..... L RETIRO..... M OTRO MÉTODO X (ESPECIFIQUE)	315 315 319 319 319 319
313A	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA		
314	La última vez que obtuvo (MÉTODO SEÑALADO MAS ARRIBA EN LA LISTA EN 313), ¿Cuánto pagó en total incluyendo costo del método y consulta?	COSTO..... <input type="text"/> GRATIS 9 9 9 9 5 NO SABE 9 9 9 9 8	319 319 319
315	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/ CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO..... 25 (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
316	VERIFIQUE 313 CÓDIGO 'A' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'B' MARCADO <input type="checkbox"/> Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo/compañero que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
317	¿Cuánto pagó usted (su esposo/compañero) en total por la esterilización incluyendo el costo del método y la consulta?	COSTO..... <input type="text"/> CUBIERTO POR EL SEGURO 99990 GRATIS 99995 NO SABE..... 99998	
318	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/ esterilizaron?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	320
319	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL MARCADO EN LA 313) la última vez? SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma ininterrumpida?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
320	VERIFIQUE EN 219, 240, 318, 319, SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DEL INICIO DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	REGRESE A 318,319, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)	
321	VERIFIQUE 318 Y 319: EL AÑO ES ANTES DE ENERO DEL 2011 <input type="checkbox"/> PASE A 401	EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2011 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO DESPUÉS PASE A → 322	
322	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos 5 años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DEL 2011. USE LOS NOMBRES DE LAS(OS) HIJAS(OS), FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. ANOTE EN EL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO, ó "0" PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Inició el uso de anticonceptivos después de un parto/después de un aborto/ después de una Cesárea? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?		
323	VERIFIQUE 313: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 313 ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTE EN PRIMER LUGAR	NO CÓDIGOS MARCADOS..... 00 → 332 ESTERILIZACION FEMENINA..... 01 → 326 ESTERILIZACION MASCULINA 02 → 401 PILDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN MASCULINO..... 08 CONDÓN FEMENINO 09 TABLETA / OVULO / ESPUMA / JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 → 334 OTRO MÉTODO..... 96 → 334 (ESPECIFIQUE)	
324	¿Dónde obtuvo la primera vez (MÉTODO) que está usando actualmente? SOLO PARA MELA/RITMO: ¿Dónde aprendió sobre el MELA/ Ritmo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL O CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.. 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA PERSONAL "MI SALUD"..... 32 FARMACIA..... 33 AMIGO/FAMILIAR..... 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... 35 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
332	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar/ anticoncepción?	SI..... 1 NO..... 2 → 334	
333	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO 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) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
334	En los últimos doce meses, ¿Usted buscó y encontró información sobre anticoncepción / Planificación familiar: A En establecimiento de Salud Privado? B En establecimiento de Salud Público? C En Internet? D En su familia? E En otro sitio?	SI NO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO..... 1 2 EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO..... 1 2 EN INTERNET..... 1 2 EN SU FAMILIA..... 1 2 OTRO _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)	

SECCION IV. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 231: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2011 <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2011 <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/> → PASE A 562		
402	VERIFIQUE EN 219 LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS NACIDAS/ OS DESDE ENERO DEL 2011 ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDA/O VIVA/O DESDE ENERO DEL 2011 COMIENCE CON LA ÚLTIMA NACIDA/O VIVA/O. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDAS/OS VIVAS/OS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de las nacidas/os vivas/os que nacieron desde ENERO de 2011. Hablaremos de cada niña/o por turno.			
403	VEA EN 216 Y 219: PARA LAS/OS NACIDAS/OS VIVAS/OS DESDE ENERO DEL 2011, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NOMBRE _____
404	DE 220, SI ESTA VIVA/O O MUERTA/O	VIVA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/> MUERTA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/>	VIVA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/> MUERTA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/>	VIVA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/> MUERTA/O <input style="width:20px; height:15px;" type="checkbox"/>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijas/os?	EN ESE MOMENTO..... 1 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJAS/OS..... 3 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 407) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 421) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJAS/OS..... 3 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 421) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 421) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJAS/OS..... 3 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 421) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> AÑOS..... 2 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NO SABE......998	MESES..... 1 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> AÑOS..... 2 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NO SABE......998	MESES..... 1 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> AÑOS..... 2 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NO SABE......998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE), ¿Hizo control prenatal?	SI..... 1 NO..... 2 <input style="width:15px; height:15px;" type="checkbox"/> (PASE A 415) ←		
408	¿Quién le hizo el control prenatal? SONDEE: ¿Alguién más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
409	¿Dónde realizó el control prenatal para este embarazo? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/ CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO 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) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) 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 OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z		
410	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NO SABE 98		
411	¿Cuántos controles prenatales hizo durante el embarazo de (NOMBRE)?	N° DE VECES..... <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> NO SABE 98		
412	Al menos en uno de los controles prenatales, le hicieron algo de lo siguiente:	SI NO		
A	¿La pesaron?	LA PESARON.....	1	2
B	¿La midieron (talla)?	LA MIDIERON.....	1	2
C	¿Le tomaron la presión arterial?	TOMARON PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2
D	¿Le hicieron un exámen de orina?	HICIERON EXÁMEN DE ORINA.....	1	2
E	¿Le hicieron un exámen de sangre?	HICIERON EXÁMEN DE SANGRE.....	1	2
F	¿Le midieron la barriga?	LE MIDIERON LA BARRIGA.....	1	2
G	¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	ESCUCHARON LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ.....	1	2

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
413	En alguno de sus controles prenatales ¿Alguien le informó acerca de los síntomas, señales de peligro o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 415) ←		
414	¿Le dijeron donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8		
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna vacuna en el brazo para evitar que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 418) ←		
416	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces/ dosis le pusieron esa vacuna antitetánica? SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES/ DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
417	VERIFIQUE EN 416: NÚMERO DE VACUNAS	2 O MÁS VECES <input type="text"/> OTRA <input type="text"/> (PASE A 420)		
418	¿En algún momento antes o durante este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica para protegerla?	SI ANTES..... 1 SI DURANTE..... 2 NO..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 420) ←		
419	¿Cuántas vacunas antitetánicas recibió antes o durante el embarazo de (NOMBRE)? SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES/ DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
420	Durante este embarazo, ¿Cuántas tabletas de hierro ha tomado? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	NÚMERO DE TABLETAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNA TABLETA..... 000 NO SABE 998		
421	Cuando (NOMBRE) nació, ¿ella/ el era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
422	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
423	¿Colocaron al recién nacido sobre el abdomen de la madre inmediatamente después del parto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 425	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 425	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 425
424	¿Por cuánto tiempo: unos pocos minutos, alrededor de media hora o una hora?	POR POCOS MINUTOS 1 DURANTE MEDIA HORA 2 DURANTE UNA HORA 3	POR POCOS MINUTOS 1 DURANTE MEDIA HORA 2 DURANTE UNA HORA 3	POR POCOS MINUTOS 1 DURANTE MEDIA HORA 2 DURANTE UNA HORA 3
425	¿Tiene usted el Carnet de Salud infantil y/o Certificado de nacido vivo de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES "SI", SOLICÍTELO Y ANOTE EL PESO DE LA NIÑA/O. SI NO TIENE CARNET PREGUNTE: ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	Kg. Grs. PESO EN EL CARNET..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9.998	Kg. Grs. PESO EN EL CARNET..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9.998	Kg. Grs. PESO EN EL CARNET..... 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9.998
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Alguien más? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	MÉDICO A ENFERMERA B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
427	¿Quién atendió al recién nacido al momento del parto? INDAGUE: ¿Alguién más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	MÉDICO A ENFERMERA B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA D ESPOSO/COMPAÑERO E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL) G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	MÉDICO A ENFERMERA B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA D ESPOSO/COMPAÑERO E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL) G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	MÉDICO A ENFERMERA B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA D ESPOSO/COMPAÑERO E FAMILIAR / AMIGA F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL) G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE Y
428	¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)? SI LA FUENTE ES HOSPITAL/ CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD" 32 FARMACIA 33 AMIGO/FAMILIAR 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUEI 35 DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD" 32 FARMACIA 33 AMIGO/FAMILIAR 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUEI 35 DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD" 32 FARMACIA 33 AMIGO/FAMILIAR 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUEI 35 DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)
		(PASE A 429 A) ←	(PASE A 429 A) ←	(PASE A 429 A) ←
429	¿Cuáles de los siguientes elementos de su cultura fueron respetados en la atención de su parto en el establecimiento de salud: A Permiten acompañamiento? B Realizan el parto en la posición deseada? C Le devolvieron la placenta? D Le dieron líquidos? X Otro elemento?	SI NO ACOMPANAMIENTO 1 2 POSICIÓN DESEADA 1 2 DEVOLUCIÓN DE PLACENTA 1 2 INGESTA DE LÍQUIDOS 1 2 OTRA 1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO ACOMPANAMIENTO 1 2 POSICIÓN DESEADA 1 2 DEVOLUCIÓN DE PLACENTA 1 2 INGESTA DE LÍQUIDOS 1 2 OTRA 1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO ACOMPANAMIENTO 1 2 POSICIÓN DESEADA 1 2 DEVOLUCIÓN DE PLACENTA 1 2 INGESTA DE LÍQUIDOS 1 2 OTRA 1 2 (ESPECIFIQUE)
429A		VERIFIQUE 426: OTRO PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 431	VERIFIQUE 426: OTRO PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 431	VERIFIQUE 426: OTRO PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 431
430	Si le atendió una partera tradicional ¿Qué tipo de ayuda le dio durante su último parto: A Masajes? B Líquidos para tomar? C Manteo? D Revisión de la placenta? E Cuidó a las/os hijas/os? F Le dio caldo/sopa?	SI NO MASAJES 1 2 DIO A TOMAR LÍQUIDOS 1 2 MANTEO 1 2 REVISIÓN DE PLACENTA 1 2 CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS? 1 2 LE DIO CALDO/ SOPA 1 2	SI NO MASAJES 1 2 DIO A TOMAR LÍQUIDOS 1 2 MANTEO 1 2 REVISIÓN DE PLACENTA 1 2 CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS? 1 2 LE DIO CALDO/ SOPA 1 2	SI NO MASAJES 1 2 DIO A TOMAR LÍQUIDOS 1 2 MANTEO 1 2 REVISIÓN DE PLACENTA 1 2 CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS? 1 2 LE DIO CALDO/ SOPA 1 2
431	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998
432	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
433	Antes que le dieran de alta del parto de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud la examinó a usted?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
434	¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz/ tener su parto de (NOMBRE), tuvo usted su primer examen clínico/ control/ revisión? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE EN HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE EN DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
435	¿Quién la atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA	MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 437) ←		
436	¿Por qué no tuvo a (NOMBRE) en un establecimiento de salud? SONDEE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	MUY COSTOSO A ESTABLECIMIENTO CERRADO B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE C NO CONFIA EN EL SITIO/ MALA CALIDAD DEL SERVICIO..... D NO HAY PERSONAL FEMENINO E ESPOSO/ FAMILIA NO LO PERMITIÓ F NO ERA NECESARIO G NO ES LA COSTUMBRE H OTRA: X (ESPECIFIQUE)		
437	¿A las cuántas horas o días de nacido, (NOMBRE) tuvo su primer control de salud? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO HIZO CONTROL/NO SABE..... 998		
438	¿Quién le hizo ese control a (NOMBRE)? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA	MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)		
439	¿Dónde tuvo lugar ese primer exámen clínico/ control? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD" 32 FARMACIA..... 33 AMIGO/FAMILIAR..... 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA... 35 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)		
440	¿A los cuantos días despues del parto de (NOMBRE) se realizó el segundo control?	CANTIDAD DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO HIZO CONTROL/NO SABE..... 98 → 443		
441	¿Quién le realizó el segundo control?	MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
442	¿Dónde tuvo lugar ese segundo examen clínico/control?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO..... 25 (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD" 32 FARMACIA..... 33 AMIGO/FAMILIAR..... 34 MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA... 35 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)		
443	Después del parto ¿recibió usted una cápsula de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
444	Después del parto ¿Cuántas tabletas de hierro tomó y por cuántos días? MOSTRAR CÁPSULA	NÚMERO DE TABLETAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO TOMÓ EL MEDICAMENTO 99		
445	¿Le ha vuelto la regla/ menstruación después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ←		
446	Al retorno de su regla, ¿Recibió sulfato ferroso?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
447	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 451) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 451) ←
448	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
449	VERIFIQUE EN 233 SI ESTÁ EMBARAZADA	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 451)		
450	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 452) ←		
451	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
452	¿Le dió el pecho/ amamantó alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 463) ←	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
453	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" DE 1 A 23 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
454	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) otros líquidos además del pecho?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 456) ←		
455	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	AGUA SOLA..... A LECHE DE VACA..... B LECHE DE LATA/EN POLVO..... C LECHE DE CABRA..... D AGUA AZUCARADA..... E SOLUCIÓN DE AGUA/ SAL/ AZÚCAR F JUGOS DE FRUTAS..... G FÓRMULA INFANTIL..... H TÉ/INFUSIÓN..... I MIEL..... J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
456	VERIFIQUE EN 404 SI LA/EL NIÑA/ NIÑO ESTÁ VIVA/O O MUERTA/O	VIVA/O <input type="checkbox"/> ↓ MUERTA/O <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 458)		
457	¿Durante cuántos meses le dió usted el pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVÍA LE DA PECHO..... 96 NO SABE 98		
458	VERIFIQUE EN 404 SI LA/EL NIÑA/O ESTÁ VIVA/O Y TIENE MENOS DE 2 AÑOS SI ESTA MUERTA O TIENE 2 O MAS AÑOS PASE A LA 464	VIVA/O MENOR <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 459) MUERTA/O O TIENE 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 464)		
459	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
460	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 am a 6 pm) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
461	¿Durante el día o la noche de ayer (NOMBRE) tomó otro líquido o alimento que no fuera leche materna?	SI..... 1 NO..... 2		
462	¿A qué edad comenzó a darle a (NOMBRE), otros líquidos o alimentos además de la leche materna? (SI MENOS DE 1 MES ANOTE "0")	NÚMERO DE MESES <input type="text"/> AÚN NO RECIBE..... 7		
463	¿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
464		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIDAS/OS VIVAS/OS, PASE A 501

SECCIÓN V. VACUNACIÓN Y SALUD

501 VERIFIQUE EN 219 LAS(OS) NIÑAS(OS) NACIDAS(OS) DESDE ENERO DEL 2011:
 ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDA/O VIVA/O DESDE ENERO DEL 2011.
 COMIENCE CON LA/EL ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS.
 SI HAY MÁS DE TRES NACIDAS/OS VIVAS/OS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL.

502 VEA EN 216 Y 219:	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
------------------------------	--	---	---

503 DE 220, SI ESTÁ VIVA/O O MUERTA/O	VIVA/O <input type="checkbox"/> MUERTA/O <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 554)	VIVA/O <input type="checkbox"/> MUERTA/O <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 554)	VIVA/O <input type="checkbox"/> MUERTA/O <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN SEGUNDA COL. DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 554)
--	--	--	---

504 ¿Tiene usted el carnet de vacunas, carnet de salud Infantil u otros comprobantes de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verlo por favor?	SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 505) ← SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 507) ←	SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 505) ← SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 507) ←	SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 505) ← SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 507) ←
---	---	---	---

505 1) COPIE DEL CARNET DE SALUD INFANTIL Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA.
 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI EL CARNET O COMPROBANTE MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.
 3) SI TRES O MÁS DOSIS DE VITAMINA A, REGISTRE LAS FECHAS PARA LA ÚLTIMA Y LA PENÚLTIMA DOSIS.

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
VACUNAS									
BCG	<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"/>
ANTIPOLIO 1	<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"/>
ANTIPOLIO 2	<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"/>
ANTIPOLIO 3	<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"/>
PENTAVALENTE 1	<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"/>
PENTAVALENTE 2	<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"/>
PENTAVALENTE 3	<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"/>
ANTIROTAVIRUS 1	<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"/>
ANTIROTAVIRUS 2	<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"/>
ANTINEUMOCÓCICA 1	<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"/>
ANTINEUMOCÓCICA 2	<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"/>
ANTINEUMOCÓCICA 3	<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"/>
ANTIAMARÍLICA	<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"/>
SRP	<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"/>
1er. REFUERZO DE 18 A 23 MESES:									
ANTIPOLIO 4	<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"/>
PENTAVALENTE 4	<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"/>
2do. REFUERZO A LOS 4 AÑOS:									
ANTIPOLIO 5	<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"/>
PENTAVALENTE 5	<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"/>
SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES VITAMINA A									
PRIMERA DOSIS	<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"/>
SEGUNDA DOSIS	<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"/>
Unica dosis de Vit. A en menores de un 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"/>
CHISPITAS NUTRICIONALES									
PRIMERA ENTREGA	<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"/>
SEGUNDA ENTREGA	<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"/>
JARABE DE HIERRO									
PRIMERA ENTREGA	<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"/>
SEGUNDA ENTREGA	<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"/>
TERCERA ENTREGA	<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"/>

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
506	¿Recibió (NOMBRE) vacunas y nutrientes que no están registradas en este Carnet de Salud Infantil, Carnet de Vacunas y/o comprobante de vacunación , incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación? SI RESPONDE "NO" SONDEE SOBRE VACUNAS EN BLANCO EN 505	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 505. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (LUEGO PASE A 517) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 517)	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 505. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (LUEGO PASE A 517) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 517)	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 505. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (LUEGO PASE A 517) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 517)
507	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:			
508	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz y se aplica habitualmente al nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
509	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna ANTIPOLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511)
510	¿Cuántas veces le dieron la vacuna ANTIPOLIO a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
511	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en el muslo cada vez que le dan a la/el niña/o las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)
512	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna PENTAVALENTE a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
513	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el sarampión, que se coloca en el brazo izquierdo, entre los 12 a 23 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
514	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra la Fiebre Amarilla, una inyección que se coloca en el brazo derecho, entre los 12 y 23 meses de edad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
515	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra Rotavirus, un líquido que se da en la boca con jeringa en 2 dosis, la primera a los 2 meses de edad hasta los 3 meses y la segunda a los 4 meses hasta los 8 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
516	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra Neumococo, una inyección que se coloca en el muslo, entre los 2,4 y 6 meses de edad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
517	VERIFIQUE 505	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 519)	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 519)	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 519)
518	Según el CARNET de Vacunación, (NOMBRE) recibió una cápsula de Vitamina A (como ésta) en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE DEL CARNET) ¿Ha recibido (NOMBRE) otra cápsula de VITAMINA A desde esa fecha?	SI..... 1 (PASE A 520) NO..... 2 NO SABE..... 3 (PASE A 521)	SI..... 1 (PASE A 520) NO..... 2 NO SABE..... 3 (PASE A 521)	SI..... 1 (PASE A 520) NO..... 2 NO SABE..... 3 (PASE A 521)
519	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vez una cápsula de VITAMINA A (como ésta/ alguna de éstas)? MOSTRAR CÁPSULAS	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 521)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 521)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 521)
520	¿Hace cuántos meses que (NOMBRE) tomó la última cápsula?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
521	¿Durante el año 2015 (NOMBRE) tomó Chispitas Nutricionales?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 523) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 523) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 523) ←
522	¿Con qué frecuencia le dió Ud. las Chispitas nutricionales a (NOMBRE) diario, día por medio o 2 veces o menos por semana?	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3
523	¿Ha oído hablar sobre el Alimento complementario, Nutribebé, Wawa Mancaya, Jacusito, Peladingo sano, Bebé churo y sanito? MOTRAR BOLSA VACIA	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 525) ←
524	¿(NOMBRE) está recibiendo o recibió el Alimento complementario?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
525	¿Durante el año 2015 (NOMBRE) tomó Jarabe de Hierro?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
526	¿Ha tomado (NOMBRE) algún medicamento para los parásitos intestinales (Bichos, gusanera) en los últimos seis meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 528) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 528) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 528) ←
527	¿Le cobraron por estos medicamentos?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
528	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←
529	¿Había sangre en la caquita de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
530	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8
531	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de comida que de costumbre, le dió más o le dió menos ?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8
532	¿Buscó usted consejo o tratamiento para curar la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←
533	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/ CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO 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) OTRO 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 OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO 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) OTRO 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 OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO 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) OTRO 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 OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
534	VERIFIQUE EN 533 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 536)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 536)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 536)
535	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 533	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>

		ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
536	¿Cuántos días después que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
537	¿(NOMBRE) todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
538	Desde que le empezó la diarrea, le dió a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida? B ¿Suero casero de agua, sal y azúcar?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO 1 2 8
539	¿Le dió algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea (distinto de los sueros)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←
540	¿Durante la diarrea le dieron a (NOMBRE), tabletas/cucharillas de jarabe de Zinc como ésta? (MOSTRAR TABLETAS)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 543) ←
541	¿Cuántas tabletas/cucharillas de Zinc le dieron a (NOMBRE)?	NÚMERO DE TABLETAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> /CUCHARILLAS	NÚMERO DE TABLETAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> /CUCHARILLAS	NÚMERO DE TABLETAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> /CUCHARILLAS
542	¿Durante cuántos días le dió tabletas/cucharillas de Zinc a (NOMBRE)?	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8
543	¿Ha estado (NOMBRE) enferma(o) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 553) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 553) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 553) ←
544	Cuando (NOMBRE) estaba enferma(o) con tos, ¿tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
545	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la tos. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la tos, más líquidos o menos líquidos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8
546	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo tos ¿Le dió la misma cantidad de comida que de costumbre, le dió más o le dió menos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA..... 4 NO SABE 8
547	¿Buscó usted consejo o tratamiento para curar la tos?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 552) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 552) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 552) ←

		ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
548	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para curar la tos? INDAGUE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O NO PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO 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) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) 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	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO 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) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) 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/ KA KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	SECTOR PÚBLICO 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) SECTOR PRIVADO 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) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) 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/ KA KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA... O NO LO LLEVARON / NO FUE..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z
549	VERIFIQUE EN 548 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 551)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 551)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 551)
550	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 548	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
551	¿Cuántos días después que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento para la tos? SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
552	¿(NOMBRE) todavía está enfermo(a) con tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
553		REGRESE A 503 PARA PRÓXIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS, PASE A 554	REGRESE A 503 PARA PRÓXIMA/O NACIDA/O VIVA/O. SI NO HAY MÁS, PASE A 554	PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIDAS/OS VIVAS/OS, PASE A 554

SECCIÓN V (A). SEGURO DE SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
562	¿Ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)?	SI..... 1 NO..... 2	563
562A	¿A quiénes atendía el SUMI? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA SONDEE: ¿A alguien más?	A TODAS LAS MUJERES..... A A MUJERES EMBARAZADAS..... B A MUJERES QUE RECIÉN HAN TENIDO HIJOS..... C A TODAS/OS LAS/OS NIÑAS Y NIÑOS..... D A NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS..... E OTROS..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE A QUIENES..... Z	
563	¿Ha oído hablar de la Ley No. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral ?	SI..... 1 NO..... 2	564
563A	¿A quiénes atiende la Ley No. 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA SONDEE: ¿A alguien más?	A MUJERES EMBARAZADAS..... A A NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS..... B A HOMBRES Y MUJERES DE 60 O MAS AÑOS..... C A PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... D OTROS..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE A QUIENES..... Z	
564	VERIFIQUE 231 Y 233: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> DESDE ENERO DEL 2011 EMBARAZADA NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> DESDE ENERO DEL 2011 Y NO EMBARAZADA / NO SABE		601
565	¿Desde el 2011, en algún momento usted ha recibido atención de salud por el SUMI o la Ley No. 475?	SI..... 1 NO..... 2	567
566	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Universal Materno Infantil o de la Ley No. 475? SONDEE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENÍA DINERO..... J NO NECESITABA..... K NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... M OTRA RAZON..... X (ESPECIFIQUE)	570
567	La atención de salud que recibió fué: A ¿Durante el embarazo? B ¿En el parto? C ¿Después del parto? D ¿Cómo persona con discapacidad?	SI NO EMBARAZO 1 2 PARTO 1 2 POST PARTO 1 2 PERSONA CON DISCAPACIDAD..... 1 2	
568	¿En qué establecimiento de salud recibió esa atención? SONDEE: ¿Algún otro más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG..... H CONSULTORIO MÉDICO/MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE..... K COMUNITARIO DE SALUD..... L VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L MED. TRADICIONAL (CURANDERO, NATURISTA, KALLAWAYA, IPAYE, QHAPACHAQUERAS, AYSIRIS, KAKURIS/JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE)..... M KALLAWAYAS, QHAPACHAQUERAS)..... M FARMACIA..... N AMIGO/FAMILIAR..... O OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
569	En la atención que recibió:	SI NO	
A	¿Le solucionaron su problema de salud?	SOLUCIONARON SU PROBLEMA..... 1 2	
B	¿Le atendieron en su idioma?	EN SU IDIOMA..... 1 2	
C	¿Los médicos o enfermeras fueron amables con usted?	PERSONAL AMABLE 1 2	
D	¿Tuvo que pagar por algo?	PAGÓ POR ALGO 1 2	
570	¿Desde enero del 2011, en algún momento alguna de sus hijas o hijos menores de 5 años recibieron atención por el SUMI o la Ley No. 475?	SI 1 NO 2 EMBARAZADA SIN HIJOS (PRIMER EMBARAZO) 3	572 576
571	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Universal Materno infantil o de la Ley No. 475 para sus hijas e hijos? INDAGUE: ¿Alguna otra más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ESTABA LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDABA MUY LEJOS..... G NO ABRIAN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO NECESITE..... K NO SABÍA DONDE PRESTABAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONBAN PROBLEMA DE SALUD..... M OTRA RAZÓN X (ESPECIFIQUE)	576
572	¿Cuántos de sus hijas e hijos recibieron atención por el SUMI o la Ley No. 475?	NÚMERO DE HIJAS E HIJOS <input type="text"/>	
573	La atención que recibieron fue:	SI NO	
A	¿Por enfermedad?	ENFERMEDAD 1 2	
B	¿Por accidente?	POR ACCIDENTE 1 2	
C	¿Para seguimiento de control y desarrollo (incluye vacunas)?	SEGUIMIENTO DE CONTROL Y DESARROLLO.. 1 2	
574	¿En qué establecimiento de salud recibieron esa atención? SONDEE: ¿Algún otro más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO 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) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ O OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
575	En la atención que recibieron sus hijas e hijos:		
A	¿Solucionaron el problema de salud de sus hijas/os?	SOLUCIONARON SU PROBLEMA..... 1 2	
B	¿Le atendieron en su idioma?	EN SU IDIOMA..... 1 2	
C	¿Los médicos o enfermeras fueron amables con sus hijas/os?	PERSONAL AMABLE 1 2	
D	¿Tuvo que pagar por algo?	PAGÓ POR ALGO 1 2	
576	VERIFIQUE 565 Y 570: VEA SI 565 = 1 Ó 570=1 (POR LO MENOS UN SI)	VEA SI 565=2 Y 570 CODIGOS 2,3 (NINGÚN SI)	579
577	¿Cómo calificaría la atención que recibió usted o sus hijas/os con el SUMI o con la Ley No. 475: buena, regular o mala?	BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3	581
578	¿Cuáles son las razones por las que califica la atención como regular/ mala con el SUMI o con la ley No. 475? INDAGUE: ¿Alguna razón más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... F EL CENTRO DE SALUD ES LEJOS..... G NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... H NO HAY MEDICAMENTOS..... I TIENE QUE PAGAR..... J OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	581
579	¿Usted tiene seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	581
580	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE: ¿Alguna otra forma? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CAJAS DE SALUD A SEGURO PRIVADO B SEGUROS PÚBLICOS (DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL) C OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
581	¿Usted ha recibido el bono Juana Azurduy,		
A	Por atención a su persona?	POR ATENCIÓN A SU PERSONA..... 1 2	
B	Por atención a sus niñas/niños?	POR ATENCIÓN A SUS NIÑAS/ NIÑOS..... 1 2	

SECCIÓN VI. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 NO, NI CASADA NI EN UNIÓN..... 3	→ 604 → 604
602	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	→ 604 → 609
603	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	→ 606
604	¿Su esposo/compañero 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/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	¿Ha estado usted casada o en unión sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
607	VERIFIQUE 606: CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="text"/> CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="text"/> ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo o compañero? En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 9 8 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9 9 9 8	→ 609
608	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con su esposo/ compañero?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
610	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA HA TENIDO 00 EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 9 5	→ 616
611	VERIFIQUE EN 110 SI ENTREVISTADA TIENE 14 A 24 AÑOS 14-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/>		→ 613
612	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A									
613	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? SI MENOS DE 12 MESES, REGISTRE RESPUESTA EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, REGISTRE LA RESPUESTA EN AÑOS	DÍAS SEMANAS MESES AÑOS <table border="1" data-bbox="1323 219 1416 356" style="float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
614	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante toda la vida? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE PERSONAS DE TODA LA VIDA..... <table border="1" data-bbox="1315 456 1416 500" style="float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NO SABE/ NO RECUERDA..... 98										
615	En esta época se habla más abiertamente de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. ¿Usted, ha tenido relaciones sexuales alguna vez con: A Mujer? B Hombre y Mujer?	<table border="1" data-bbox="1323 687 1416 792" style="float: right;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>MUJER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AMBOS SEXOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	MUJER.....	1	2	AMBOS SEXOS.....	1	2	
	SI	NO										
MUJER.....	1	2										
AMBOS SEXOS.....	1	2										
616	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2 →	701									
617	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO..... D OTRO PÚBLICO _____ E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG..... H CONSULTORIO MÉDICO/MÉDICO PARTICULAR I OTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L MED. TRADICIONAL (CURANDERO, NATURISTA, KALLAWAYA, IPAYE, QHAPACHAQUERAS, AYSIRIS, KAKURIS/JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE) KALLAWAYAS, QHAPACHAQUERAS) M FARMACIA..... N AMIGO/FAMILIAR..... O OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ INSEGURA..... Z										
618	Si usted quisiera ¿podría conseguir condón usted misma?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ INSEGURA 8										

SECCIÓN VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 313 Y 313A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO/NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	714
702	VERIFIQUE 233: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener una/un (otra/o) hija/o o preferiría no tener ningún (más) hija/o(s)?	CÓDIGO 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después de la/el hija/o que está esperando, ¿le gustaría tener otra/o hija o hijo preferiría no tener más hijas/os?	TENER (UNA/UN OTRO/O) HIJA/O 1 NO MÁS HIJAS/OS NINGÚN HIJO 2 → 704 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 → 714 INDECISA/NO SABE, PERO: NO EMBARAZADA O INSEGURA 4 → 708 EMBARAZADA 5 → 709
703	VERIFIQUE 233: CÓDIGOS 2, 8: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (una/un otra/o) hija/o?	CÓDIGO 1: EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del nacimiento de la hija/o que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otra/o hija/o?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 → 708 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 714 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO 996 } 708 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998
704	VERIFIQUE 233: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	709
705	VERIFIQUE 312 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	714
706	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 703, TIEMPO QUE QUIERE ESPERAR: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	MENOS DE 24 MESES; MENOS DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/>	709
707	VERIFIQUE 702: CÓDIGO 1 QUIERE TENER UNA/UN (OTRA/O) HIJA/O <input type="checkbox"/> Usted dice que no quiere tener una/un (otra/o) hija/o pronto, pero ud. no está usando ningún método para evitar quedar embarazada, ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón?	CÓDIGO 2 NO QUIERE MÁS HIJOS <input type="checkbox"/> Usted me dijo que no quería tener (más) hijas/os, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón?	NO EN UNIÓN A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... I MARIDO SE OPONE..... J OTROS SE OPONEN..... K PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... L FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... M NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... N RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... O MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS P USO INCONVENIENTE..... Q INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... R RAZONES DE AGESO/COSTO FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... S MUY COSTOSO..... T OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A										
714	VERIFIQUE 220: TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/> ↓ ↓ Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas/os y pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 → 716 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA _____ 96 → 716 (ESPECIFIQUE)											
715	¿Cuántas/os de estas/os hijas/os le habría gustado que fueran mujeres y cuántos varones, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)											
716	Durante los últimos 12 meses:												
	A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre anticoncepción/planificación familiar? B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre anticoncepción/planificación familiar? C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre anticoncepción/planificación familiar? D ¿Usted ha visto en Internet algo sobre anticoncepción/planificación familiar?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align:right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN</td> <td style="text-align:right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICOS / REVISTAS</td> <td style="text-align:right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>INTERNET.....</td> <td style="text-align:right;">1 2</td> </tr> </table>		SI NO	RADIO	1 2	TELEVISIÓN	1 2	PERIÓDICOS / REVISTAS	1 2	INTERNET.....	1 2	
	SI NO												
RADIO	1 2												
TELEVISIÓN	1 2												
PERIÓDICOS / REVISTAS	1 2												
INTERNET.....	1 2												
717	VERIFIQUE 601: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">CÓDIGO 1</td> <td style="text-align:center;">CÓDIGO 2</td> <td style="text-align:center;">CÓDIGO 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;">SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;">NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	CÓDIGO 1	CÓDIGO 2	CÓDIGO 3	SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/>	SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		801				
CÓDIGO 1	CÓDIGO 2	CÓDIGO 3											
SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/>	SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>											
718	VERIFIQUE 313/313A, SI USA ACTUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> → 722 CÓDIGOS 'B', 'H' O 'M' <input type="checkbox"/> → 720 OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/>												
719	¿Su esposo/compañero sabe que usted está usando un método de anticoncepción/ planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8											
720	¿Usted diría que el uso de anticoncepción/planificación familiar fue principalmente su decisión, principalmente de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)											
721	VERIFIQUE 313/313A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	801										
722	¿Usted piensa que su pareja (esposo/compañero) desea el mismo número de hijas/os que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO 1 MÁS HIJAS/OS 2 MENOS HIJAS/OS 3 NO SABE 8											

SECCIÓN VIII. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA																																													
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																										
801	VERIFIQUE 601, 602: EN 601, CÓDIGOS 1,2 ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	EN 602, CÓDIGOS 1,2 ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	EN 602, CÓDIGO 3 NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN/ <input type="checkbox"/>																																										
			803 808																																										
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo/compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>																																											
803	¿Su (última) pareja (esposo/ compañero) alguna vez asistió a la escuela o curso de alfabetización?	SI..... 1 NO..... 2	804A																																										
804	¿Cuál fue el curso o año de educación más alto que su pareja (esposo/compañero) aprobó y en qué nivel?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>01</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>02</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....</td> <td>03</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>04</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>05</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN SUPERIOR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....</td> <td>06</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>UNIVERSIDAD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIATURA.....</td> <td>07</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>08</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....</td> <td>09</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....</td> <td>10</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	CURSO	NINGUNO.....	01	<input type="text"/>	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="text"/>	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="text"/>	SISTEMA ESCOLAR ACTUAL			PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="text"/>	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="text"/>	EDUCACIÓN SUPERIOR			NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="text"/>	UNIVERSIDAD			LICENCIATURA.....	07	<input type="text"/>	POSTGRADO.....	08	<input type="text"/>	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="text"/>	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="text"/>	
	NIVEL	CURSO																																											
NINGUNO.....	01	<input type="text"/>																																											
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="text"/>																																											
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="text"/>																																											
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL																																													
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="text"/>																																											
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="text"/>																																											
EDUCACIÓN SUPERIOR																																													
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="text"/>																																											
UNIVERSIDAD																																													
LICENCIATURA.....	07	<input type="text"/>																																											
POSTGRADO.....	08	<input type="text"/>																																											
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="text"/>																																											
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="text"/>																																											
804A	VERIFIQUE 801: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	808																																										
805	Durante la semana pasada su pareja (esposo/ compañero), ¿trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones u otra razón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3	807																																										
806	¿Su pareja es estudiante, jefe o responsable del hogar, jubilado o benemérito, enfermo o discapacitado, o persona de edad avanzada?	ESTUDIANTE..... 1 JEFE O RESPONSABLE DEL HOGAR..... 2 JUBILADO/BENEMÉRITO..... 3 ENFERMO/ DISCAPACITADO..... 4 PERSONA DE EDAD AVANZADA..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	808																																										
807	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue la ocupación principal de su pareja (esposo/ compañero)?	_____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																																											
808	Durante la semana pasada, ¿Usted trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones maternidad u otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	810																																										
809	¿Es usted estudiante, ama de casa o responsable del hogar, jubilada o benemérita, enferma o discapacitada, o persona de edad avanzada?	ESTUDIANTE..... 1 AMA DE CASA / RESPONSABLE DEL HOGAR..... 2 JUBILADA/BENEMÉRITA..... 3 ENFERMA/ DISCAPACITADA..... 4 PERSONA DE EDAD AVANZADA..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	817																																										
810	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue su ocupación principal?	_____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																																											
811	VERIFIQUE 810: TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES <input type="checkbox"/>	813																																										
812	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
813	¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTRO..... 2 CUENTA PROPIA..... 3																																									
814	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																									
815	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																																									
816	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4																																									
817	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	823																																								
818	VERIFIQUE 816: CÓDIGOS 1, 2 MARCADOS <input type="checkbox"/>	NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	821																																								
819	Quién decide cómo se utiliza el dinero que usted gana: ¿usted, principalmente su pareja(esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 4 NO TIENE INGRESOS..... 5 OTRA PERSONA _____ 6 (ESPECIFIQUE)																																									
820	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su pareja (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MAS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MAS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 NO SABE 8	822																																								
821	¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su pareja (esposo/compañero) gana: principalmente usted, su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 OTRA PERSONA _____ 6 (ESPECIFIQUE)																																									
822	Para cada una de las siguientes actividades , ¿me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo/compañero), ambos o alguien más. A En el cuidado de su salud? B Comprar algo caro para la casa, por ejemplo un televisor? C En las compras diarias de la casa? D Visitas a amigas suyas o a su familia?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ELLA</th> <th>ESPOSO/COMPAÑERO</th> <th>AMBOS</th> <th>ELLA Y OTRA PERSONA</th> <th>OTRA PERSONA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUIDADO SALUD</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>COMPRA CARO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>COMPRA DIARIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>VISITAS AMIGAS/ FLIA.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ELLA	ESPOSO/COMPAÑERO	AMBOS	ELLA Y OTRA PERSONA	OTRA PERSONA	CUIDADO SALUD	1	2	3	4	6	COMPRA CARO	1	2	3	4	6	COMPRA DIARIA.....	1	2	3	4	6	VISITAS AMIGAS/ FLIA.	1	2	3	4	6											
	ELLA	ESPOSO/COMPAÑERO	AMBOS	ELLA Y OTRA PERSONA	OTRA PERSONA																																						
CUIDADO SALUD	1	2	3	4	6																																						
COMPRA CARO	1	2	3	4	6																																						
COMPRA DIARIA.....	1	2	3	4	6																																						
VISITAS AMIGAS/ FLIA.	1	2	3	4	6																																						
823	El año pasado 2015 ¿Ha sufrido alguno de los siguientes eventos en la ciudad o en el campo: A Accidente de tránsito? B Accidente doméstico / dentro del hogar? C Accidente deportivo? D Accidente en el trabajo? E Accidente en desastre natural? F Accidente en alguna convulsión social? PARA CADA PREGUNTA, SI ES "SI", SONDEE: ¿En la ciudad o en el campo?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">CIUDAD</th> <th colspan="2">PUEBLO/CAMPO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE TRÁNSITO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DOMÉSTICO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DEPORTIVO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN EL TRABAJO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN DESASTRE NATURAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN CONVULSIÓN SOCIAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		CIUDAD		PUEBLO/CAMPO			SI	NO	SI	NO	DE TRÁNSITO	1	2	1	2	DOMÉSTICO	1	2	1	2	DEPORTIVO	1	2	1	2	EN EL TRABAJO	1	2	1	2	EN DESASTRE NATURAL	1	2	1	2	EN CONVULSIÓN SOCIAL	1	2	1	2	
	CIUDAD		PUEBLO/CAMPO																																								
	SI	NO	SI	NO																																							
DE TRÁNSITO	1	2	1	2																																							
DOMÉSTICO	1	2	1	2																																							
DEPORTIVO	1	2	1	2																																							
EN EL TRABAJO	1	2	1	2																																							
EN DESASTRE NATURAL	1	2	1	2																																							
EN CONVULSIÓN SOCIAL	1	2	1	2																																							
824	VERIFIQUE EN 823 D: TUVO ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/>	OTRAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/>	901																																								
825	Si tuvo un accidente de trabajo, ¿Quién cubrió los gastos incurridos: A Seguridad social? B Empresa contratante? C Usted misma?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SEGURIDAD SOCIAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EMPRESA CONTRATANTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>USTED MISMA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SEGURIDAD SOCIAL	1	2	8	EMPRESA CONTRATANTE	1	2	8	USTED MISMA	1	2	8																									
	SI	NO	NS																																								
SEGURIDAD SOCIAL	1	2	8																																								
EMPRESA CONTRATANTE	1	2	8																																								
USTED MISMA	1	2	8																																								

SECCIÓN IX. VIH/SIDA E ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
901	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar del VIH /SIDA?:	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 915
902	¿Pueden las personas evitar contraer el del VIH teniendo una sola pareja sexual fiel que no este transmitida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
903	¿Pueden las personas protegerse del virus VIH usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales:	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
904	¿Puede una persona contraer el virus VIH que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
905	¿Pueden las personas protegerse de contraer el virus VIH no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
906	¿Piensa usted que es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
907	En qué momento puede contraer de la madre infectada al hijo, el virus VIH que causa el SIDA, :	NO SI NO SABE	
A	¿Durante el embarazo?	DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8	
B	¿Durante el parto?	DURANTE EL PARTO..... 1 2 8	
C	¿Mientras está lactando o amamantando?	DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8	
D	¿Durante la Cesárea?	DURANTE LA CESÁREA..... 1 2 8	
908	¿Conoce usted a alguien que tenga y/ o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
909	¿Sabe usted de algún lugar donde la gente se puede hacer la prueba del virus VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 912
910	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA, DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONULTORIO..... D OTRO PÚBLICO_____ E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG H CONSULTORIO MÉDICO/MÉDICO PARTICULAR I OTRO PRIVADO_____ J (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"... L MED. TRADICIONAL (CURANDERO, NATURISTA, KALLAWAYA, IPAYE, QHAPACHAQUERAS, AYSIRIS, KAKURIS/JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE) KALLAWAYAS, QHAPACHAQUERAS) M FARMACIA..... N AMIGO/FAMILIAR..... O OTRO LUGAR_____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
911	¿En los últimos 12 meses se hizo la prueba del virus VIH, que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
912	¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
913	Si algún miembro de su familia contrajera el virus VIH que causa el SIDA, ¿Usted:	SI NO NS	
A	Querría mantenerlo en secreto?	MANTENERLO EN SECRETO..... 1 2 8	
B	Estaría dispuesta a cuidarlo en su propia casa?	DISPUESTA A CUIDARLO EN CASA 1 2 8	
C	Lo expulsaría de su casa?	LO EXPULSARÍA DE CASA 1 2 8	
914	En su opinión, por Ej. si una profesora tuviera el virus VIH que causa el SIDA pero no está enferma, ¿Se le debería permitir a ella seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 2 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURA/ DEPENDE..... 8	
915	<p>VERIFIQUE EN 901 SI HA OIDO HABLAR DEL VIH/ SIDA:</p> <p>"SI" <input type="checkbox"/> POR "NO" <input type="checkbox"/></p> <p>Aparte del VIH/SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</p> <p>¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
916	<p>VERIFIQUE 610:</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p> <p>NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/> → 920</p>		
917	<p>VERIFIQUE 915:</p> <p>CÓDIGO 1</p> <p>CONOCE ITS <input type="checkbox"/></p> <p>NO CONOCE ITS <input type="checkbox"/> → 920</p>		
918	¿Ha tenido Ud. alguna infección adquirida (venérea) mediante relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	
919	¿Sabe usted que las ITS:	SI NO	
A	Se pueden prevenir mediante el uso de condón?	SE PUEDEN PREVENIR CON CONDÓN 1 2	
B	Aumentan el riesgo de transmisión del Virus VIH?	AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH 1 2	
920	Las parejas no siempre están de acuerdo en todo ¿Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con la pareja, esposo/ compañero:	SI NO NO SABE	
A	Cuando ella sabe que él tiene una infección que ella puede adquirir durante las relaciones sexuales?	SABE QUE TIENE UNA ITS..... 1 2 8	
B	Cuándo ella está cansada y no quiere tener relaciones?	ESTA CANSADA / NO QUIERE..... 1 2 8	
C	Cuándo ella sabe que él tiene relaciones con otra mujer?	RELACIONES CON OTRA PERSONA..... 1 2 8	

SECCION X. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	1005
1002	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? SONDEE: ¿Alguna otra forma? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS RESPUESTAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS A COMPARTIENDO UTENSILIOS B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS C COMPARTIENDO ALIMENTOS D POR CONTACTO SEXUAL E POR PICADURA DE MOSQUITOS..... F OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
1003	¿En su familia hay alguien con Tuberculosis diagnosticada?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
1004	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PERMANECIERA SECRETO 1 NO 2 NO ESTA SEGURA/DEPENDE 3	
1005	¿Conoce usted alguna persona que tenga tos por más de 15 días en su familia o en su barrio/comunidad?	EN SU FAMILIA..... 1 EN SU BARRIO/COMUNIDAD..... 2 NO CONOCE 3	
1006	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el cuidado de su salud. Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, es para Ud. un gran problema:		
	A ¿Saber a dónde ir?	DÓNDE IR 1 2	
	B ¿Conseguir permiso para ir?	CONSEGUIR PERMISO PARA IR..... 1 2	
	C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	CONSEGUIR DINERO..... 1 2	
	D ¿La distancia de los servicios médicos?	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1 2	
	E ¿Tener que tomar transporte?	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE..... 1 2	
	F ¿No querer ir sola?	NO QUERER IR SOLA..... 1 2	
	G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda?	SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1 2	
	H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda?	QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA 1 2	
	I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?	NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS..... 1 2	
1007		1008 Me podría decir si...	
A	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en el trabajo?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2
B	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en su vida social?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2
C	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en sus estudios?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2
D	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en su familia?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2
1009	¿Se siente triste o llora con mucha frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2	
1010	¿Ya no disfruta de actividades de las que antes disfrutaba?	SI..... 1 NO..... 2	
1011	¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño, en acabar con su vida o en la muerte?	SI..... 1 NO..... 2	
1012	¿En los últimos 12 meses usted ha tomado bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	1015
1012 A	¿Con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas? INDAGUE: SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE VASOS QUE HA TOMADO	TODOS LOS DÍAS..... 1 UN DIA A LA SEMANA..... 2 A VECES..... 3	Nº DE VASOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1013	¿Alguna vez el consumo de bebidas alcohólicas ha interferido con sus actividades cotidianas en:		
A	Su trabajo?	CON SU TRABAJO.....	
B	Sus estudios?	CON SUS ESTUDIOS.....	
C	Su familia?	CON SU FAMILIA.....	
D	Su salud?	CON SU SALUD.....	
1014	¿Alguna vez, bajo el efecto del consumo de bebidas alcohólicas, usted ha provocado o ha cometido acciones que atentan contra otras personas tales como:		
A	Agresiones a su pareja?	AGRESIONES A SU PAREJA.....	
B	Agresiones a sus hijas/os?	AGRESIONES A SUS HIJAS/OS.....	
C	Agresiones a terceros?	AGRESIONES A TERCEROS.....	
D	Violaciones?	VIOLACIONES.....	
E	Accidentes / hechos de tránsito?	ACCIDENTES / HECHOS DE TRÁNSITO.....	
F	Intentos de suicidio?	INTENTOS DE SUICIDIO.....	
1015	¿En los últimos 12 meses usted ha fumado?	SI..... NO.....	1 2 → 1016
1015 A	¿Con qué frecuencia ha fumado cigarrillos? INDAGUE: SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE HA FUMADO	TODOS LOS DÍAS..... UN DIA A LA SEMANA..... A VECES.....	Nº DE CIGARRILLOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
1016	VERIFIQUE 208 ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	→ 1018
1017	¿Cuándo estaba embarazada usted fumaba?	SI..... NO.....	1 2
1018	¿Sábe que el humo del tabaco dentro de la casa provoca daños a su salud y a la de su familia?	SI..... NO.....	1 2
1019	¿En qué momento se lava las manos?	ANTES DE COMER..... DESPUÉS DE UTILIZAR EL BAÑO..... DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑALES..... ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS..... ANTES DE DARLE DE COMER O DE MAMAR/LACTAR A SU HIJA/O..... OTRA..... (ESPECIFIQUE) EN NINGÚN MOMENTO.....	A B C D E X Y
1020	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... NO.....	1 2
1021	¿Sabe usted que el cáncer también se da en las/os niñas/os?	SI..... NO.....	1 2
1022	¿Sabe de alguna niña o algún niño en su familia o en su comunidad, que haya tenido cáncer?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8
1023	¿Conoce o ha oído hablar de alguna niña o algún niño que haya fallecido por cáncer?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8
1024	En el establecimiento de salud al que lleva a su niña o niño, ¿recibe información/educación sobre alimentación y nutrición que su niña o niño debe recibir?	SI..... NO..... NO TIENE NIÑOS/AS.....	1 2 3
1025	Entre las mujeres de su familia, ¿Alguna ha tenido Cáncer de mama:		
A	Abuela (s)?	ABUELA (S).....	SI NO NS 1 2 8
B	Madre?	MADRE.....	1 2 8
C	Hermana (s)?	HERMANA (S).....	1 2 8
D	Tía (s)?	TÍA (S).....	1 2 8

SECCIÓN XI. VIOLENCIA A LAS MUJERES

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
1101	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD. PRIVACIDAD OBTENIDA PRESENCIA DE OTROS: A MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 B ESPOSO/ COMPANERO..... 1 2 C OTROS HOMBRES..... 1 2 D OTRAS MUJERES..... 1 2																																																														
	LEA A LA ENTREVISTADA Yo sé que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Bolivia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.																																																														
1102	VERIFIQUE PREGUNTA 601 Y 602 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA SI NO TIENE O NO HA TENIDO ESPOSO, COMPAÑERO, PAREJA, PREGUNTAR SI TIENE O HA TENIDO PAREJA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ULTIMO ESPOSO/PAREJA/COMPANERO <input type="checkbox"/> NO/NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/>		1120																																																												
1103	¿Está usted de acuerdo en que el esposo/compañero/pareja castigue, golpee, agrede cuando: A Ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? B Ella descuida/desatiende a las/os niñas/os? C Ella discute con él? D Ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él? E Ella descuida o desatiende las obligaciones?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>SI ELLA SALE</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA NINOS</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DISCUTE CON EL</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>REHUSA TENER SEXO CON EL.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA OBLIGACIONES.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>			SI	NO	NO SABE	SI ELLA SALE		1	2	8	DESCUIDA NINOS		1	2	8	DISCUTE CON EL		1	2	8	REHUSA TENER SEXO CON EL.....		1	2	8	DESCUIDA OBLIGACIONES.....		1	2	8																															
		SI	NO	NO SABE																																																											
SI ELLA SALE		1	2	8																																																											
DESCUIDA NINOS		1	2	8																																																											
DISCUTE CON EL		1	2	8																																																											
REHUSA TENER SEXO CON EL.....		1	2	8																																																											
DESCUIDA OBLIGACIONES.....		1	2	8																																																											
1104	Por favor dígame si en los últimos 12 meses se presentaron las siguientes situaciones: A ¿Su pareja la acusa(ba) de serle infiel? B ¿Su pareja la cela(ba) con algún amigo? C ¿Su pareja trata(ba) de limitar los contactos con su familia? D ¿Su pareja la humilla(ba) o insulta(ba)? E ¿Su pareja la amenaza(ba) con abandonarla? F ¿Su pareja la amenaza(ba) con quitarle a sus hijos? G ¿Su pareja la amenaza(ba) con no cumplir con su responsabilidad económica? H ¿Su pareja al enojarse rompe(rompía) objetos en el hogar como forma de amenaza? SI "SI", SONDEE: A MENUDO O ALGUNAS VECES?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI A</td> <td align="center">SI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">MENUDO</td> <td align="center">ALGUNA</td> <td align="center">UNA</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">VECES</td> <td align="center">VEZ</td> <td align="center">JUNCA</td> </tr> <tr> <td>LA ACUSA DE SER INFIEL</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>LA CELA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>LIMITA CONTACTOS CON FAMILIA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>HUMILLACIONES E INSULTOS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>AMENAZA CON ABANDONARLA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>QUITARLE LOS HIJOS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>AMENAZA CON NO CUMPLIR CON RESPONSABILIDAD ECONOMICA ..</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>ROMPE OBJETOS EN EL HOGAR COMO FORMA DE AMENAZA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> </table>		SI A	SI				MENUDO	ALGUNA	UNA	NO			VECES	VEZ	JUNCA	LA ACUSA DE SER INFIEL	1	2	3	4	LA CELA	1	2	3	4	LIMITA CONTACTOS CON FAMILIA	1	2	3	4	HUMILLACIONES E INSULTOS	1	2	3	4	AMENAZA CON ABANDONARLA	1	2	3	4	QUITARLE LOS HIJOS	1	2	3	4	AMENAZA CON NO CUMPLIR CON RESPONSABILIDAD ECONOMICA ..	1	2	3	4	ROMPE OBJETOS EN EL HOGAR COMO FORMA DE AMENAZA	1	2	3	4						
	SI A	SI																																																													
	MENUDO	ALGUNA	UNA	NO																																																											
		VECES	VEZ	JUNCA																																																											
LA ACUSA DE SER INFIEL	1	2	3	4																																																											
LA CELA	1	2	3	4																																																											
LIMITA CONTACTOS CON FAMILIA	1	2	3	4																																																											
HUMILLACIONES E INSULTOS	1	2	3	4																																																											
AMENAZA CON ABANDONARLA	1	2	3	4																																																											
QUITARLE LOS HIJOS	1	2	3	4																																																											
AMENAZA CON NO CUMPLIR CON RESPONSABILIDAD ECONOMICA ..	1	2	3	4																																																											
ROMPE OBJETOS EN EL HOGAR COMO FORMA DE AMENAZA	1	2	3	4																																																											
1105	VERIFIQUE 1104: AL MENOS UN CÓDIGO 1 6 2 6 3 <input type="checkbox"/>	TODOS CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/>	1107																																																												
1106	Como resultado de éstas situaciones con su pareja: A ¿Sintió miedo constante a su reacción? B ¿Tuvo ansiedad, depresión, desgano, tristeza y llanto con frecuencia? C ¿Tuvo algún problema en su embarazo? D ¿Dejó de trabajar? E ¿Dejó de estudiar? F ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted? G ¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si misma? H ¿Ha pensado en abandonar su hogar?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NR</td> </tr> <tr> <td>MIEDO A REACCIÓN.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>ANSIEDAD/DEPRESIÓN/DESGANO/TRISTEZA...</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS EMBARAZO/ABORTO.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE TRABAJAR</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE ESTUDIAR</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PENSÓ EN LASTIMARSE</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>			SI	NO	NR	MIEDO A REACCIÓN.....		1	2	8	ANSIEDAD/DEPRESIÓN/DESGANO/TRISTEZA...		1	2	8	PROBLEMAS EMBARAZO/ABORTO.....		1	2	8	DEJÓ DE TRABAJAR		1	2	8	DEJÓ DE ESTUDIAR		1	2	8	DEJÓ DE REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES		1	2	8	PENSÓ EN LASTIMARSE		1	2	8	PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....		1	2	8																
		SI	NO	NR																																																											
MIEDO A REACCIÓN.....		1	2	8																																																											
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/DESGANO/TRISTEZA...		1	2	8																																																											
PROBLEMAS EMBARAZO/ABORTO.....		1	2	8																																																											
DEJÓ DE TRABAJAR		1	2	8																																																											
DEJÓ DE ESTUDIAR		1	2	8																																																											
DEJÓ DE REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES		1	2	8																																																											
PENSÓ EN LASTIMARSE		1	2	8																																																											
PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....		1	2	8																																																											
1107	Por favor dígame si en los últimos 12 meses , se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su pareja: A ¿La ha empujado o jaloneado? B ¿La ha golpeado con la mano o con el pie? C ¿La ha golpeado con un objeto? D ¿La ha tratado de estrangular o quemar? E ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería? F ¿La ha forzado a tener otras actividades sexuales que usted no quería?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI A</td> <td align="center">SI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">MENUDO</td> <td align="center">ALGUNA</td> <td align="center">UNA</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">VECES</td> <td align="center">VEZ</td> <td align="center">JUNCA</td> </tr> <tr> <td>EMPUJADO/ JALONEADO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>GOLPEADO CON MANO/ PIE.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>GOLPEADO CON OBJETO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>TRATADO DE ESTRANGULAR/ O QUEMAR.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>FORZADO A TENER RELACIONES.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>FORZADO A OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> </tr> </table>		SI A	SI				MENUDO	ALGUNA	UNA	NO			VECES	VEZ	JUNCA	EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4	GOLPEADO CON MANO/ PIE.....	1	2	3	4	GOLPEADO CON OBJETO	1	2	3	4	TRATADO DE ESTRANGULAR/ O QUEMAR.....	1	2	3	4	FORZADO A TENER RELACIONES.....	1	2	3	4	FORZADO A OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES.....	1	2	3	4																
	SI A	SI																																																													
	MENUDO	ALGUNA	UNA	NO																																																											
		VECES	VEZ	JUNCA																																																											
EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON MANO/ PIE.....	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON OBJETO	1	2	3	4																																																											
TRATADO DE ESTRANGULAR/ O QUEMAR.....	1	2	3	4																																																											
FORZADO A TENER RELACIONES.....	1	2	3	4																																																											
FORZADO A OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES.....	1	2	3	4																																																											
1108	VERIFIQUE 1107: AL MENOS UN CÓDIGO 1 6 2 6 3 <input type="checkbox"/>	TODOS CODIGO 4 <input type="checkbox"/>	1120																																																												
1109	¿Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas? SONDEE: ¿Alguna otra persona? CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS.	A SOLAS..... A EN PRESENCIA DE AMIGOS..... B EN PRESENCIA DE FAMILIARES..... C EN PRESENCIA DE LOS HIJOS..... D OTRAS PERSONAS (ESPECIFICAR)..... X																																																													
1110	Como resultado de las adresiones físicas de su pareja: A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja? B ¿Tuvo desgano, tristeza, llanto , con frecuencia? C ¿Tuvo moretones, marcas y dolores en el cuerpo, heridas o algún hueso quebrado? D ¿Tuvo algún problema en su embarazo? E ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? F ¿Dejó de trabajar? G ¿Dejó de estudiar? H ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted? I ¿Se embarazó producto de la agresión? J ¿Dejó de tener participación en organizaciones políticas y/o sociales? K ¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si misma?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NR</td> </tr> <tr> <td>MIEDO A REACCIÓN.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>MORETONES HERIDAS</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PERDIDA DE ÓRGANO, FUNCIÓN, O PARTE DEL CUERPO.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE TRABAJAR</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE ESTUDIAR</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS IMPORTANTES</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>SE EMBARAZÓ</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE PARTICIPAR EN ORGANIZACIONES.....</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PENSÓ EN LASTIMARSE</td> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>			SI	NO	NR	MIEDO A REACCIÓN.....		1	2	8	DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....		1	2	8	MORETONES HERIDAS		1	2	8	PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO.....		1	2	8	PERDIDA DE ÓRGANO, FUNCIÓN, O PARTE DEL CUERPO.....		1	2	8	DEJÓ DE TRABAJAR		1	2	8	DEJÓ DE ESTUDIAR		1	2	8	OTRAS IMPORTANTES		1	2	8	SE EMBARAZÓ		1	2	8	DEJÓ DE PARTICIPAR EN ORGANIZACIONES.....		1	2	8	PENSÓ EN LASTIMARSE		1	2	8	
		SI	NO	NR																																																											
MIEDO A REACCIÓN.....		1	2	8																																																											
DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....		1	2	8																																																											
MORETONES HERIDAS		1	2	8																																																											
PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO.....		1	2	8																																																											
PERDIDA DE ÓRGANO, FUNCIÓN, O PARTE DEL CUERPO.....		1	2	8																																																											
DEJÓ DE TRABAJAR		1	2	8																																																											
DEJÓ DE ESTUDIAR		1	2	8																																																											
OTRAS IMPORTANTES		1	2	8																																																											
SE EMBARAZÓ		1	2	8																																																											
DEJÓ DE PARTICIPAR EN ORGANIZACIONES.....		1	2	8																																																											
PENSÓ EN LASTIMARSE		1	2	8																																																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1111	VERIFIQUE 1107 AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	1120
1112	¿Cómo resultado de las agresiones físicas de su pareja, usted fue al médico o a un establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2	1114
1113	El personal del establecimiento de salud la orientó para denunciar la agresión?	SI..... 1 NO..... 2	
1114	Cuando fue maltratada por su pareja/esposo/compañero, ¿pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1116
1115	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MADRE..... A PADRE..... B MADRASTRA..... C PADRASTRO..... D HERMANA..... E HERMANO..... F HIJA..... G HIJO..... H PARIENTES POLITICOS(SUEGRO/A, CUÑADO/A I REDES SOCIALES EN INTERNET J VECINOS/AMIGOS..... K OTRAS PERSONAS _____ X (ESPECIFIQUE)	
1116	Cuando la agredieron, ¿Ud. denunció la agresión? SI la respuesta es "SI", ¿A cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CENTRO DE SALUD..... A FELCV/ BRIGADA..... B SLIMs C POLICIA D FISCALIA E JUZGADO F SEDEGES G ONG..... H AUTORIDADES COMUNITARIAS/ ORIGINARIAS..... I DEFENSORIA DE LA NINEZ Y ADOLESCENCIA..... J OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	1119
1117	¿Qué tipo de apoyo recibió? INDAGUE: ¿Alguno más? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A PSICOLÓGICO B LEGAL C SOCIAL(INFORMACIÓN/ORIENTACION) D COMUNITARIO E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO RECIBIO APOYO Y	
1118	¿Qué tipo de sanción o terapia recibió la agresora? INDAGUE: ¿Alguna otra cosa? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... E RETIRO LA DENUNCIA F RESOLUCION LEGAL A SALIR DE LA CASA..... G OTRA _____ X NO SABE Z	1120
1119	¿Por qué no denunció a la persona que la agredió? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	NO SABÍA DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACION B ES NORMAL C YO TENIA LA CULPA D MIEDO A LA SEPARACION..... E MIEDO A QUEDARSE SOLA F MIEDO A REPRESALIAS G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONOMICO..... H PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR..... I NO CREÍA EN LA JUSTICIA J PENSE QUE ME COBRARIAN..... K RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS N OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
1120	Por favor dígame si en los últimos 12 meses , alguna persona diferente a su pareja ¿La golpeó, abofeteó pateó o le hizo algún daño físico ?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1123

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
1121	<p>¿Quién la agredió?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	PATRON / JEFE A PROFESOR/A B CATEDRÁTICO/A C PADRE/ MADRE..... D PADRASTRO/ MADRASTRA..... E HERMANO/A..... F PRIMO/A..... G EX ESPOSO/ COMPANERO/PAREJA..... H SUEGRO/A..... I TIO/A..... J CUNADO/A..... K AMIGO/A..... L DIRIGENTE M DESCONOCIDO/A..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1122	<p>¿Dónde la agredieron?</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro lugar?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	EN LA CALLE A EN SU TRABAJO B EN LA ESCUELA/ COLEGIO C EN LA UNIVERSIDAD D EN SU CASA E EN CASA DE PARIENTES F EN UNA FIESTA G EN INSTITUCIÓN POLICIAL / MILITAR..... H ORGANIZACIÓN SOCIAL/PARTIDO POLITICO..... I OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)	
1123	<p>¿Alguna vez ha sido forzada por alguna persona diferente a su pareja a tener relaciones sexuales?</p>	SI..... 1 NO..... 2	→ 1130
1124	<p>¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	PATRÓN / JEFE A PROFESOR/ A B CATEDRÁTICO/ A C PADRE/ MADRE..... D PADRASTRO/ MADRASTRA..... E HERMANO/ A..... F PRIMO/ A..... G EX ESPOSA/COMPANERA/PAREJA..... H SUEGRO/ A..... I TIO/ A..... J CUNADO/ A..... K AMIGO/ A..... L DIRIGENTE M DESCONOCIDO/ A..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUNO/ NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y	→ 1130
1125	<p>¿Dónde la obligaron o forzaron a algún tipo de relación sexual?</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro lugar?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	EN LA CALLE A EN SU TRABAJO B EN LA ESCUELA/ COLEGIO C EN LA UNIVERSIDAD D EN SU CASA E EN CASA DE PARIENTES F EN UNA FIESTA G EN EL CUARTEL..... H EN INSTITUCION POLICIAL / MILITAR..... I OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)	
1126	<p>Cuando la obligaron o forzaron sexualmente, ¿Ud.denunció la agresión?</p> <p>SI ES "SI". PREGUNTE:</p> <p>¿A cuál institución ha acudido?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	CENTRO DE SALUD..... A FELCV/BRIGADA B SLIMs C POLICIA D FISCALIA E JUZGADO F SEDEGES G ONG H AUTORIDADES COMUNITARIAS/ ORIGINARIAS..... I DEFENSORIA DE LA NINEZ Y ADOLESCENCIA J OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIÓ..... Y	→ 1129
1127	<p>¿Qué tipo de apoyo recibió: médico, psicológico, legal u otro?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguno más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODOS LAS MENCIONADAS</p>	MÉDICO A PSICOLÓGICO B LEGAL C SOCIAL (INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) D COMUNITARIO E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO RECIBIO APOYO Y	
1128	<p>¿Qué le hicieron a la persona que lo agredió?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... E RETIRO LA DENUNCIA F NO SABE G RESOLUCION LEGAL A SALIR DE LA CASA..... H	1130

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1129	¿Por qué no denunció? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	NO SABÍA DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACION B ES NORMAL C YO TENIA LA CULPA D MIEDO A LA SEPARACION..... E MIEDO A QUEDARSE SOLA..... F MIEDO A REPRESALIAS..... G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONOMICO..... H PENSÉ QUE NO VOLVERIA A OCURRIR..... I NO CREÍA EN LA JUSTICIA J PENSÉ QUE ME COBRARIAN..... K RECIBI DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS N OTRA X (ESPECIFIQUE)	
1130	¿Observó usted alguna vez agresiones físicas entre sus padres?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE / NO SABE 8	
1131	VERIFIQUE 220 AL MENOS UN HIJO VIVO SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO VIVO <input type="checkbox"/>	1141
1132	¿Quién cuida a sus hijas(os) la mayor parte del tiempo? INDAGUE: ¿Alguien más? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PADRE A YO MISMA/MADRE B PADRASTRO C MADRASTRA D ABUELO E ABUELA F HERMANO/ A MAYOR G TRABAJADORA DEL HOGAR..... H MAESTRA PARVULARIA DE GUARDERIA INFANTIL..... I TUTOR / A J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	
1133	¿Alguien agrede a sus hijas(os) en el hogar a título de educación, disciplina o corrección? INDAGUE: ¿Alguien más? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PADRE A MADRE B PADRASTRO C MADRASTRA D ABUELO E ABUELA F HERMANA G HERMANO H TIO/ TIA I TUTOR/ A J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE/ NO LOS CASTIGAN..... Y	1137
1134	VERIFIQUE 1133 PADRE(A) <input type="checkbox"/> MADRE(B) <input type="checkbox"/> SI 1133 ≠ A, B <input type="checkbox"/>		
1135	HIJOS VARONES ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	A. ¿En qué forma castiga su esposo/ compañero a sus hijos varones? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? B. ¿En qué forma castiga Ud.a sus hijos varones? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? C. ¿En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	
1136	HIJAS MUJERES ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	A. ¿En qué forma castiga su esposo/ compañero a sus hijas mujeres? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? B. ¿En qué forma castiga Ud. a sus hijas mujeres? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? C. ¿En qué forma castiga esa persona a sus hijas mujeres? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	SI Y CODIGOS	PASE A
1137	¿En los últimos 12 meses, su hijo/a (menor a 18 años) le ha dicho/referido o ha mostrado señales de haber sufrido malos tratos o agresión, en la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RESPONDE..... 8	
1138	En los últimos 12 meses, su hijo/a (menor a 18 años) ha sufrido malos tratos de alguna de estas personas:		
A	¿Profesor/a?	PROFESOR/ A..... 1 2 8	
B	¿Conductor de trufi, táxi o micro?	CONDUCTOR DE TRUFI, TÁXI, MICRO 1 2 8	
C	¿Vendedor/ a del mercado, tienda o pulpería?	VENDEDOR/ A DEL MERCADO, TIENDA O PULPERÍA..... 1 2 8	
D	¿Amigos/as fuera de la escuela?	AMIGOS/ AS FUERA DE LA ESCUELA 1 2 8	
E	¿Pandilleras/os?	PANDILLEROS/ AS 1 2 8	
F	¿Compañeros/as fuera del establecimiento educativo?	COMPAÑEROS/AS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO..... 1 2 8	
1139	¿Cuál de los siguientes actos considera usted como violencia contra un/a niño/niña o adolescente (menores a 18 años):		
A	Toqueteo sin consentimiento?	TOQUETEO 1 2	
B	Convencerle o persuadirle de tener relaciones sexuales?	CONVENCER PARA TENER SEXO 1 2	
C	Realizar otras actividades sexuales?	OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES... 1 2	
D	Presionarle a través de amenazas a tener relaciones sexuales?	AMENAZAS PARA TENER SEXO 1 2	
E	Tener relaciones sexuales sin consentimiento?	RELACIONES SEXUALES 1 2	
1140	¿Alguna de sus hijas o alguno de sus hijos ha vivido alguna de estas situaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RESPONDE..... 8	
1141	Generalmente, ¿en qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que creció? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS CODIGOS DE TODAS LAS ALTERNATIVAS MENCIONADAS	JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS..... A GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B GRITOS..... C INSULTOS..... D PRIVÁNDOLA DE ALIMENTACIÓN E DEJÁNDOLA ENCERRADA F PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO G DEJÁNDOLA FUERA DE CASA H ECHÁNDOLE AGUA I QUITÁNDOLE LA ROPA..... J IGNORÁNDOLA MÁS DE UN DÍA..... K QUITÁNDOLE SU RECREO O MESADA..... L PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA M SACUDONES..... X OTRA: _____ Y (ESPECIFIQUE) NO LA CASTIGABAN..... Z	1143
1142	Actualmente, ¿se mantiene/n la/s forma/s de castigo que ejercían sobre usted sus padres o personas con las que creció?	SI..... 1 NO..... 2	
1143	¿Cree Ud. que para educar a las/os hijas/os es necesario algún castigo? SI ES "SI", PREGUNTE: ¿A menudo o algunas veces? SI ES "NO", MARQUE NUNCA	A MENUDO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 6	
1144	En su opinión se justifica que el padre o la madre castigue (agreda) a sus hijas/os :		
A	¿Cuando son desobedientes?	DESOBEDIENTES 1 2 8	
B	¿Cuando hacen renegar?	HACEN RENEGAR 1 2 8	
C	¿Cuando llegan tarde a la casa?	LLEGAN TARDE A CASA..... 1 2 8	
D	¿Cuando no cumplen con las tareas familiares?	NO CUMPLEN 1 2 8	
E	¿Cuando lloran mucho?	LLORAN..... 1 2 8	
F	¿Cuando se embarazan?	CUANDO SE EMBARAZAN..... 1 2 8	
1145	ENTREVISTADORA TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTRA PERSONA QUE TRATABA DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUMPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA.	SI UNA VEZ MARIDO..... 1 2 3 OTRO HOMBRE ADULTO..... 1 2 3 MUJER ADULTA..... 1 2 3	
1146	AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.		
1147	HORA DE TERMINACIÓN:	HORA MINUTOS	

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.

LA COLUMNA DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE CON NACIMIENTOS, EMBARAZOS, TERMINACIONES Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

- N** NACIMIENTOS
- E** EMBARAZOS
- T** TERMINACIONES

- 0** NINGÚN MÉTODO
- 1** ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2** ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3** PÍLDORAS/ PASTILLAS
- 4** DIU
- 5** INYECCIONES
- 6** IMPLANTES
- 7** CONDÓN /PRESERVATIVO
- 8** CONDON FEMENINO
- 9** TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA
- U** MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)
- V** RITMO, OVULACIÓN(ABSTINENCIA PERIÓDICA, BILLINGS)
- W** RETIRO
- X** ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA(PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)
- Y** OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL. DE REVISIÓN

COL 1

		12	DIC		01
		11	NOV		02
		10	OCT		03
		09	SEP		04
		2	08	AGO	05 2
		0	07	JUL	06 0
		1	06	JUN	07 1
		6	05	MAY	08 6
			04	ABR	09
			03	MAR	10
			02	FEB	11
			01	ENE	12
		12	DIC		13
		11	NOV		14
		10	OCT		15
		09	SEP		16
		2	08	AGO	17 2
		0	07	JUL	18 0
		1	06	JUN	19 1
		5	05	MAY	20 5
			04	ABR	21
			03	MAR	22
			02	FEB	23
			01	ENE	24
		12	DIC		25
		11	NOV		26
		10	OCT		27
		09	SEP		28
		2	08	AGO	29 2
		0	07	JUL	30 0
		1	06	JUN	31 1
		4	05	MAY	32 4
			04	ABR	33
			03	MAR	34
			02	FEB	35
			01	ENE	36
		12	DIC		37
		11	NOV		38
		10	OCT		39
		09	SEP		40
		2	08	AGO	41 2
		0	07	JUL	42 0
		1	06	JUN	43 1
		3	05	MAY	44 3
			04	ABR	45
			03	MAR	46
			02	FEB	47
			01	ENE	48
		12	DIC		49
		11	NOV		50
		10	OCT		51
		09	SEP		52
		2	08	AGO	53 2
		0	07	JUL	54 0
		1	06	JUN	55 1
		2	05	MAY	56 2
			04	ABR	57
			03	MAR	58
			02	FEB	59
			01	ENE	60
		12	DIC		61
		11	NOV		62
		10	OCT		63
		09	SEP		64
		2	08	AGO	65 2
		0	07	JUL	66 0
		1	06	JUN	67 1
		1	05	MAY	68 1
			04	ABR	69
			03	MAR	70
			02	FEB	71
			01	ENE	72