

ENCUESTA DE HOGARES 2002

A. IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA

A1. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

DEPARTAMENTO _____|_|_| CUESTIONARIO N° _____|_|_|_|_|

DISTRITO _____|_|_| SEGMENTO _____|_|_|_|

BARRIO(LOCALIDAD) _____|_|_|_| MANZANA _____|_|_|_|_|

AREA: URBANA.....1 RURAL...6 N° DE VIVIENDA EN GPS: |_|_|_| VIVIENDA |_|_| HOGAR |_|_|

A2. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA

Número de visita (vivienda)	1	2	3	4
Código de la entrevistadora				
Código de la supervisora				
Fecha visita (vivienda)	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+
Hora inicial de la entrevista (vivienda)	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+
Hora Final de la entrevista (vivienda)	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+
Resultado (*)	++	++	++	++
(*) Código de Resultado	Entrevista completa (Viv. Y MEF) MEF ausente (Viv. Hecha) Moradores ausentes Rechazo de vivienda	1 2 3 4	Rechazo de MEF (Viv. Hecha) Vivienda desocupada No hay MEF (Viv. Hecha) Otro _____ (Especifique)	5 6 7 8

A3. OBSERVACIONES: _____

A4. DATOS DE PROCESAMIENTO

Código	Día	Mes

Criticado	+---+	+---+	+---+
Codificado	+---+	+---+	+---+
Digitado	+---+	+---+	+---+
Verificado	+---+	+---+	+---+

I. CONDICIONES DE SALUD Y USO DE SERVICIOS PARA TODAS LAS PERSONAS

Información Personal de los miembros del Hogar

100. Residentes habituales en la vivienda	a. Edad	b. Relación con el jefe del hogar	c. Sexo	d. Estado Civil	e. Educación (personas mayores de 5 años)	f. Para menores de 25 años	g. Seguro médico	h. Estado de Salud	i. Enfermedades Recientes
Por favor dígame el nombre de las personas que habitualmente viven en esta vivienda en orden de <u>mayor a menor.</u>	¿Qué edad cumplió (NOMBRE) en su último cumpleaños?	¿Cuál es la relación de (NOMBRE) con el jefe de hogar?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Es (NOMBRE) casado, separado, viudo, divorciado, soltero?	¿Cuál fue el grado más alto que (NOMBRE) aprobó y en qué nivel de estudio?	¿Asiste actualmente (NOMBRE) todavía a la escuela/ colegio/ universidad?	¿Tiene (NOMBRE) Seguro médico?	¿Cómo describiría Ud., la condición de salud de (NOMBRE) en los últimos 90 días?	¿Durante los últimos 90 días (NOMBRE) ha tenido alguna enfermedad, accidente o sintió algunos síntomas como dolor de cabeza, de estomago, escalofrío, etc.? (Siguiete persona)
01.	+----+	+--	H M 1 2	+++	Nivel Grado +++ +----+	Sí No 1 2	+++	+--	Sí No 1 2
02.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
03.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
04.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
05.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
06.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
07.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
08.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
09.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
10.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
11.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2
12.	+----+	+--	1 2	+++	+++ +----+	1 2	+++	+--	1 2

a. Relación con el jefe de hogar:

Jefe/a de hogar	1
Esposa/o o compañera/o	2
Hija/o	3
Hermana/o	4

d. Estado Civil

Unido	1
Casado	2
Viudo	3
Separado	4

e. Educación

Ninguno	0
Primario	1
Secundario	2
Formac.Docent	3

Nivel

0
1
2
3

Grado

0
123456
123456
123456

g. Seguro médico

SI, IPS	1
SÍ, Privado	2
SI, Ambos	3
SI,	4

h. Estado de Salud

Muy Bueno	1
Bueno	2
Regular	3
Malo	4

Si no hay ningún enfermo pase a la pregunta 200, (Pg. 6)

Otro pariente	5	Divorciado	5	Superior/Univ.	4	123456+	Polic/Mil. Ninguno	5
Otro no pariente	6	Soltero	6	Escolar Básica	5	123456789	No Sabe	9
Empleada domestica	7			Educac. Media	6	123		
				No Sabe	9	99		

2

MARQUE AQUÍ SI UTILIZA OTRO CUESTIONARIO

101. LISTE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE EN LA PREGUNTA 100i (Pg.2) CONTESTARON QUE SI. EN LA LINEA QUE LE CORRESPONDA.	107. ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al lugar donde consultó (NOMBRE) por esa enfermedad o accidente que tuvo en los últimos 90 días ? Caminando..... 1 Ómnibus..... .2 Taxi..... ..3 Vehic.partic..... 4 Ambulancia..... 5 Otro......6 ESPECIFICAR NS/NR..... 9	108. ¿Cuánto tiempo le tomó llegar al lugar donde (NOMBRE) obtuvo esa atención?			109. ¿Cuánto tiempo esperó (NOMBRE) para ser atendido en ese lugar?			110. ¿Qué tipo de atención recibió (NOMBRE) por esa enfermedad o accidente tenido en los últimos 90 días ? Consulta.....1 Tratamiento médico.....2 Tratamiento quirúrgico.....3 Métodos de diagnóstico/labor./RX..... 4 Rehabilitación..... ..5 Otro.....6 ESPECIFICAR NS/NR..... .9 (PUEDE REGISTRAR MAS DE UNA OPCIÓN)
		Minutos 1	Horas 2	NS/NR 9	Minutos 1	Horas 2	NS/NR 9	
01.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
02.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
03.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
04.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
05.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
06.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
07.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
08.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
09.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
10.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
11.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....
12.	+++	+++	++	+++	+++	++	+++ ++ ++.....

101. LISTE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE EN LA PREGUNTA 100i (Pg.2) CONTESTARON QUE SI EN LA LINEA QUE LE CORRESPONDA.	111. ¿Cuánto tuvo que pagar (NOMBRE) por esa enfermedad o accidente durante los <u>últimos 90 días</u> ?						112. ¿Recibió (NOMBRE) gratuitamente medicinas o le cubrieron (exoneración) sus gastos para atender la enfermedad o accidente tenido en los <u>últimos 90 días</u> ? ¿De parte de quién/es?	113. ¿En su opinión cómo le pareció la atención que recibió (NOMBRE) durante la enfermedad o accidente tenido en los <u>últimos 90 días</u> ?	114. ¿En su opinión cómo le pareció las instalaciones que brindó el servicio durante la enfermedad o accidente que tuvo (NOMBRE) en los <u>últimos 90 días</u> ?
	Consultas	Medicamentos	Análisis de laboratorio, Radiografías, etc.	Hospital	Transporte	Otros			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Si no hubo gasto anote "0" en la columna correspondiente. Si no sabe anote "999999" </div>						SI, IPS.....1 SI, MSP.....2 SI, MUNICIPIO.....3 SI, ORG.POLIT.....4 SI, ORG.BENEFIC.5 SI, CLS.....6 SI, OTRO.....7 (ESPECIFICAR) NO.....8	MUY BUENA..1 BUENA.....2 REGULAR.....3 MALA.....4 MUY MALA...5 NS/NR.....9	MUY BUENA...1 BUENA.....2 REGULAR.....3 MALA.....4 MUY MALA....5 NS/NR.....9
01.							_ _ 		
02.							_ _ 		
03.							_ _ 		
04.							_ _ 		
05.							_ _ 		
06.							_ _ 		
07.							_ _ 		
08.							_ _ 		

09								_		
10.								_		
11.								_		
12.								_		

II. VIVIENDA

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
200	¿Es esta vivienda propia, alquilada, cedida, prestada, o la ocupa bajo otra condición?	PROPIA.....11 ALQUILADA.....22 GRATUITA, CEDIDA O POR SERVICIO.....3 OCUPADA.....44 OTRA _____5 (ESPECIFICAR)	
201	Tipo de vivienda ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	CASA INDEPENDIENTE.....1 RANCHO.....22 DEPARTAMENTO.....33 CUARTOS EN CASA DE INQUILINATO.....4 VIVIENDA IMPROVISADA.....5 OTRO _____6 (ESPECIFICAR)	
202	Principal material del PISO. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	TIERRA.....11 MADERA.....22 LADRILLO.....33 LECHERADA.....44 BALDOSA.....55 CERÁMICA.....66 GRANITO.....77 OTRO _____8 (ESPECIFICAR)	
203	Principal material de construcción de las PAREDES. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	ESTAQUEO.....11 ADOBE.....22 MADERA.....33 LADRILLO.....44 PIEDRA.....55 OTRO _____6 (ESPECIFICAR)	
204	Principal material de construcción del TECHO. ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	PAJA.....11 MADERA.....22 TEJA.....33 ZINC.....44 ETERNIT.....55 LOSA.....66 OTRO _____7 (ESPECIFICAR)	
205	¿De cuántas piezas dispone su vivienda para dormir?	NUMERO DE DORMITORIOS+---+	

206	¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza para cocinar?	GAS.....1 CARBON.....2 LEÑA.....3 ELECTRICIDAD.....4 KEROSEN, ALCOHOL, ETC.....5 NO COCINAN.....6 OTRO.....7 (ESPECIFICAR)	
-----	---	---	--

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
207	¿De dónde proviene el agua que utiliza para beber en el hogar?	CORPOSANA/SENASA.....1 RED PRIVADA.....2 POZO CON BOMBA.....3 POZO SIN BOMBA.....4 AGUATERO.....5 RIO, ARROYO O MANANTIAL.....6 ALJIBE.....7 OTRO.....8 (ESPECIFICAR)	
207a	¿Cuál es el lugar de abastecimiento (instalación) del agua?	CAÑERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DEL TERRENO.....1 CAÑERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA.....2 CANILLA PUBLICA.....3 VECINO.....4 AGUATERO.....5 DENTRO DE LA PROPIEDAD(SIN CAÑERÍA).....6 FUERA DE LA PROPIEDAD(SIN CAÑERÍA).....7	
208	¿Qué tipo de servicio sanitario/baño tiene este hogar?	BAÑO MODERNO CONECTADO A RED PUBLICA.....1 BAÑO MODERNO CON POZO CIEGO.....2 LETRINA TIPO MUNICIPAL.....3 LETRINA	

		COMUN.....4 OTRO5 (ESPECIFICAR)																												
209	¿Qué hace con la basura?	ARROJA EN UN HOYO.....1 QUEMA.....2 TIRA EN EL PATIO.....3 RECOLECCIÓN PÚBLICA.....4 RECOLECCIÓN PRIVADA.....5 TIRA EN LA ZANJA.....6 OTRO.....7 (ESPECIFICAR)																												
210	¿Tiene en su hogar? LEALE UNA A UNA	<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>a. ENERGIA ELECTRICA.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. TELEFONO (línea baja)1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b1. TELEFONO (celular).....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. RADIO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. VIDEO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e. TELEVISOR.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f. HELADERA.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g. LAVARROPA1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. ENERGIA ELECTRICA.....1	1	2	b. TELEFONO (línea baja)1	1	2	b1. TELEFONO (celular).....1	1	2	c. RADIO.....1	1	2	d. VIDEO.....1	1	2	e. TELEVISOR.....1	1	2	f. HELADERA.....1	1	2	g. LAVARROPA1	1	2	
	SI	NO																												
a. ENERGIA ELECTRICA.....1	1	2																												
b. TELEFONO (línea baja)1	1	2																												
b1. TELEFONO (celular).....1	1	2																												
c. RADIO.....1	1	2																												
d. VIDEO.....1	1	2																												
e. TELEVISOR.....1	1	2																												
f. HELADERA.....1	1	2																												
g. LAVARROPA1	1	2																												
211	¿Algún miembro de su vivienda tiene?: LEALE UNA A UNA	<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>a. AUTO PARTICULAR.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. MOTOCICLETA1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a. AUTO PARTICULAR.....1	1	2	b. MOTOCICLETA1	1	2																			
	SI	NO																												
a. AUTO PARTICULAR.....1	1	2																												
b. MOTOCICLETA1	1	2																												
212	(VEA 200 Pg. 6) <u>SI LA VIVIENDA ES ALQUILADA</u> ¿Cuánto paga mensualmente? SI LA VIVIENDA ES GRATUITA, CEDIDA O POR SERVICIO Si tuviera que alquilar esta vivienda ¿Cuánto estima que le pagarían por mes ?	CANTIDAD EN GUARANIES ..+-----+ NO SABE9999999																												

III. EMPLEO E INGRESOS

300. Residentes habituales en la vivienda (COPIE DE P. 100 Pg. 2) (SOLAMENTE 10 AÑOS Y MAS)	a. Condición de Empleo		b. Desocupación	c. Categoría de ocupación Principal	d. Ingreso de ocupación principal		
Miembros del hogar de 10 años y mas <u>en orden de mayor a menor.</u>	a1. <u>Durante los últimos 7 días</u> (NOMBRE) ¿Ha realizado algún trabajo ya sea como empleado, obrero, cta. propia, patrón u otro? (Por lo menos una hora) Sí.....1(c) No.....2▶	a2. ¿Tiene algún trabajo o una ocupación como obrero, empleado, cuenta propia u otro aunque no lo haya realizado en los <u>últimos 7 días</u> ? Sí.....1(c) No.....2▶	¿Por qué no trabajó los <u>últimos 7 días</u> ? (RAZON PRINCIPAL) No consigue trabajo.....1 No quiere trabajar.....2 Estudiante.....3 Ama de casa.....4 Enfermedad.....5 Impedimento físico.....6 Despido.....7 Jubilado o pensionado..8 Otro(Especificar).....9 (f.1)	¿Cuál es la categoría o posición que tiene en su ocupación? Empleado Publico.....1 Empleado Privado.....2 Obrero Publico.....3 Obrero Privado.....4 Patrón.....5 Cuentapropista.....6 Trabajador Familiar no Remunerado.....7 (Sgte. Pers) Empleada/o Doméstica/o...8 Otro(Especificar).....9	¿Cuál es el monto del ingreso neto de (NOMBRE) por su <u>trabajo u ocupación principal</u> ? (Se incluye pagos en especie) “SI LA UNIDAD DE TIEMPO ES HORA O DIA, ANOTAR EL N° DE DÍAS TRABAJADOS EN EL MES”		
				Si la persona entrevistada NO quiere dar este dato anote “99” y realice la pregunta 300 e.1 (Pg. 9) En Guaraníes	Unidad de tiempo Hora.....1 Día2 Semana...3 Quincena.4 Mes.....5 Año.....6	N° de Días	Total mensual
01.	+--	+--	+--.....	+--.....			
02.	+--	+--	+--.....	+--.....			
03.	+--	+--	+--.....	+--.....			
04.	+--	+--	+--.....	+--.....			
05.	+--	+--	+--.....	+--.....			
06.	+--	+--	+--.....	+--.....			
07.	+--	+--	+--.....	+--.....			
08.	+--	+--	+--.....	+--.....			
09.	+--	+--	+--.....	+--.....			
10.	+--	+--	+--.....	+--.....			
11.	+--	+--	+--.....	+--.....			

300. Residentes habituales en la vivienda (SOLAMENTE 10 AÑOS Y MAS)	e. Otras ocupaciones						f. Otros ingresos			
	e.1 Además de esta ocupación, (NOMBRE) ¿tenía otra ocupación durante los últimos 7 días? Sí 1 No 2 ↓ f.1)		e.2 ¿Cuál es la categoría o posición que tiene en su ocupación? Empleado Publico.....1 Empleado Privado.....2 Obrero Publico.....3 Obrero Privado.....4 Patrón.....5 Cuentapropista.....6 Trabajador Familiar no Remunerado.....7(Sgte. Pers) Empleada/o Doméstica/o.....8 Otro(Especificar).....9		e.3 ¿Cuál fue su último ingreso neto por la otra ocupación? "SI LA UNIDAD DE TIEMPO ES HORA O DIA, ANOTAR EL N° DE DÍAS TRABAJADOS EN EL MES" Si la persona entrevistada NO quiere dar este dato anote "99" y realice la pregunta f.1 En Guaraníes			f.1 ¿Ha tenido (NOMBRE) otros ingresos en estos últimos 30 días? Si...(Cuantos Gs)► (f.2) No...0► (Sgte. persona) En Guaraníes		f.2 ¿Este ingreso lo recibe u obtiene normalmente cada mes? Sí No
				Unidad de tiempo 1 Hora..... 2 Día..... 3 Semana... 4 Quincena. 5 Mes..... 6 Año.....	N° de Días	Total mensual				
01.	1	2	+-+.....						1	2
02.	1	2	+-+.....						1	2
03.	1	2	+-+.....						1	2
04.	1	2	+-+.....						1	2
05.	1	2	+-+.....						1	2
06.	1	2	+-+.....						1	2
07.	1	2	+-+.....						1	2
08.	1	2	+-+.....						1	2
09.	1	2	+-+.....						1	2
10.	1	2	+-+.....						1	2
11.	1	2	+-+.....						1	2
12.	1	2	+-+.....						1	2

IV. CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE EL PROYECTO DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Nombre del Informante: _____ N° de Línea (Pg. 2): |_|_|_|

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
400	¿Conoce usted de las actividades que realiza el Proyecto Alianza para la Salud?	SI.....1 NO.....2	↗ 403
401	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad del Proyecto Alianza para la Salud?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
402	¿Sabe usted si a través del Proyecto Alianza para la Salud se está ayudando al Centro/ Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
403	¿Conoce usted la existencia del Plan Local de Salud?	SI.....1 NO.....2	↗ 406
404	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad del Plan Local de Salud?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
405	¿Ha tenido Ud. alguna participación en la definición del Plan Local de Salud?	SI, PARTICIPÓ EN REUNIONES.....1 SI, REPRESENTO AL GRUPO DE SU COMUNIDAD.....2 SI, OTRO.....3 NO.....4	
406	¿Conoce usted la existencia del Paquete Básico de Salud?	SI.....1 NO.....2	↗ 409
407	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad del Paquete Básico de Salud?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....4	
408	¿Ha tenido Ud. alguna participación en la definición del Paquete Básico de Salud?	SI, PARTICIPÓ EN REUNIONES.....1 SI, REPRESENTO AL GRUPO DE SU COMUNIDAD.....2 SI, OTRO.....3 NO.....4	
409	¿Conoce usted la existencia de la Farmacia Social del Consejo Local de Salud/ Centro de Salud/ Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2	↗ 412
410	¿Ha adquirido Ud. o alguien de su hogar medicamentos de la Farmacia Social del Consejo Local de Salud/Centro de Salud/Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2	
411	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad de la Farmacia Social?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
412	¿Conoce usted la existencia de un Seguro/Fondo de Salud para la población, implementado por el Consejo Local de Salud/ Centro/ Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2	↗ 415(Pg 11)
413	¿Usted o algún miembro de su hogar posee o es beneficiario del seguro/Fondo de Salud?	SI.....1 NO.....2	

414	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad del Seguro de Salud para la población, implementado por el Consejo Local de Salud/ Centro/ Puesto de Salud?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
415	¿Conoce usted de la existencia de Promotores de la Alianza para la Salud?	Si.....1 No.....2	↔422
416	¿Recibió alguna vez la visita de algún Promotor de la Alianza para la Salud en su casa?	Si.....1 NO.....2	
417	¿Sabe usted de que institución provienen estos Promotores de salud?	HOSPITAL.....1 CENTRO DE SALUD.....2 PUESTO DE SALUD.....3 SENEPA.....4 SENASA.....5 ALIANZA PARA LA SALUD.....6 CONSEJO LOCAL DE SALUD.....7 Otros8 (Especificar) NR/NS.....99	
418	¿Ha recibido Ud. alguna información de salud por parte del Promotor de la Alianza para la Salud?	SI.....1 NO.....2	↔422
419	¿Qué información recibió? (Puede Marcar Mas de Uno)	PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....1 CONTROL PRENATAL.....2 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....3 VACUNACIÓN.....4 LACTANCIA MATERNA.....5 PAP.....6 NUTRICIÓN INFANTIL.....7 OTRO8 (Especificar)	
420	¿Cómo recibió la información?	VISITA DOMICILIARIA CON FOLLETO.....1 VISITA DOMICILIARIA SIN FOLLETO.....2 CHARLA COMUNITARIA CON FOLLETO.....3 CHARLA COMUNITARIA SIN FOLLETO.....4 OTRO5 (Especificar)	
421	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad de estos Promotores de la Alianza para la Salud?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
422	¿Sabe Ud. si la Gobernación apoya a través de recursos (financieros, físicos, de recursos humanos u otros) al Consejo Local de Salud/ Centro/ Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	}↔424(Pg. 12)
423	¿Qué opina Ud. sobre la importancia de estos aportes de recursos (financieros, u otros) realizados por la Gobernación al CLS/ Centro/ Puesto de Salud?	IMPORTANTE1 POCO IMPORTANTE.....2 NADA IPORTANTE.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	

424	¿Sabe Ud. si la Municipalidad apoya a través de recursos (financieros, físicos, de recursos humanos u otros) al Consejo Local de Salud/ Centro/ Puesto de Salud?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	} 426
425	¿Qué opina Ud. sobre la importancia de estos aportes de recursos (financieros, u otros) realizados por la Municipalidad al Consejo Local de Salud / Centro/ Puesto de Salud?	IMPORTANTE1 POCO IMPORTANTE.....2 NADA IPORTANTE.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	
426	¿Ha escuchado o asistido Ud., a alguna charla o actividad educativa sobre algún tema en salud organizado/ desarrollado por el Consejo Local de Salud / Centro/ Puesto de Salud en la comunidad?	SI, ESCUCHÓ.....1 SI, ESCUCHO Y ASISTIÓ.....2 NO, ESCUHO.....3	↗ B(Pg. 13)
427	¿Cuáles han sido los temas desarrollados en esa charla o actividad educativa? (Puede Marcar mas de Uno)	PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....1 CONTROL PRENATAL.....2 ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....3 VACUNACIÓN.....4 LACTANCIA MATERNA.....5 PAP.....6 NUTRICIÓN INFANTIL.....7 OTRO8 (Especificar) NO SABE.....9	
428	¿Cuál fue el medio por el cuál ha escuchado o participado de esa actividad educativa? (Puede Marcar mas de Uno)	TEATRO POPULAR.....1 CINE/VIDEO.....2 PASACALLES O CARTELES.....3 RADIO LOCAL.....4 PARLANTE.....5 VOLANTEO, TALLERES.....6 OTRO7 (Especificar)	
429	¿Qué opina Ud. sobre la utilidad de estas actividades educativas brindadas a la comunidad?	ÚTIL.....1 POCO ÚTIL.....2 NADA ÚTIL.....3 NO RESPONDE /NO SABE.....9	

B. SELECCION DE LA MUJER ENTREVISTADA

B.1	¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen <u>habitualmente</u> en esta vivienda?	No. TOTAL DE VARONES	+----+
		No. TOTAL DE MUJERES	+----+
		No. TOTAL DE PERSONAS	+----+

ENTREVISTADORA: VEA EN P. 100 (Pg. 2) SI HAY MEF (**MUJERES DE 15 A 49 AÑOS**), SI NO HAY MEF, ANOTE 00 EN B.3 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

B.2 Linea de MEF	Nombre de Mujer en Edad Fértil (MEF). LISTAR A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN ORDEN DE MAYOR A MENOR EDAD	EDAD (Años cumplidos)	ESTADO CIVIL O CONYUGAL
			UNIDA 1 CASADA 2 VIUDA 3 SEPARADA 4 DIVORCIADA 5 SOLTERA 6 NO SABE 9
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

B.3	No. DE MEF	+----+
	SI ES 00 PONER CODIGO 7 EN RESULTADO, ANOTE LA HORA FINAL DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA	

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR

ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA _____

No. DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA

+--+

ENCUESTA DE HOGARES

B.1.1 CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE LA MEF SELECCIONADA

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO _____ |__|__| CUESTIONARIO N°
 |__|__|__|__|

DISTRITO _____ |__|__| SEGMENTO |__|__|

BARRIO (LOCALIDAD) _____ |__|__|__| MANZANA
 |__|__|__|__|

AREA VIVIENDA |__|__| HOGAR |__|__|
 URBANA 1

RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA (MEF)				
Número de visita a MEF	1	2	3	4
Código de la entrevistadora				
Código de la supervisora				
Fecha visita a MEF	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+	Día +----+ Mes +----+
Hora inicial de la entrevista a MEF	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+
Hora Final de la entrevista a MEF	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+	Hora +----+ Min. +----+

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

Calle/Camino/Ruta: _____

Barrio/Compañía/Localidad: _____ N° de CASA: _____ Piso N° : _____

PRIMER NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____ N° |__|__|

OBSERVACIONES: _____

VI. HISTORIA DE NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA:
Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud. haya tenido durante toda su vida, hasta la fecha.

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
600	¿Actualmente está Ud. embarazada?	SI.....1 NO 2 NO SABE9	} ≠611 (Pg.17)
601	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.? SI NO SABE ANOTE 98	MESES..... +---+	
602	Durante su embarazo actual ¿Cuántas veces recibió la vacuna antitetánica?	NO RECIBIÓ.....1 UNA VEZ2 DOS VECES.....3 TRES VECES.....4 MÁS DE TRES VECES.....5 NO SABE.....9	
603	Durante su embarazo actual, ¿Está tomando Ud. algún tipo de suplemento de hierro (pastilla o jarabe antianémico)?	SI1 NO.....2	≠605
604	¿Desde que mes de embarazo está tomando Ud. algún tipo de suplemento de hierro (pastilla o jarabe antianémico)	MES DE EMBARAZO _____	
605	¿Tuvo algún control prenatal durante este embarazo actual ?	SI1 NO 2	≠610 (Pg.17)

606	¿Dónde se hizo el control prenatal?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... .1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO.....2 HOSPITAL DE CLINICAS.....3 CRUZ ROJA.....4 ESTABLECIMIENTO DEL IPS.....5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....6 CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP.....7 FARMACÉUTICO..... 8 MEDICO ÑANA-CURANDERO.....9 CONSULTORIO DR.PRIVADO.....10 OBSTETRA PROFESIONAL.....11 PARTERA CHAE.....12 OTRO..... .20 NO SABE NO RESPONDE.....99	
607	¿Qué profesional le atendió?	MEDICO/A..... ...1 OBST.PROFESIONAL.....2 ENFERMERA..... 3 AUX.ENFERMERIA..... 4 OTRO..... ...8 NO SABE.....9	

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
608	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES+--+	
608 a	VEA 608 .SI LE HICIERON EL PRIMER CONTROL DESPUÉS DE LOS 3 MESES ¿Por qué no se hizo antes de los tres meses?	NO SABÍA QUE TENIA QUE HACERSE.....1 NO SABIA A DONDE IR.....2 NO HAY UN PUESTO DE SALUD CERCANO.....3 NO TENIA DINERO.....4 PENSÓ QUE NO ERA NECESARIO.....5 OTRO.....6 (Especificar)	
609	¿En total, cuántos controles tuvo?	N° DE CONTROLES.....+----+	
610	¿Es/fue su primer embarazo?	SI.....1 NO2	≠ 800 (Pg.25) ≠ 612
611	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	SI.....1 NO2	≠ 800 (Pg.25)
612	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA +----+ B. HIJAS EN CASA +----+ C. TOTAL HIJOS EN CASA +----+ (SI NO TIENE ANOTE 00)	
613	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA +----+ B. HIJAS FUERA DE CASA +----+ C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA +----+ (SI NO TIENE ANOTE 00)	
614	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	SI.....1 NO.....2	≠ 616
615	¿Cuántos de su hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON +----+ B. HIJAS QUE MURIERON +----+ C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON +----+ (SI NO TIENE ANOTE 00)	
616	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?	SI.....1 NO.....2	≠ 619
617	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	N° DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) +--+	
618	¿Presentó el(los) niños algunos signos de vida, por ejemplo: respiró o lloró?	SI.....1 NO.....2	

SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 614, 615, 616 Y 617. EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s)		
619	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes (aborto)?	SI.....1 NO.....2 N° DE PERDIDAS +---+ NO SABE NO RECUERDA 99
620	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud. antes de completar el sexto mes de embarazo?	99

Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE {
- EN COLUMNA f., ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR A 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS.

623 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. ----- ULTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
02. ----- PENÚLTIMO	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
03. ----- ANTEPENULTIMO	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
04. ----- CUARTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
05. ----- QUINTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
06. ----- SEXTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
07. ----- SEPTIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++

623 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
08. ----- OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
09. ----- NOVENO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
10. ----- DECIMO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
11. ----- UNDECIMO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
12. ----- DUODECIMO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
13. ----- DECIMO TERCERO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++
14. ----- DECIMO CUARTO ANTERIOR	HOMBRE....1 MUJER2	DIA ++ MES ++ AÑO ++	SI 1--> NO 2-+ v Pasa a col. e	+++ PASE A SIG. NIÑO	MES ++ AÑO ++	DIAS 1 ++ MESES 2 ++ AÑOS 3 ++

VII. SALUD EN LA NIÑEZ

700	VEA 623 b. CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS APARTIR DE ENERO DE 1997 +----+ ↓	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1997 → <input type="checkbox"/> PASE A 800 (Pg.25)
-----	--	--

ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1997 COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.

HAGA LAS PREGUNTAS COLUMNA POR COLUMNA, PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.

701 NUMERO DE LINEA DE LA PREGUNTA 623	+----+	+----+	+----+	+----+	+----+
PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
702 NOMBRE (VEA 623)					
703 ¿ESTÁ VIVO? (VEA 623, COI. c)	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
704 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO.....2 HOSPITAL DE CLINICAS.....3 CRUZ ROJA.....4 HOSPITAL IPS.....5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....6 CLINICA/MEDICO PRIVADO.....7 EN CASA CON OBSTETRA PROFESIONAL.....8 EN CASA CON PARTERA CHAE.....9 EN CASA CON FAMILIARES.....10 PARTO SOLA.....11 EN CASA DE LA PARTERA.....12 OTRO.....20 NO SABE/NO RECUERDA.....99	+----+ Código	+----+ Código	+----+ Código	+----+ Código	+----+ Código
	} 707 (Pg.22)	} 707 (Pg.22)	} 707 (Pg.22)	} 707 (Pg.22)	} 707 (Pg.22)

705 ¿Qué profesional le atendió? MEDICO.....1	+---+ Código	+---+ Código	+---+ Código	+---+ Código	+---+ Código
OBST.PROFESIONAL.....2					
ENFERMERA.....3					
AUX.ENFERMERIA.....4					
OTRO.....					
.8					
NO					
SABE.....					
.99					

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO [][][][][][]	PEÑÚLTIMO NACIDO [][][][][][]	TERCERO ANTERIOR [][][][][][]	CUARTO ANTERIOR [][][][][][]	QUINTO ANTERIOR [][][][][][]
702 NOMBRE (VEA 623)					
706 ¿El parto de (NOMBRE) ¿fue normal (vaginal) o por cesárea?	VAGINAL.....1 1 CESAREA.....2	VAGINAL.....1 CESAREA.....2	VAGINAL.....1 CESAREA.....2	VAGINAL.....1 CESAREA.....2	VAGINAL.....1 CESAREA.....2
707 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, siete mesino)?	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....9	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....9	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....9	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....9	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....9
VEA EN P.703 SI NO ESTA VIVO SGTE. NIÑO					
708 ¿Le dio o le está dando leche materna a (NOMBRE) ? Si la respuesta es "Si" y menos de 1 mes anote "00"	¿Cuántos SI.....1?meses? NO.....2 +----+	¿Cuántos SI.....1?meses? NO.....2 +----+	¿Cuántos SI.....1?meses? NO.....2 +----+	¿Cuántos SI.....1?meses? NO.....2 +----+	¿Cuántos SI.....1?meses? NO.....2 +----+
709 ¿A partir de qué mes le dio normalmente a (NOMBRE) otro tipo de leche, por ejemplo: de vaca, en polvo?	MESES+----+ Si es menos de 1 mes anote "00" (Si todavía no le esta dando o nunca le dio anote 99)	MESES+----+ Si es menos de 1 mes anote "00" (Si todavía no le esta dando o nunca le dio anote 99)	MESES+----+ Si es menos de 1 mes anote "00" (Si todavía no le esta dando o nunca le dio anote 99)	MESES+----+ Si es menos de 1 mes anote "00" (Si todavía no le esta dando o nunca le dio anote 99)	MESES+----+ Si es menos de 1 mes anote "00" (Si todavía no le esta dando o nunca le dio anote 99)
710 ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle diariamente algún alimento más sólido, por ejemplo: puré, sopas cereales, ect.?	MESES+----+ (Si no le esta dando anote 99)	MESES+----+ (Si no le esta dando anote 99)	MESES+----+ (Si no le esta dando anote 99)	MESES+----+ (Si no le esta dando anote 99)	MESES+----+ (Si no le esta dando anote 99)
711 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas cuatro semanas?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
712 ¿Ha tenido tos y respiración, rápida (agitación) (NOMBRE) en las últimas cuatro semanas?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
713 ¿Durante las últimas 4 semanas tuvo, (NOMBRE) ? Resfrío, gripe, dolor de garganta.....1 Sarampión.....2 Paludismo.....3 Neumonía.....4 Bronquitis.....5 Granos, sarna, otras de la piel.....6 Accidente.....7 Otro (especifique).....8	A B C D E Anote dentro de las casillas los códigos	A B C D E Anote dentro de las casillas los códigos	A B C D E Anote dentro de las casillas los códigos	A B C D E Anote dentro de las casillas los códigos	A B C D E Anote dentro de las casillas los códigos

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
702 NOMBRE (VEA 623)					
714 ¿Tiene usted el carné (tarjeta) de vacunación de (NOMBRE) . Me permite verlo, por favor?	SI, MOSTRÓ.....1 SI, NO MOSTRÓ....2 SIN CARNÉ.....3	SI, MOSTRÓ.....1 SI, NO MOSTRÓ....2 SIN CARNÉ.....3	SI, MOSTRÓ.....1 SI, NO MOSTRÓ....2 SIN CARNÉ.....3	SI, MOSTRÓ.....1 SI, NO MOSTRÓ....2 SIN CARNÉ.....3	SI, MOSTRÓ.....1 SI, NO MOSTRÓ....2 SIN CARNÉ.....3

715. COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA/ DOSIS, MES Y AÑO. PARA CADA VACUNA QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNÉ PREGUNTE : ¿LE HAN PUESTO LA VACUNA A (NOMBRE). SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

VACUNA/ DOSIS	SEGUN CARNÉ		SEGÚN LA MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SEGUN CARNÉ		SEGÚN LA MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SEGUN CARNÉ		SEGÚN LA MADRE ¿TIENE LA VACUNA?			SEGUN CARNÉ		SEGÚN LA MADRE ¿TIENE LA VACUNA?							
	Si.....1	No.....2	SI	NO	NS	Si.....1	No.....2	SI	NO	NS	Si.....1	No.....2	SI	NO	NS	Si.....1	No.....2	SI	NO	NS					
	AÑO MES		AÑO MES			AÑO MES			MES AÑO			MES AÑO			MES AÑO			MES AÑO							
BCG	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
PENTAVALENTE	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
POLIO 1	<input type="checkbox"/> P 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
POLIO 2	<input type="checkbox"/> P 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
POLIO 3	<input type="checkbox"/> P 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> P 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEPATITIS B1 (Recién nacido)	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEPATITIS B2	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEPATITIS B3	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
DPT 1	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
DPT 2	<input type="checkbox"/> D 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
DPT 3	<input type="checkbox"/> D 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> D 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEMOFILUS HiB 1	<input type="checkbox"/> H 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEMOFILUS HiB 2	<input type="checkbox"/> H 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9
ANTIHEMOFILUS HiB 3	<input type="checkbox"/> H 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9	<input type="checkbox"/> H 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	9

PREGUNTAS	VIVO				
702 NOMBRE (VEA 623)					
<p>716. Dónde le llevó a (NOMBRE) para la última vacuna que le puso?</p> <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....1 SANATORIO/ HOSP. PRIVADO2 HOSPITAL DE CLINICAS.....3 CRUZ ROJA.....4 HOSPITAL IPS.....5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....6 CLINICA/MEDICO PRIVADO.....7 PARTERA.....8 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN, AFUERA DE LA CASA.....9 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN, DENTRO DE LA CASA.....10 OTRO(ESPECIFICAR).....20 NO SABE/NO RECUERDA.....99</p>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	Código	Código	Código	Código	Código
“PESAR A LA CRIATURA AL FINAL DE LA ENTREVISTA”					
<p>717. ¿FUE PESADO?</p> <p>Sí.....1 No, ¿POR QUÉ?____ Ausente.....2 Enfermo3 Impedido.....4 (Sgte. Persona) Padres no aceptaron.....5 Otro.....6 (Especificar)</p>	_	_	_	_	_
	Código	Código	Código	Código	Código
718. PESO					

VIII. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Y SALUD DE LA MADRE

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
800	¿Conoce cuándo se debe iniciar la lactancia materna a un niño recién nacido?	SI, INMEDIATAMENTE AL NACER.....1 SI, AL DÍA SIGUIENTE.....2 SI, A LA SEMANA.....3 NO SABE.....99	
801	¿Sabe usted cuántos meses se debe amamantar a un niño únicamente con pecho sin darle ni siquiera agua?	SI, 1 MES O MENOS.....1 SI, 2 MESES2 SI, 3 MESES.....3 SI, 4 MESES.....4 SI, 5 MESES.....5 SI, 6 MESES.....6 MÁS DE 6 MESES.....7 NO SABE.....99	
802	¿Sabe usted a que edad se debe aplicar la primera vacuna a un niño?	SI, INMEDIATAMENTE AL NACER.....1 SI, A LA SEMANA.....2 SI, A LOS QUINCE DÍAS3 SI, AL MES.....4 SI, DESPUÉS DEL MES.....5 NO SABE.....99	
803	¿Qué debería hacer una madre cuando su niño tiene diarrea? (PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)	INICIAR CON LÍQUIDOS LO MÁS PRONTO POSIBLE.....1 DAR AL NIÑO MAS LIQUIDO DE LO USUAL DAR ALIMENTOS CON MÁS FRECUENCIA Y MENOR CANTIDAD.....2 PREPARAR Y ADMINISTRAR SUERO (SOBRE).....3 LLEVAR AL NIÑO AL CENTRO DE SALUD.....4 SUSPENDER LOS LÍQUIDOS.....5 SUSPENDER LA ALIMENTACIÓN.....6 OTRO (ESPECIFICAR).....7 NO SABE.....99	
804	¿Sabe usted cuántos controles debe hacerse una mujer durante el embarazo?	SI, DOS.....1 SI, TRES.....2 SI, CUATRO.....3 SI, MÁS DE CUATRO.....4 OTRO (ESPECIFIQUE).....5 NO SABE.....99	
805	¿ Sabe Ud. que es PAP(PAPANICOLAOU)?	SI.....1 NO.....2	≈ 900 (Pg.26)
806	¿Sabe Ud. cada cuánto tiempo las mujeres deben hacerse un PAP(PAPANICOLAOU)?	CADA 5 AÑOS.....1 UNA VEZ AL AÑO.....2 DESPUÉS DE CADA PARTO.....3 OTRO (ESPECIFIQUE).....4 NO SABE.....99	

IX. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada

METODO	900 ¿Conoce o ha oído hablar de..? (SI NO HA OÍDO, PASE A SIGUIENTE METODO)		901 ¿Usa actualmente? (últimos 30 días)	
	SI	NO	SI	NO
1 Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2	1	2
2 DIU, espiral o T de Cobre	1	2	1	2
3 Condón o preservativo	1	2	1	2
4 Inyección anticonceptiva	1	2	1	2
5 Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/ovulos/ tabletas)	1	2	1	2
6 NORPLANT o implante	1	2	1	2
7 Esterilización femenina o ligadura	1	2	1	2
8 Vasectomía o esterilización masculina	1	2	1	2
9 Métodos Billings o moco cervical	1	2	1	2
10 Ritmo, calendario o control de la temperatura	1	2	1	2
11 Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2
12 Yuyos o hierbas	1	2	1	2
902	ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 901 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE 1 LA ENTREVISTADA NO USA ACTUALMENTE O NUNCA HA USADO METODOS 2			↗ 912 (Pg.29) ↗ 903 (Pg.27)

**SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE NO USAN O NUNCA USARON
ANTICONCEPTIVOS**

903	VEA EN 600 (Pg. 16) SI ESTA EMBARAZADA	EMBARAZADA.....1 NO EMBARAZADA..... ..2 NO SABE.....9	≈ 908
904	¿Cree Ud. que puede quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	≈ 906 ≈ 906
905	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS.....1 MENOPAUSIA.....2 YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO..... .3 SIN VIDA SEXUAL.....4 AMAMANTAMIENTO/POSTPARTO.....5 OTRA8 (Especifique)	} ≈ 1000 (Pg.31) } ≈ 908 ≈ 906
906	¿Porqué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO.....1 POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO.....2 SIN VIDA SEXUAL.....3 FATALISMO (NO VALE LA PENA).....4 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 5 TUVO EFECTOS COLATERALES.....6 NO TIENE DINERO PARA COMPRAR.....7 FALTA DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS.....8 LE QUEDA LEJOS.....9 RAZONES RELIGIOSAS.....10 EL COMPAÑERO SE OPONE.....11 POR EDAD AVANZADA.....12 NO LE	} ≈ 908 ≈ 1000 (Pg.31) ≈ 908

		GUSTA.....13 DIFICULTAD DE USO.....14 MALA ATENCIÓN.....15 RAZONES DE SALUD.....16 OTRA.....20 (Especifique)	
907	¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RESPONDE.....9	≈ 909 (Pg.28)
908	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RESPONDE.....9	≈ 1000 (Pg.31) ≈ 910 (Pg.28)

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
909	¿A dónde acudiría usted para obtener información sobre como cuidarse para no quedar embarazada?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP Y BS.....1 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS.....2 SANATORIO/HOSP.PRIVADO..... ... 3 CLINICA O MEDICO PRIVADO.....4 PROMOTORA COMUNITARIA.....5 FARMACIA.....6 PARTERA.....7 IGLESIA.....8 MERCADO.....9 AMIGA/VECINA/PARIENTE.....10	

		OTRO _____11 (Especifique)	
910	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?	SI.....1 NO.....2	≈ 1000 (Pg.31)
911	¿A qué lugar iría?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP Y BS.....1 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....2 HOSPITAL DE CLINICAS.....3 CRUZ ROJA.....4 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS.....5 SANATORIO/HOSP.PRIVADO.....6 CLINICA O MEDICO PRIVADO.....7 AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.....8 FARMACIA.....9 PARTERA.....10 IGLESIA.....11 MERCADO.....12 AMIGA/VECINA/PARIENTE... 13 OTRO _____14 (Especifique)	} ≈ 1000(Pg.31)

SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
912	ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO QUE USA (VEA 901 Pg. 26). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT O IMPLANTE.....6 ESTERILIZACION FEMENINA 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 YUYOS O HIEBAS 12	} ≈ 916 (Pg.30) } ≈ 913 } ≈ 915 } ≈ 916(Pg.30)
913	¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)?	MES +----+ AÑO +----+ NO SABE/NO RECUERDA..... 99	
914	¿En qué lugar le hicieron la operación?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP Y BS..... 1 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL/CLINICA DE IPS 5 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 6 CLINICA O MEDICO PRIVADO 7 BRASIL 8 ARGENTINA..... 99 OTRO LUGAR..... 10 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 99	} ≈ 1000(Pg.31)
915	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP Y BS..... 1 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS..... 5 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 6 CLINICA O MEDICO PRIVADO 7 PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP 8 IGLESIA 9 ESPOSO/COMPAÑERO 10 AMIGA/VECINA/PARIENTE 11 COLEGIO/ESCUELA/FACULTAD 12 OTRO 13 (Especifique) NO SABE 99	

LISTA DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EFICACIA

MÉTODO	CÓDIGO
A. ESTERILIZACIÓN FEMENINA	7
B. ESTERILIZACIÓN MASCULINA	8
C. INYECCIÓN	4
D. IMPLANTE	6
E. DIU	2
F. PASTILLA	1
G. CONDON	3
H. MÉTODOS VAGINALES	5
I. RETIRO	11

J. BILLINGS
K. RITMO
L. YUYOS

9
10
12

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
916	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MSP Y BS 1 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS 5 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 6 CLINICA O MEDICO PRIVADO 7 PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP 8 FARMACIA 9 PARTERA 10 IGLESIA 11 MERCADO 12 AMIGA/VECINA/PARIENTE 13 CURANDERO 14 BRASIL 15 ARGENTINA 16 MACATERO(AMBULANTE) 17 OTRO 18 (Especifique) PATIO DE SU CASA 19 PAREJA/MARIDO 20 NO SABE 99	

X. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1000	<p align="center">ENTREVISTADORA: VEA 901(Pg. 26) CODIGO 7 U 8</p> <p align="center">ESTERILIZADA 1 +----+</p> <p align="center">PASE A 1100 (Pg.32)</p>	<p align="center">NO ESTERILIZADA 2 +----+</p> <p align="center">PASE A 1001</p>	
1001	<p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 600 (Pg. 16): NO EMBARAZADA O INSEGURA ¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?</p> <p>EMBARAZADA ¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>QUIERE HIJO 1</p> <p>NO QUIERE MAS HIJOS 2</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL) 3</p> <p>INDECISA O NO SABE 9</p>	<p>≈1003</p> <p>≈1100 (Pg.32)</p>
1002	<p>NO EMBARAZADA O INSEGURA ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> <p>EMBARAZADA ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES 1 +----+</p> <p>AÑOS 2 +----+</p> <p>PRONTO/AHORA..... 3</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 4</p> <p>OTRO _____ 5 (Especifique)</p> <p>NO SABE 99</p>	<p>≈1100 (Pg.32)</p>
1003	<p>¿Por qué no desea tener más hijos?</p>	<p>PROBLEMAS ECONOMICOS..... 1</p> <p>POR RAZONES DE SALUD 2</p> <p>YA TIENE SUFICIENTES HIJOS..... 3</p> <p>SE SIENTE VIEJA 4</p> <p>SU TRABAJO NO LE PERMITE..... 5</p> <p>NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS..... 6</p> <p>INESTABILIDAD CONYUGAL 7</p> <p>OTRO _____ 20 (Especifique)</p> <p>NO SABE 98</p> <p>NO RESPONDE 99</p>	

XI. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
110 0	¿Sabe usted dónde acudir para obtener información sobre prevención de enfermedades y /o primeros auxilios?	SI.....1 NO.....2	≲ 1107
110 1	¿Cuál es el lugar (institución y /o persona) a quien acudiría?	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....1 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS2 SANATORIO/HOSP.PRIVADO3 CLINICA O MEDICO PRIVADO4 PROMOTORES COMUNITARIOS DE SALUD.....5 FARMACIA.....6 PARTERA.....7 IGLESIA.....8 MERCADO.....9 AMIGA/VECINA/PARIENTE.....10 OTRO11 (Especifique)	
110 2	¿Cuál es el centro de atención de salud que utiliza con más frecuencia?	NOMBRE DEL LUGAR: _____ DONDE QUEDA: _____	
110 3	¿Es este centro de atención el más cercano a su hogar?	SI.....1 NO.....2	≲ 1107
110 4	¿Cuál es el centro de atención de salud más cercano?	NOMBRE DEL LUGAR: _____ DONDE QUEDA: _____	
110 5	¿Por qué no utiliza el centro de salud más cercano?	HORARIO INCONVENIENTE.....1 NO OFRECEN SERVICIOS.....2 MALA ATENCION/BAJA CALIDAD DE SERVICIOS.....3 ESCASEZ DE MATERIALES.....4 DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO.....5 MUY CARO..... .6 OTRO7	} ≲ 1107
110 6	¿Por qué no considera conveniente el horario del centro más cercano?	NO ESTA ABIERTO LOS FINES DE SEMANA.....1 NO ABRE EN HORARIOS NOCTURNOS.....2	

		ABIERTO	CUANDO	YO	
		TRABAJO.....	3		
		OTRAS RAZONES_____	8		
		(Especifique)			

1107	SI HAY NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS VUELVA A LA PAG. 24 (PREGUNTAS 717 Y 718)
AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO Y DESPÍDASE. REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA Y ANOTE EL CÓDIGO DEL RESULTADO Y LA HORA DE FINAL DE LA ENTREVISTA.	