

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2021

CUESTIONARIO DE SALUD SEGUNDO SEMESTRE

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

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

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

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

--	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL
FECHA						FECHA : DÍA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						MES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTADO***						AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
						EQUIPO NUMERO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
						ENTREVISTADORA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
PRÓXIMA VISITA:						NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
FECHA						RESULTADO FINAL..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
HORA						

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

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

(marque con X)

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

9 OTRA

(ESPECIFIQUE)

CUESTIONARIO

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	DE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	----	---

TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	DE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	----	---

RESULTADO FINAL DETALLADO***

INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

N° DE ORDEN

RESULTADO

PRIMERA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

SEGUNDA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

TERCERA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

CUARTA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

QUINTA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

SEXTA NIÑA O NIÑO.....

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

NOMBRE Y FECHA DE
SUPERVISIÓN

SUPERVISORA LOCAL

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

SUPERVISORA NACIONAL

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

DIGITADOR(A)

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

NOMBRE Y FECHA DE
REVISIÓN

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

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

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
25B	<p>Por sus costumbres y sus antepasados ¿Usted se siente o considera:</p> <p>1. Quechua?</p> <p>2. Aimara?</p> <p>3. Nativo o Indígena de la Amazonía?</p> <p>4. Perteneciente o parte de otro Pueblo indígena u originario?</p> <p>5. Negro /Moreno/ Zambo/ Mulato /Pueblo Afroperuano o Afrodescendiente?</p> <p>6. Blanco?</p> <p>7. Mestizo?</p> <p>8. ¿Otro?</p>	<p>QUECHUA..... 1</p> <p>AIMARA..... 2</p> <p>NATIVO O INDIGENA DE LA AMAZONIA..... 3</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDIGENA U ORIGINARIO..... 4</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NEGRO /MORENO/ ZAMBO/MULATO/PUEBLO AFROPERUANO O AFRODESCENDIENTE..... 5</p> <p>BLANCO..... 6</p> <p>MESTIZO..... 7</p> <p>OTRO 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RESPONDE..... 98</p>	
25C	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna dificultad o limitación PERMANENTE, que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias,</p> <p>¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:</p> <p>1. Ver, aún usando anteojos?</p> <p>2. Oír, aún usando audifonos?</p> <p>3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro?</p> <p>4. Moverse o caminar para usar brazos y /o piernas?</p> <p>5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?</p> <p>6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?</p>	<p>PARA VER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA OIR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA HABLAR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA MOVERSE SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA ENTENDER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA RELACIONARSE SI.....1 NO.....2</p>	
26	¿Tiene usted seguro de salud?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	100
27	<p>¿A que institución corresponde el seguro que usted tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	<p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)..... A</p> <p>ESSALUD / IPSS..... B</p> <p>FUERZAS ARMADAS O POLICIALES..... C</p> <p>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D</p> <p>SEGURO PRIVADO..... E</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	100

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

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

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

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

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

SECCIÓN 2. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

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

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																				
212	<p>SI TOMÓ MÁS DE 1 VEZ: De esas _____ veces que tomó, piense en la vez que consumió más, y dígame ¿Que bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>SI TOMÓ 1 VEZ: En esa vez, ¿Qué bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>¿Alguna otra bebida más?</p> <p>REGISTRE EN LOS 4 CASILLEROS PARA CADA BEBIDA ALCOHÓLICA CONSUMIDA (VASOS/ COPAS; BOTELLAS)</p> <p>SI TOMÓ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, A CONTINUACIÓN PREGUNTE POR LA CANTIDAD (VASOS/ COPAS O BOTELLAS). SEGUIDAMENTE SIGA SONDEANDO SI TOMÓ ALGUNA OTRA BEBIDA MÁS</p> <p>SI MENCIONA BOTELLA DE CERVEZA, MUESTRE LA CARTILLA. PARA EL CASO DE LA CERVEZA, SI FUE BOTELLA PERSONAL O UNA LATA DE CERVEZA, CONSIDERE COMO UN VASO</p>	<p>¿Cuántos vasos, copas o botellas tomó?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>VASOS/ COPAS</th> <th>BOTELLAS</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CERVEZA</td> <td>A</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE</td> <td>B</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHICHA DE JORA FERMENTADA</td> <td>C</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MASATO FERMENTADO</td> <td>D</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>YONQUE/ CAÑAZO</td> <td>E</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ANISADO</td> <td>F</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>WHISKY/ PISCO/ RON</td> <td>G</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA _____</td> <td>X</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NO SABE / NO RECUERDA.....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR	CERVEZA	A	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	CHICHA DE JORA FERMENTADA	C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	MASATO FERMENTADO	D	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	YONQUE/ CAÑAZO	E	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	ANISADO	F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	WHISKY/ PISCO/ RON	G	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	OTRA _____	X	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	(ESPECIFIQUE)				NO SABE / NO RECUERDA.....			8	
	VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR																																																				
CERVEZA	A	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
CHICHA DE JORA FERMENTADA	C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
MASATO FERMENTADO	D	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
YONQUE/ CAÑAZO	E	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
ANISADO	F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
WHISKY/ PISCO/ RON	G	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
OTRA _____	X	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																							
NO SABE / NO RECUERDA.....			8																																																				

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

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

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS

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

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

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

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

SECCIÓN 4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 75 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
400	VERIFIQUE PREGUNTA 23: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DE 15 A 75 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> </div> </div>		500
401	¿Considera usted que el cáncer se puede prevenir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
402	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	} → 404A
403	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del virus del papiloma humano?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	} → 404A
404	¿Cree usted que el virus del papiloma humano puede causar cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS PERSONAS DE 25 A 70 AÑOS DE EDAD

405	VERIFIQUE PREGUNTA 23: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DE 25 A 70 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> MENOR DE 25 AÑOS DE EDAD O MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> </div> </div>		500
406	¿En los últimos 24 meses, es decir, desde _____ del año 2019 hasta _____ de este año, se ha realizado algún examen o chequeo para descartar cualquier tipo de cáncer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	} → 408
407	¿Dónde le realizaron dicho examen o chequeo? ¿En algún otro lugar? CONSIDERE TODOS LOS LUGARES DONDE SE HAYA REALIZADO EL EXAMEN O CHEQUEO EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J LIGA CONTRA EL CÁNCER..... K CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... L CAMPAÑA DE ESSALUD..... M OTRAS CAMPAÑAS..... N <div style="text-align: right;">(ESPECIFIQUE)</div> OTRO..... X <div style="text-align: right;">(ESPECIFIQUE)</div> NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	

PARA LAS MUJERES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD

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

PARA LAS MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD

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

PARA LAS MUJERES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD

414	VERIFIQUE PREGUNTA 20 Y 23: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MUJER 40 A 70 AÑOS DE EDAD <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> MUJER MENOR DE 40 AÑOS DE EDAD <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div>		500
415	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado un examen de mamografía? DE SER NECESARIO LEA: Mamografía, es una radiografía de la mama que se utiliza con la finalidad de detectar anormalidades que puede indicar un cáncer de mama.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	500
416	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el examen de mamografía? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 5. TUBERCULOSIS

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
500	¿Actualmente tiene usted tos con flema?	SI..... 1 NO..... 2	→ 502																				
501	¿Hace cuánto tiempo tiene usted tos con flema? REGISTRE: EN "DÍAS", SI ES < DE 1 MES EN "MESES", SI ES DE 1 MES A MÁS	DÍAS (SI ES MENOS DE 1 MES)..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES (SI ES DE 1 MES A MÁS)..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8																					
502	VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> HOMBRE DE 15 AÑOS A MÁS / MUJER DE 50 AÑOS A MÁS <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> MUJER DE 15 A 49 AÑOS <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> </div> </div>																						
503	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TBC?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8																					
504	VERIFIQUE PREGUNTA 503 o 28 (SOLO SI ES MEF): <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> RESPONDIÓ "SI" (CÓDIGO 1) <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> </div> </div>																						
505	Cree usted que la tuberculosis se contagia: A. ¿Cuando una persona enferma tose o estornuda cerca a otra persona? B. ¿Cuando una persona enferma habla de cerca con otra persona? C. ¿Cuando una persona enferma toca a otra persona? D. ¿Cuando una persona enferma comparte alimentos o utensilios con otra persona?	<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> <th style="text-align: center;">NS/ NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. TOSE O ESTORNUDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>B. HABLA DE CERCA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>C. TOCA A OTRA PERSONA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>D. COMPARTE ALIMENTOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/ NR	A. TOSE O ESTORNUDA.....	1	2	8	B. HABLA DE CERCA.....	1	2	8	C. TOCA A OTRA PERSONA.....	1	2	8	D. COMPARTE ALIMENTOS.....	1	2	8	
	SI	NO	NS/ NR																				
A. TOSE O ESTORNUDA.....	1	2	8																				
B. HABLA DE CERCA.....	1	2	8																				
C. TOCA A OTRA PERSONA.....	1	2	8																				
D. COMPARTE ALIMENTOS.....	1	2	8																				
506	SI ES MEF, PASE A LA PREGUNTA 602 ¿Puede curarse la tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8																					

SECCIÓN 6. VIH / SIDA

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

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

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD

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

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
900	PESO (KILOGRAMOS)	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> . <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> . <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR..... 4 MEDIDO(A) PARCIALMENTE..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
902A	REGISTRE FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA EL REGISTRO DE LA PREGUNTA 902	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
903A	REGISTRE FECHA Y HORA DE INICIO DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
903	PRIMERA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> mmHg DIASTÓLICA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> mmHg	
904	HORA DE LA MEDICIÓN	HORA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MINUTOS <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	
905	SEGUNDA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> mmHg DIASTÓLICA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> mmHg	
906	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
906A	REGISTRE LA FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA EL REGISTRO DE LA PREGUNTA 906	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
907A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL INICIO DE LA MEDICIÓN DESDE LA EXPLICACIÓN PARA MEDIR EL PERÍMETRO ABDOMINAL	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
907	PERÍMETRO ABDOMINAL (CENTÍMETROS)	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> . <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	
908	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
908A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA CULMINAR EL PROCEDIMIENTO (LA LIMPIEZA DE LAS MARCAS EN LA PIEL)	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA

CÓDIGO

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR

CÓDIGO

OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA

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

TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN EL 2021
(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual	Año de Nacimiento		Edad Actual	Año de Nacimiento		Edad Actual	Año de Nacimiento				
	No ha cumplido años en 2021	ha cumplido años en 2021		No ha cumplido años en 2021	ha cumplido años en 2021		No ha cumplido años en 2021	ha cumplido años en 2021			
	No Sabe			No Sabe			No Sabe				
14	>	2006	2007	44	>	1976	1977	74	>	1946	1947
15	>	2005	2006	45	>	1975	1976	75	>	1945	1946
16	>	2004	2005	46	>	1974	1975	76	>	1944	1945
17	>	2003	2004	47	>	1973	1974	77	>	1943	1944
18	>	2002	2003	48	>	1972	1973	78	>	1942	1943
19	>	2001	2002	49	>	1971	1972	79	>	1941	1942
20	>	2000	2001	50	>	1970	1971	80	>	1940	1941
21	>	1999	2000	51	>	1969	1970	81	>	1939	1940
22	>	1998	1999	52	>	1968	1969	82	>	1938	1939
23	>	1997	1998	53	>	1967	1968	83	>	1937	1938
24	>	1996	1997	54	>	1966	1967	84	>	1936	1937
25	>	1995	1996	55	>	1965	1966	85	>	1935	1936
26	>	1994	1995	56	>	1964	1965	86	>	1934	1935
27	>	1993	1994	57	>	1963	1964	87	>	1933	1934
28	>	1992	1993	58	>	1962	1963	88	>	1932	1933
29	>	1991	1992	59	>	1961	1962	89	>	1931	1932
30	>	1990	1991	60	>	1960	1961	90	>	1930	1931
31	>	1989	1990	61	>	1959	1960	91	>	1929	1930
32	>	1988	1989	62	>	1958	1959	92	>	1928	1929
33	>	1987	1988	63	>	1957	1958	93	>	1927	1928
34	>	1986	1987	64	>	1956	1957	94	>	1926	1927
35	>	1985	1986	65	>	1955	1956	95	>	1925	1926
36	>	1984	1985	66	>	1954	1955	96	>	1924	1925
37	>	1983	1984	67	>	1953	1954	97	>	1923	1924
38	>	1982	1983	68	>	1952	1953	98	>	1922	1923
39	>	1981	1982	69	>	1951	1952	99	>	1921	1922
40	>	1980	1981	70	>	1950	1951	100	>	1920	1921
41	>	1979	1980	71	>	1949	1950	101	>	1919	1920
42	>	1978	1979	72	>	1948	1949	102	>	1918	1919
43	>	1977	1978	73	>	1947	1948	103	>	1917	1918

ENERO

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

FEBRERO

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

MARZO

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

ABRIL

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

MAYO

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

JUNIO

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

JULIO

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

AGOSTO

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

SEPTIEMBRE

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

OCTUBRE

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

NOVIEMBRE

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

DICIEMBRE

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

[illegible]

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA LOCAL

[illegible]

NOMBRE DE LA SUPERVISORA LOCAL: _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA NACIONAL

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOMBRE DE LA SUPERVISORA LOCAL: _____ FECHA: _____

