

DNS / WESTINGHOUSE
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR
HOJA MUESTRAL (DOC.01)

PARA USO DE OFICINA

--	--	--	--	--

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

DPTO. :
 PROV. :
 DIST. :
 CENTRO POBLADO :

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

.DOMINIO N°
 .SELECCION N°
 .VIVIENDA N°
 (LISTADO)
 P=0
 N° SUP

B.1 TIPO DE SUPLEMENTARIA

VIVIENDA 1

HOGAR 2

C. DIRECCION VIV. SELECCIONADA:

(O DESCRIPCION) :

D. DIRECCION VIV. REFERENCIA :

(O DESCRIPCION) :

E1. VERIFIQUE SI HAY OTRA(S) VIVIENDA(S) ENTRE LA VIVIENDA SELEC. Y LA DE REF.

NO ... ☐

SI ... ☐ -->

E.2 ¿Cuántas? ☐

(VEA MANUAL)

F. PREGUNTE A LA PERSONA QUE ENCUENTRE EN LA VIVIENDA SELECCIONADA :

F.1

¿Es esta la puerta principal de la vivienda?

SI 1 (APLIQUE "REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR")

NO ... 2 (DESPIDASE Y LLENE "B")

F.2 APLIQUE ESTA PGTA. DESPUES DE LLENAR EL "REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR"

¿Existe algún otro hogar aparte del suyo en el interior de su vivienda?

NO ... ☐

SI ... ☐ -->

F.3 ¿Cuántos? ☐

(VEA MANUAL)

G. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

FECHA		1	2	3	4	VISITA FINAL	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE ENTREVISTADORA						DIA	MES
RESULTADO*						<input type="checkbox"/>	
BOYE	FECHA					N° DE VISITAS	
VISI	HORA					<input type="checkbox"/>	
*CODIGOS DE RESULTADOS:		1 Completa 2 Ausente 3 Aplazada 4 Rechazada 5 Desocupada 6 En construcción (no habitada) 7 No es vivienda 8 Puerta falsa 9 Otro (Especificar)					

H. DATOS DEL EQUIPO

FECHA	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
CODIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR

Por favor deee los nombres de las personas que durmieron anoche en este hogar. a) Empezar por el nombre del jefe del hogar, luego el de su conyuge, los hijos solteros comenzando por el mayor.
b) Ahora deee los nombres de los hijos casados, la conyuge e hijos solteros de estos.
c) A continuacion deee los nombres de los otros familiares.
d) Finalmente deee los nombres de las otras personas que durmieron anoche aqui.

Nº	1. NOMBRE DE LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHÉ EN EL HOGAR.	2. Relacion o parentesco con el Jefe del Hogar.	3. SEXO	4. EDAD (¿Que edad tiene?)	5. ORFANDAD MATERNA (¿La madre de (NOMBRE) está viva o está muerta? (NOMBRE) VI MUER NO TA SI ANTES SA: DE 1901 BE: ANOTE "01" (P67A.6) (←)	6. PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS	7. SI EL RESPON- DENTE "CASADO" O "CONVIVIENTE"	8. SI EL CONYUGE DE (NOMBRE) VIVE AQUÍ? EN CASO AFIR- MATIVO ANOTE "01" SI EL CONYUGE NO VIVE AQUÍ ANOTE "02"	9. MUJER ELEGIBLE	10. REGISTRO DE TRANS- CRIBA CODIGO "RECUER- TO" CUEST INDIV.
01	1 J E F E	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	01		
02	2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	02		
03	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	03		
04	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	04		
05	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	05		
06	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	06		
07	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	07		
08	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	08		
09	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	09		
10	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	10		
11	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	11		
12	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	12		
13	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	13		
14	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	14		
15	3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3	1 2 3 4 5 6	1 2	15		

Para estar completamente segura, anoche durmieron aqui (...) personas.
18. ¿Hay alguna otra persona con niños pequeños, empleados domésticos, amigos o invitados que durmieron aqui anoche, pero que no me haya dado su nombre?
NO ☐ (APLIQUE PGTAS. 2 Y SIGUIENTES PARA CADA PERSONA ANOCHÉ)
SI ☐ (REVISE LA LISTA Y REGISTRE LA INFORMACION, LUEGO HAGA PREGUNTAS 2 Y SIGUIENTES)
9. LUEGO QUE COMPLETE TODA LA INFORMACION DE PREGUNTAS 1 A 7 PARA CADA PERSONA, REGRESE A F2 (HOJA MUESTRAL)

TOTAL DE PERSONAS ... ☐
TOTAL MUJERES ELEGIBLES ... ☐
TOTAL MUJERES ENTREVISTADAS ... ☐



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

Dirección General de Demografía

DHS/WESTINGHOUSE

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR

CUESTIONARIO "A" (DOC. 02)

P=0 N°LIN
N°SUP MUJER

1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---

1. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA							
	1	2	3	4	VISITA FINAL		
FECHA					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
NOMBRE DE ENTREVISTADORA					DIA <table border="1"><tr><td></td></tr></table> MES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
RESULTADO*					<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
SGTE. VISITA					N° DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
*CODIGOS DE RESULTADO : 1 Completa 2 Ausente 3 Aplazada 4 Rechazada 5 Respondida parcialmente 6 Otros _____ (Especificar)							
IDIOMA DE LA ENTREVISTA : ESPANOL 1 QUECHUA 2 AYMARA 3							
USO DE INTERPRETE : SI 1 NO 2							

2. DATOS DEL EQUIPO

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR			
FECHA						
CODIGO	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

ALMANAQUE 1986

ENERO							FEBRERO							MARZO						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4							1							1
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					
ABRIL							MAYO							JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30					
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5						1	2		1	2	3	4	5	6
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4							1		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	28	29	30	31			
							30													

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PAGE A PÁGTA.
101	ANOTE EL NUMERO DE PERSONAS LISTADAS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR	NUMERO DE PERSONAS <input type="text"/>	
101A	ANOTE EL NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS LISTADOS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR.	NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS <input type="text"/>	
102	ANOTE LA HORA DE COMIENZO	HORA <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	
103	Primero me gustaría hacerle unas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? ¿En el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO 1 PUEBLO 2 CIUDAD 3	
104	¿Cuánto tiempo ha vivido en ? (NOMBRE DEL CENTRO POBLADO DE ENTREVISTA)	SIEMPRE 98 VISITANTE 97 AÑOS <input type="text"/>	106
105	¿Antes de llegar a vivir aquí, a (NOMBRE CENTRO POBLADO) ¿dónde vivió Ud.? ¿en el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO 1 PUEBLO 2 CIUDAD 3	
106	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
107	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 106 CON 107, SI HAY INCONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA. SI LA ENTREVISTADA NO SABE LA FECHA DE NACIMIENTO NI SU EDAD, INDAGUE Y AYUDELA A ESTIMAR SU EDAD, LUEGO ANOTELA EN EL SEGUNDO RECUADRO.	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> AÑOS CUMPLIDOS (ESTIMADOS) <input type="text"/>	
108	¿Alguna vez asistió Ud. a la escuela?	SI 1 NO 2	112
109	¿Cuál es el último año de estudios que aprobó?	TRANSICION <input type="text"/> PRIMARIA <input type="text"/> SECUNDARIA <input type="text"/> SUPERIOR <input type="text"/>	113

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
112	¿Puede, Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede hacerlo?	CON FACILIDAD 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO 3	→114
113	¿Cuántos días a la semana lee Ud. un periódico?	DIAS <input type="text"/> MENOS DE UNA VEZ 96 NUNCA 97	
114	¿Cuántos días a la semana ve Ud. televisión?	DIAS <input type="text"/> MENOS DE UNA VEZ 96 NUNCA 97	
114A	¿Escucha Ud. radio todos los días?	SI 1 NO 2	
115	¿Cuál es el tipo de servicio de agua para beber que utilizan los miembros de su hogar?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO ... 2 PILON 3 POZO 4 RIO, ACEQUIA 5 MANANTIAL (PUBUIDO) 6 CAMION TANQUE, AGUATERO 7 OTRO 8 (Especificar)	
115A	¿Y qué agua usan en su hogar para bañarse o lavar la ropa?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO 2 PILON 3 POZO 4 RIO, ACEQUIA 5 MANANTIAL (PUBUIDO) 6 CAMION TANQUE, AGUATERO 7 OTRO 8 (Especificar)	→116
115B	¿Cuánto tiempo se demora (le toma) en ir y volver para conseguir el agua?	MINUTOS <input type="text"/> 90 O MAS MINUTOS 90	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.																											
116	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su vivienda? PARA EL SERVICIO DISPONIBLE: ¿Es de uso exclusivo de su hogar o de uso común?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EXCL.</th> <th>COM.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INODORO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOTADERO</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXCUSADO</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>POZO NEGRO O CIEGO ..</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LETRINA</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>8</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EXCL.	COM.	INODORO	1	2	BOTADERO	2	2	EXCUSADO	3	2	POZO NEGRO O CIEGO ..	4	2	LETRINA	5	2	OTRO -----	8	2	(Especificar)			NINGUNO	0		
	EXCL.	COM.																												
INODORO	1	2																												
BOTADERO	2	2																												
EXCUSADO	3	2																												
POZO NEGRO O CIEGO ..	4	2																												
LETRINA	5	2																												
OTRO -----	8	2																												
(Especificar)																														
NINGUNO	0																													
116A	¿Tiene en este momento en su casa jabón para lavarse las manos?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	SI	1	NO	2	NO SABE	8																						
SI	1																													
NO	2																													
NO SABE	8																													
117	Tiene en su hogar: ¿Electricidad? ¿Radio? ¿Televisor? ¿Refrigeradora?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICIDAD</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERADORA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	ELECTRICIDAD	1	2	RADIO	1	2	TELEVISOR	1	2	REFRIGERADORA	1	2													
	SI	NO																												
ELECTRICIDAD	1	2																												
RADIO	1	2																												
TELEVISOR	1	2																												
REFRIGERADORA	1	2																												
118	Algún miembro de su hogar tiene: ¿bicicleta? ¿moto? ¿auto? ¿tractor? (SOLO EN AREA RURAL) ¿casa propia? ¿terrenos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TRACTOR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CASA PROPIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TERRENOS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	BICICLETA	1	2	MOTO	1	2	AUTO	1	2	TRACTOR	1	2	CASA PROPIA	1	2	TERRENOS	1	2							
	SI	NO																												
BICICLETA	1	2																												
MOTO	1	2																												
AUTO	1	2																												
TRACTOR	1	2																												
CASA PROPIA	1	2																												
TERRENOS	1	2																												
119	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE: MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>PARQUET O MADERA PULIDA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VINILICO O ASFALTICO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LOSETA</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ENTABLADO DE MADERA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>CEMENTO</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TIERRA O ARENA</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PARQUET O MADERA PULIDA	1	VINILICO O ASFALTICO	2	LOSETA	3	ENTABLADO DE MADERA	4	CEMENTO	5	TIERRA O ARENA	6	OTRO -----	7	(Especificar)													
PARQUET O MADERA PULIDA	1																													
VINILICO O ASFALTICO	2																													
LOSETA	3																													
ENTABLADO DE MADERA	4																													
CEMENTO	5																													
TIERRA O ARENA	6																													
OTRO -----	7																													
(Especificar)																														
119A	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE: MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>CONCRETO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>LADRILLO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADobe</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESTERA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CONCRETO	1	LADRILLO	2	ADobe	3	ESTERA	4	OTRO -----	5	(Especificar)																	
CONCRETO	1																													
LADRILLO	2																													
ADobe	3																													
ESTERA	4																													
OTRO -----	5																													
(Especificar)																														

SECCION 2. REPRODUCCION

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
202	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. haya tenido durante toda su vida; se refiero sólo a los hijos que Ud. ha dado a luz y no a los hijos adoptados o criados por ud. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI 1 NO 2	→207
203	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud?	SI 1 NO 2	→205
204	¿Cuántos hijos varones viven con ud? ¿Cuántas hijas mujeres viven con ud? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS EN CASA HIJAS EN CASA	
205	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI 1 NO 2	→207
206	¿Cuántos hijos varones no viven con Ud? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS FUERA HIJAS FUERA	
207	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? INDABUE: ¿Algún [otro] hijo o hija que nació vivo pero que sólo vivió algunos minutos, horas o días?	SI 1 NO 2	→209
208	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas mujeres han muerto? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS MUERTOS HIJAS MUERTAS	
209	SUME LAS RESPUESTAS DE 204, 206 Y 208 Y ANOTE EL TOTAL.	TOTAL	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
210	<p>Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>(INDAGUE Y CORRIJA 204, 206, 208, o 209)</p> <p>V V</p>		
211	<p>MARQUE LA CASILLA APROPIADA ; UNO O MAS NINGUN NACIDO NACIDOS VIVOS VIVO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 225)</p> <p>V</p> <p>Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo.</p> <p>(ANOTE EN 215 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y LUEGO PREGUNTE 216 A 221 SEGUN CORRESPONDA)</p>		

A

215 ¿Cuál es el nombre de su primer, segundo, etc., hijo? ESCRIBIR EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	216 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 (NOMBRE) ¿Está vivo?	218 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? (NOMBRE) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	219 SI FALLECIÓ ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? Escribir en meses. SI DE 1 MES A MENOS DE 2 AÑOS Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	220 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	221 SI ESTA VIVO: ¿(NOMBRE) está viviendo con ud.?
0 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 6	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 7	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 8	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
0 9	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
1 0	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
1 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2
1 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	EDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div>	SI 1 NO 2

215 (Cuál es el nombre de su primer, segundo, etc. hijo? ANOTE DE-LLIDOS EN LINEAS SE-PARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.)	216 (HOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 (HOMBRE) es- ta vivo?	218 (En qué mes y año nació (HOMBRE)? INDIQUE: ¿Cuál es su fecha de naci- miento?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (HOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS SI < DE 1 MES; MESES SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	220 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tie- ne (HOMBRE) en años cum- plidos?	221 (HOMBRE) es- ta viviendo con ud.?
1 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 6	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 7	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 8	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
1 9	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
2 0	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
2 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
2 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
2 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
2 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI 1 NO 2	MES AÑO DIAS MESES AÑOS 3	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3	EDAD	SI 1 NO 2
222 COMPARE 209 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: NUMERO ES EL MISMO <input type="checkbox"/> NUMERO ES DIFERENTE <input type="checkbox"/> → (INDIQUE Y CORRIJA LA INCONSISTENCIA, LUEGO PASE A 225)						

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
225	¿Está Ud. embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	>230
226	¿En qué mes de embarazo está?	MES NO SABE 98	
226A	7 MESES O MAS MENOS DE 7 MESES [] [] V (PASE A 228)		
227	¿Durante el embarazo le han puesto a Ud. alguna inyección para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después del nacimiento?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
228	¿Fue a consultar a alguien para controlar su embarazo?	SI 1 NO 2	>232
229	¿A quién consultó? SI CONSULTO A MAS DE UNA PERSONA ANOTE A LA MAS CALIFICADA	MEDICO 1 OBSTETRIZ, ENFERMERA 2 SANITARIO 3 PROMOTOR 4 PARTERA O COMADRONA 5 CURANDERO 6 OTRO 7 (Especificar)	>232
230	¿Cuándo empezó su última regla?	HACE : DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 YA NO MENSTRUA 995 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO . 996 NUNCA MENSTRUO 997	
232	ANOTE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS 1 2 ESPOSO 1 2 OTROS HOMBRES 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

SECCION 3. ANTICONCEPTIVOS

A

302. Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. ¿Qué métodos conoce. Ud. o de cuáles ha escuchado hablar?
INDICAR: ¿Algún otro?

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 303. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.

LUEGO PREGUNTE DE 304 A 307 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

M E T O D O	303 ¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI RECONOCIDO ESPONTANEO			304 ¿Ha usado Ud. alguna vez o está usando (METODO)?	305 ¿Dónde iría para obtener (METODO)? (CODIGOS ABAJO)	307 ¿Ha oído de algún problema con el uso de (METODO)? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuál? (CODIGOS ABAJO)
PILDORA (Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIU (Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una I de cobre, por un médico o una enfermera.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INYECCION ANTICONCEPTIVA (Las mujeres pueden hacerse poner una inyección que las protege por varios meses que quedan embarazadas.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAPHRAGA, ESPUMA, JALEA (Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio, crema, espuma o diafragma, antes de tener relaciones sexuales.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRESERVATIVO (Los hombres pueden usar un preservativo (jeco, condón) durante las relaciones sexuales.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA) (Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTERILIZACION MASCULINA (Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RITMO (CALENDARIO) (Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes, en que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	¿A dónde iría para recibir información acerca del ritmo? <input type="text"/>	<input type="text"/>
RETIRO (Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.)	1	2	3 I V	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTROS METODOS (Las parejas pueden utilizar otros métodos o maneras diferentes a los anteriores para evitar un embarazo.) ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI" ESPECIFICAR METODO	3				CODIGOS PARA 305 HOSPITAL CENTRO DE SALUD, PUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD 01 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO 02 CLINICA PRIVADA 03 CONSULTORIO MEDICO, OBSTETRIZ 04 FARMACIA 05 PROMOTOR DE SALUD ... 06 O.P.V.4/..... 07 OTRO 08 NO SABE 09	CODIGOS PARA 307 NINGUNO 00 TEMOR, OLVIDO..... 01 DESAPROBACION ESPOSO.. 02 PREOCCUPACION DE SALUD 03 ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD..... 04 COSTO MUY ALTO 05 INEFECTIVO 06 INTERFIERE CON SEXO .. 07 IRREVERSIBLE 08 OTRO 09 NO SABE 09

308 VEA 304 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA: NO HA USADO NINGUN METODO (NI UN SI)
HA USADO ALGUN METODO (AL MENOS UN SI)
☐ → SIGA CON 309 ☐ (PAGE A 338)

*/ O.P.V.: ADIM; APROPO; AFROSAMI; ATLF; CENPROF; FENDECAAF; INPPARES; INSTITUTO MARCELINO; PFH; PLANIFAM; PRO-FAMILIA; SMISA.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PBTA.
312B	¿Le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	SI1 NO2	→313
312C	¿Dónde le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD 1 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO 2 CLINICAS PRIVADAS 3 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR, OBSTETRIZ..... 4 O.P.V. 5 PROMOTOR DE SALUD 6 OTRO 7 (Especificar) NO SABE 8	
312D	¿En qué año le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	AÑO NO SABE 98	
313	VEA 209 Y MARQUE TIENE HIJOS NO TIENE HIJOS [] [] ¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS []	
314	VEA 304 Y 225 ELLA O EL ELLA Y EL ESTERILIZADO NO ESTERILIZADOS [] [] I I I EMBARA- NO EMBA- I ZADA RAZADA I [] [] (PASE 319) (PASE 316)		
315	¿En qué mes y año le hicieron a Ud. [a su esposo] la operación para no tener más hijos?	MES AÑO	
315A	¿Cuánto le costó la operación?	INTIS SOLES GRATIS 9997 NO RECUERDA 9998	→320A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PBTA.
316	¿Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	→319
317	¿Qué método está usando?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 VAGINALES (DIAF,ESP,JAL)..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO 08 TEMPERATURA 09 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO (Especificar)	→320 →323
317A	¿Cuánto paga por: (MÉTODO EN 317) -Caja o sobre (ciclo) de píldoras? -Colocación del (TIPO DIU)? -La inyección anticonceptiva (3 meses)? -La caja de (MÉTODO VAGINAL)? -Sobre de preservativo (unidad)?	SOLES GRATIS 9997 NO SABE 9998	INTIS →320
318	VEA 317 : USA PILDORA O OTROS PRESERVATIVO [] [] [] [] (PASE A 320)		
318A	MUESTRE LA LAMINA ADECUADA Y PREGUNTE : ¿Podría decirme cuál usa Ud.? ANOTE NUMERO ASIGNADO EN LAMINA	OTRO : (Especificar)	→320
319	Durante los últimos 12 meses ¿obtuvo usted algún método o recibió consejo en un hospital, centro de salud, clínica, consultorio médico o de alguna persona, para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	→322

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I B O S	PAGE A PSTA.
320	¿Dónde obtuvo ese método o recibió consejo acerca de él, la última vez?	- HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD 1	
	USUARIAS DE ESTERILIZACION	- OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO..... 2	
320A	¿Dónde se realizó la operación?	- CLINICA PRIVADA 3	
		- CONSULTORIO MEDICO/OBSTETRIZ.. 4	
		- FARMACIA 5	
		- PROMOTOR DE SALUD 6	
		- O.P.V. 7	
		- OTRO 8	
		(Especificar)	
		- NO SABE 9	
321	¿Hubo algo del servicio que recibió allí, que no le gustó?	NO 1	
	SI "SI", ¿Qué es lo que no le gustó?	DEMASIADA ESPERA 2	
		DESCORTESIA 3	
		CARO 4	
		NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO 5	
		OTRO 6	
		(Especificar)	
322	VEA 225, 315, 316: NO EMBARAZADA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V V (PASE A 330) USA ACTUAL EL O ELLA NO USA MENTE ESTERILIZ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V (PASE A 324) (PASE A 332)		
323	¿Por cuánto tiempo está usando (MÉTODO ACTUAL) continuamente?	MESES <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> DESDE ULTIMO PARTO 97	
324	¿Ha tenido o tiene usted algún problema con el uso del (MÉTODO ACTUAL)?	SI 1 NO 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PAGE A PSTA.
325	¿Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene actualmente?	TENOR, OLVIDO 01 DESAPROBACION DEL ESPOSO 02 PROBLEMA DE SALUD 03 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 04 COSTO MUY ALTO 05 INEFECTIVIDAD..... 06 INTERFIERE CON SEXO 07 OTRO 08 (Especificar) NO SABE 98	
326A	ELLA O EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> (PASE A 328) OTRO <input type="checkbox"/> v		
326B	¿Además de (METODO ACTUAL) usa ud. regularmente algún otro método?	SI 1 NO 2 →328	
327	¿Qué método es ese?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 VAGINALES (DIAF,ESP,JAL.) 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO 08 TEMPERATURA 09 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO (Especificar)	
328	VEA 209, MARQUE SEGUN CORRESPONDA Y PREBUNTE : HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> ¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo, alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo? NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo?	SI 1 NO 2 →342	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I B O S	PASE A PSTA.
329	¿Qué método usó antes de (Método Actual)?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 VAGINALES (DIAF, ESP, JAL) 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO 08 TEMPERATURA 09 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO (Especificar)	
330	¿Por cuánto tiempo usó (Método en 329) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES AÑOS	
330A	¿En qué mes y año comenzó a usar (Método en 329)?	MES AÑO	
331	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (Método anterior al método actual) en ese entonces?	MÉTODO FALLO 02 SEXO INFRECIENTE 03 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACION DE SALUD 05 MÉTODO NO DISPONIBLE 06 COSTO MUY ALTO 07 INTERFIERE CON SEXO 08 CAMBIO DE MÉTODO 09 OTRO 10 (Especificar) NO SABE 90	>342

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I B O S	PASE A PSTA.
332	VEA 209 Y MARQUE : ALGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> NINGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 334)		
333	¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	→338
334	¿Cuál fue el último método que usó?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 VAGINALES (DIAF.ESP.JAL.) 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO 08 TEMPERATURA 09 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO (Especificar)	
335	¿Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MES Y AÑO	MES AÑO	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PSTA.
335A	¿En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO)? ANOTE MES Y AÑO	MES AÑO	
337	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARARAZARSE..... 01 FALLA DE METODO..... 02 SEXO INFRECUENTE 03 OPPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACIONES SALUD 05 METODO NO DISPONIBLE 06 COSTO MUY ALTO..... 07 INTERFIERE CON SEXO 08 CAMBIO DE METODO 09 OTRO 10 (Especificar) NO SABE 98	
338	¿Tiene usted la intención de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE 9	>342

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I C I O S	PASE A PGTA.
339	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 VAGINALES (DIAP.ESP.JAL.) 04 PRESERVATIVO 05 ESTERILIZACION FEMENINA 06 ESTERILIZACION MASCULINA 07 CALENDARIO 08 TEMPERATURA 09 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA/MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO (Especificar) NO ESTA SEGURA 98	
341	¿Tiene Ud. la intención de usar (MÉTODO PREFERIDO) en los próximos 12 meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
342	Algunas mujeres no quieren embar- zarse y no usan ningún método ¿Por qué razón cree ud. que no usan ningún método anticonceptivo? PONBA UN CIRCULO EN TODOS LOS MO- TIVOS MENCIONADOS INDAGUE : ¿Alguna otra razón?	FALTA DE CONOCIMIENTO 1 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 1 DEMASIADO CARO 1 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 1 ACCESO DIFICIL A METODOS 1 RELIGIOSAS 1 OPOSICION A PLANIFICACION FAMIL. 1 FATALISTA 1 OTRA GENTE SE OPONE 1 INTERFIERE CON SEXO 1 OTRO (Especificar) NO SABE 1	

Nº	PREBUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PSTA.
342A	¿Ha escuchado alguna vez que las mujeres pueden dar de lactar (dar pecho) como una manera de no quedar embarazadas?	SI 1 NO 2	->343
342B	VEA 209 Y MARQUE: ALGUN HIJO NINGUN HIJO NACIDO VIVO NACIDO VIVO [] [] [] [] V (PASE A 343)		
342C	¿Ha usado alguna vez este método o manera para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	->343
342D	VEA 308 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA HA USADO METODO NUNCA HA USADO [] [] [] [] V (PASE A 343)		
342E	¿En esa oportunidad usó al mismo tiempo otro método anticonceptivo?	SI 1 NO 2	
343	¿Escuchó alguna vez, por radio o por televisión un mensaje sobre planificación familiar?	SI 1 NO 2	->345
344	¿Lo escuchó una vez o más de una vez?	UNA 1 MAS DE UNA 2	
345	¿Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	

1347 VEA 218, 225 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:
HA TENIDO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 O EMBARAZADA ACTUALMENTE ☐ NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE ☐
V (PASE A SECCION 5)

1347A
Ahora quisiera obtener más información sobre (su embarazo y) los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años.
MARQUE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO SI ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA Y ANOTE ADENAS LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981. DESPUES MARQUE SI USO O NO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO.
ALGUNA VEZ USO UN METODO ☐ (PREGUNTE 348 A 354 PARA CADA COLUMNA)
VEA 308
NUNCA USO UN METODO ☐ (PREGUNTE 354 PARA CADA COLUMNA)

PREGUNTAS Y FILTROS	VER 225 EMBARAZADA ACTUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE
348 Antes de que Ud. quedara embarazada de (NOMBRE), pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ANTERIOR NACIDO VIVO), ¿uso aunque sea por poco tiempo algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2 (PASE A 354) (←)	SI 1 NO 2 (PASE A 354) (←)	SI 1 NO 2 (PASE A 354) (←)	SI 1 NO 2 (PASE A 354) (←)	SI 1 NO 2 (PASE A 354) (←)
349 ¿Cuál fue el último método que usó en esa oportunidad?	PILDORA 1 DIU 2 INYECCIONES 3 METODOS VAGINALES 4 PRESERVATIVO 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO 8 TEMPERATURA 9 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA 1 DIU 2 INYECCIONES 3 METODOS VAGINALES 4 PRESERVATIVO 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO 8 TEMPERATURA 9 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA 1 DIU 2 INYECCIONES 3 METODOS VAGINALES 4 PRESERVATIVO 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO 8 TEMPERATURA 9 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA 1 DIU 2 INYECCIONES 3 METODOS VAGINALES 4 PRESERVATIVO 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO 8 TEMPERATURA 9 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA 1 DIU 2 INYECCIONES 3 METODOS VAGINALES 4 PRESERVATIVO 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO 8 TEMPERATURA 9 MUCOSIDAD CERVICAL 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL 11 RETIRO 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)
350 ¿Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>
351 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	SI 1 (PASE A 353A) (←) NO 2	SI 1 (PASE A 353A) (←) NO 2	SI 1 (PASE A 353A) (←) NO 2	SI 1 (PASE A 353A) (←) NO 2	SI 1 (PASE A 353A) (←) NO 2
353 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	EMBARAZARSE 1 SEXO INFRECUENTE 3 OPOSICION ESPOSO 4 PREOCUPACION SALUD 5 METODO NO DISPONIBLE 6 COSTO MUY ALTO 7 FATALISTA 8 INCONVENIENTE 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) 10 NO SABE 9B	EMBARAZARSE 1 SEXO INFRECUENTE 3 OPOSICION ESPOSO 4 PREOCUPACION SALUD 5 METODO NO DISPONIBLE 6 COSTO MUY ALTO 7 FATALISTA 8 INCONVENIENTE 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) 10 NO SABE 9B	EMBARAZARSE 1 SEXO INFRECUENTE 3 OPOSICION ESPOSO 4 PREOCUPACION SALUD 5 METODO NO DISPONIBLE 6 COSTO MUY ALTO 7 FATALISTA 8 INCONVENIENTE 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) 10 NO SABE 9B	EMBARAZARSE 1 SEXO INFRECUENTE 3 OPOSICION ESPOSO 4 PREOCUPACION SALUD 5 METODO NO DISPONIBLE 6 COSTO MUY ALTO 7 FATALISTA 8 INCONVENIENTE 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) 10 NO SABE 9B	EMBARAZARSE 1 SEXO INFRECUENTE 3 OPOSICION ESPOSO 4 PREOCUPACION SALUD 5 METODO NO DISPONIBLE 6 COSTO MUY ALTO 7 FATALISTA 8 INCONVENIENTE 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) 10 NO SABE 9B
353A No dijo Ud. que el último método que usó fue (METODO) ¿usó otro antes de eso, entre (NOMBRE ULTIMO) y (ANTERIOR N.V.)? SI "NINGUNO" ANOTE 00	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>
353B	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SÍTE.COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SÍTE.COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SÍTE.COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SÍTE.COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 402) V
354 Antes de quedar embarazada de (NOMBRE), ¿quería ud. tener un (OTRO) hijo entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos nunca?	ENTONCES 1 ESPERAR 2 NO MAS 3 (PASE SÍTE.COL.)	ENTONCES 1 ESPERAR 2 NO MAS 3 (PASE SÍTE.COL.)	ENTONCES 1 ESPERAR 2 NO MAS 3 (PASE SÍTE.COL.)	ENTONCES 1 ESPERAR 2 NO MAS 3 (PASE SÍTE.COL.)	ENTONCES 1 ESPERAR 2 NO MAS 3 (PASE A 402)

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA MATERNA

A

402 VER 217 Y 218 Y MARCAR SEGUN CORRESPONDA:				
UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981 <input type="checkbox"/>		NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 <input type="checkbox"/> (PASE A SECCION 5)		
ANOTE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.				
PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANIEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO
	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
403; Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le colocaron a ud. alguna inyeccion para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después de haber nacido?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
404; Durante el embarazo de (NOMBRE), se hizo control por ese embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> SI LA RESPUESTA ES "SI" INDIQUE Y ANOTE A LA PERSONA MAS CALIFICADA. </div> ¿Quién le controló por ese embarazo?	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO 4 NO SE CONTROLÓ 5	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO 4 NO SE CONTROLÓ 5	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO 4 NO SE CONTROLÓ 5	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO 4 NO SE CONTROLÓ 5
405; ¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> SI ATENDIO MAS DE UNA PERSONA, ANOTE A LA MAS CALIFICADA. </div>	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NADIE 6	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NADIE 6	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NADIE 6	MEDICO 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR 4 OTRO 5 NADIE 6
406; ¿Dio de lactar (le dio pecho) alguna vez a (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI 1 NO 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI 1 NO 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI 1 NO 2 (PASE A 410) (--- 2)
SI ESTA VIVO, PREGUNTE: 407; ¿todavía está lactando (dándole pecho) a (NOMBRE)?	SI 1 (PASE A 410) (--- 1) NO 2 NIÑO MUERTO 3			
408; Por cuántos meses dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES HASTA QUE MURO ... 97	MESES HASTA QUE MURO ... 97	MESES HASTA QUE MURO ... 97	MESES HASTA QUE MURO ... 97
409; A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	NO LE HA VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)
410A VEA 225 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> V (PASE A 412)				
411; Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE 56TE.COL.) (--- 2)			
412; Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE A 413)
413 VEA 407 ESTÁ LACTANDO <input type="checkbox"/> V	NO ESTA LACTANDO <input type="checkbox"/> (PASE A 419)			

A																											
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.																								
414	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE ULTIMO HIJO) ayer, durante las horas del día?	NUMERO DE VECES TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA 97																									
415	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE ULTIMO HIJO) anoche (entre el anochecer y el amanecer)?	NUMERO DE VECES TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA 97																									
416	¿En algún momento de ayer durante las horas del día o la noche le dio a (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO) alguno de los siguientes alimentos? LEA LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Agua natural?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Jugo?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Leche en polvo ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Leche de vaca o de cabra? ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Algún otro líquido ? ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(Especificar)</td> </tr> <tr> <td>¿Algún alimento sólido o molido ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	¿Agua natural?	1	2	¿Jugo?	1	2	¿Leche en polvo ?	1	2	¿Leche de vaca o de cabra? ..	1	2	¿Algún otro líquido ? ...	1	2	(Especificar)			¿Algún alimento sólido o molido ?	1	2	
	SI	NO																									
¿Agua natural?	1	2																									
¿Jugo?	1	2																									
¿Leche en polvo ?	1	2																									
¿Leche de vaca o de cabra? ..	1	2																									
¿Algún otro líquido ? ...	1	2																									
(Especificar)																											
¿Algún alimento sólido o molido ?	1	2																									
417	VEA 416: DIO NO DIO LIQUIDOS LIQUIDOS [] [] (PASE A 419) V																										
418	¿Algunos de estos alimentos fueron dados en una mamadera?	SI 1 NO 2																									

419 ESTE CUADRO DEBE SER EXACTAMENTE IGUAL AL ANTERIOR. TRANSCRIBAN EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS SOLO PARA LOS ACTUALMENTE VIVOS, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO NACIDO VIVO.

PREGUNTAS (FILIOS)	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> → (PAGE A 429)
420 ¿Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle enfermedades?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE A 422A) <.....>
421 ¿Llene la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)? SI RESPONDE "SI" ¿La puedo ver por favor?	SI VISTO 1 SI NO VISTO 2 SIN TARJETA 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO 1 SI NO VISTO 2 SIN TARJETA 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO 1 SI NO VISTO 2 SIN TARJETA 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO 1 SI NO VISTO 2 SIN TARJETA 3 (PAGE A 422A) <.....>
422 ANOTE LAS FECHAS DE VACUNACIONES DE LA TARJETA DE SALUD	DIA MES AÑO NO ANTITUBERCULOSA (BCG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 1 (DPT1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 1 POLIO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 2 (DPT2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 2 POLIO2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 3 (DPT3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 3 POLIO3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTISARAMPICIONICA SARAMPICION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1	DIA MES AÑO NO ANTITUBERCULOSA (BCG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 1 (DPT1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 1 POLIO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 2 (DPT2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 2 POLIO2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 3 (DPT3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 3 POLIO3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTISARAMPICIONICA SARAMPICION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1	DIA MES AÑO NO ANTITUBERCULOSA (BCG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 1 (DPT1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 1 POLIO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 2 (DPT2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 2 POLIO2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 3 (DPT3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 3 POLIO3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTISARAMPICIONICA SARAMPICION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1	DIA MES AÑO NO ANTITUBERCULOSA (BCG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 1 (DPT1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 1 POLIO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 2 (DPT2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 2 POLIO2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 TRIPLE 3 (DPT3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTIPOLIOMIELITICA 3 POLIO3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ANTISARAMPICIONICA SARAMPICION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
422a (NOMBRE) tuvo diarrea en las ultimas 24 horas?	SI 1 (PAGE A 424) <.....> NO 2	SI 1 (PAGE A 424) <.....> NO 2	SI 1 (PAGE A 424) <.....> NO 2	SI 1 (PAGE A 424) <.....> NO 2
423 (NOMBRE) tuvo diarrea en los ultimos 15 dias?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PAGE A 429) <.....>
424 ¿Llevó a (NOMBRE) a un médico a un hospital o clinica, para que le curen la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PRESENTE ¿Dónde lo (la) llevó?	MEDICO 1 HOSPITAL/CLINICA 2 OTRO 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO 1 HOSPITAL/CLINICA 2 OTRO 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO 1 HOSPITAL/CLINICA 2 OTRO 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO 1 HOSPITAL/CLINICA 2 OTRO 3 NO LO LLEVO 4
425 ¿Un, u otra persona hicieron algo para tratar la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PRESENTE ¿Qué hizo (hicieron)?	REMEDIOS FARMACIA 1 REMEDIOS CASEROS 1 BOLSITA SALVADORA 1 OTRO (Especificar) 1 NADA 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA 1 REMEDIOS CASEROS 1 BOLSITA SALVADORA 1 OTRO (Especificar) 1 NADA 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA 1 REMEDIOS CASEROS 1 BOLSITA SALVADORA 1 OTRO (Especificar) 1 NADA 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA 1 REMEDIOS CASEROS 1 BOLSITA SALVADORA 1 OTRO (Especificar) 1 NADA 1 (PAGE A 426) <.....>
425a ¿Qué remedio o qué cosa le dio? INDIQUE: ¿Le dio algo más?	TEXTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEXTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEXTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEXTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
426 ¿Alguié (siquis) dándole alimentos cuando ha estado con diarrea?	SI 1 NO 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI 1 NO 2 (PAGE A 429) <.....>
427. (SOLD ULTIMO NV) VEA 407: TODAVIA LACTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> → (SIGTE. COL.)				
428 ¿Alguié (siquis) dándole de lactar cuando ha estado con diarrea?	SI 1 NO 2 (SIGTE. COL.) <.....>			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CÓDIGOS	PASE A PSTA.
429	VEA 425 : MENCIONO BOLSITA OTROS <div data-bbox="454 414 502 459" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div data-bbox="694 414 742 459" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (PASE A 431) V		
430	¿Ha oído hablar de la bolsita salvadora para los niños que tienen diarrea?	SI 1 NO 2	→502
431	¿Ha oído de algún problema en el uso de la bolsita salvadora? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuáles?	TEXTUAL <div data-bbox="1173 728 1276 795" style="border: 1px solid black; width: 65px; height: 30px; display: inline-block;"></div> NINGUNO 97	

SECCION 5. ESTADO CONYUGAL

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS		PASE A PSTA.
502	¿Ha estado Ud. casada o conviviendo alguna vez?	SI	1	
		NO	2	→519A
503	¿Actualmente es Ud. conviviente, casada, viuda, divorciada o separada?	CONVIVIENTE	1	
		CASADA	2	
		VIUDA	3	
		DIVORCIADA	4	
		SEPARADA	5	
508	¿Ha convivido o se ha casado más de una vez?	UNA SOLA VEZ	1	
		MAS DE UNA VEZ	2	
509	¿En qué mes y año comenzó a vivir junto a su [primer] esposo (conviviente)?	MES	<input type="text"/>	
		NO SABE MES	98	
		AÑO	<input type="text"/>	
		NO SABE AÑO	98	
510	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD	<input type="text"/>	
511	¿Están vivos el padre y la madre de Ud.?	SI NO		
		PADRE	1 2	
		MADRE	1 2	
512	¿Están vivos el padre y la madre de su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO NO SABE		
		PADRE	1 2 8	
		MADRE	1 2 8	
513	VEA 511 Y 512 : NO TODOS VIVEN TODOS VIVEN O NO SABE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V (PASE A 516)			
514	¿Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. empezó a vivir junto a su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO		
		PADRE DE MUJER	1 2	
		MADRE DE MUJER	1 2	
		PADRE (PRIMER) ESPOSO ..	1 2	
		MADRE (PRIMER) ESPOSO ..	1 2	
515	VEA 514 Y MARQUE ALGUN PADRE VIVO NINGUN PADRE AL UNIRSE VIVO AL UNIRSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V (PASE A 519)			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
516	Quando Ud. y su [primer] esposo (con- viviente) empezaron a vivir juntos ¿vivieron con alguno de sus padres o suegros, por lo menos durante seis meses?	SI 1 NO 2	→518
517	¿Por cuántos años más o menos vivie- ron junto con sus padres o suegros en ese tiempo?	AÑOS HASTA EL PRESENTE 97	→519
518	Actualmente ¿está(n) viviendo con alguno de sus padres o padres de su marido (actual)?	SI 1 NO 2	
519	¿En cuántos pueblos o ciudades dife- rentes ha vivido Ud. desde que se casó (convivió) (por primera vez)?	NUMERO DE LOCALIDADES [] []	→521
519A	Ahora quisiera hablarle con más de- talle acerca de su vida sexual a fin de entender mejor la planificación familiar y la reproducción humana. VEA 211 , 225 Y 308 ALGUNA VEZ O ACTUAL- NUNCA MENTE EMBARAZADA EMBARAZADA [] [] (PASE A 521) NUNCA USO USO METODO METODO [] [] (PASE A 521)		
520	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI 1 NO 2	→528
521	¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD [] []	
522	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2	→528
523	¿Cuántas veces?	VECES [] []	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
525	<p>VEA : 225, 314, 316, 230</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p> <p>USANDO <input type="checkbox"/> NO USANDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p> <p>YA NO MENSTRUA O NUNCA MENSTRUO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p>		
526	Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas ¿Se sentiría contenta, no le importaría o se sentiría infeliz?	<p>CONTENTA 1</p> <p>NO LE IMPORTARIA..... 2</p> <p>INFELIZ 3</p> <p>NO SABE 8</p>	→528
527	¿Cuál es la razón principal por la cual no está usando un método para evitar quedar embarazada?	<p>SEXO INFRECUENTE 1</p> <p>ABSTINENCIA, POST-PARTO LACTANCIA 2</p> <p>MENOPAUSIA/SUBFERTIL 3</p> <p>DESCONOCIMIENTO DE FUENTE DE ABASTECIMIENTO 4</p> <p>ACCESO DIFICIL A METODOS 5</p> <p>MOTIVOS RELIGIOSOS 6</p> <p>ESPOSO SE OPONE 7</p> <p>PREOCUPACION POR SALUD 8</p> <p>FATALISTA 9</p> <p>CONTRARIA A PLANIFI.FAMILIAR .. 10</p> <p>COSTO 11</p> <p>OTRO 12</p> <p>(Especificar)</p> <p>NO SABE 98</p>	
528	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	<p>SI NO</p> <p>NIÑOS MENORES DE 10 ... 1 2</p> <p>ESPOSO O CONVIVIENTE .. 1 2</p> <p>OTROS HOMBRES 1 2</p> <p>OTRAS MUJERES 1 2</p>	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
602	<p>VEA : 304 Y 503</p> <p>MARIDO MUJER OTROS ESTERILIZADO ESTERILIZADA CASOS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 610) (PASE A 608)</p> <p>ACTUALMENTE CASADA OTROS O CONVIVIENTE ESTADOS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 614)</p>		
603	<p>Ahora quisiera hacerle algunas pre- guntas sobre el futuro. VEA 225.</p> <p>NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quisiera tener un [otro] hijo o preferiria no tener [más] hijos?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Después del hijo que está esperan- do, quisiera tener otro hijo o pre- feriria no tener más hijos?</p>	<p>QUIERE HIJO 1 ->606</p> <p>NO QUIERE MAS HIJOS 2</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL) 3 ->614</p> <p>INDECISA O NO SABE 8 ->605</p>	
604	<p>¿Entonces ud. diria que está segura de no querer tener [más] hijos, o no está segura?</p>	<p>DEFINITIVAMENTE NO MAS 1 >614</p> <p>NO ESTA SEGURA 2</p>	
605	<p>¿Ud. se inclina más hacia tener un [otro] hijo o hacia no tener un [otro] hijo?</p>	<p>TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 ->607</p> <p>NO TENER UN (OTRO) HIJO..... 2 >614</p> <p>INDECISA 8</p>	
606	<p>¿Entonces ud. diria que está segura de querer tener [otro] hijo, o no está segura?</p>	<p>DEFINITIVAMENTE MAS 1</p> <p>NO ESTA SEGURA 2</p>	
607	<p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un [otro] hijo?</p>	<p>MESES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> >614</p> <p>AÑOS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE 998</p>	
607A	<p>VEA : 204, 206 y 225</p> <p>ALGUN HIJO SOBRE- NINGUN HIJO SO- VIVIENTE Y NO EM- BREVIAMENTE O BARAZADA ACTUALMEN- ACTUALMENTE EM- TE BARAZADA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 614)</p>		
607B	<p>De quedar embarazada otra vez ¿Que edad (cuantos años) le gustaria que tuviera en ese momento su hijo menor?</p>	<p>AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> >614</p> <p>NO SABE 98</p>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
608	¿Su último hijo nació por operación cesárea?	SI 1 NO 2 SIN HIJOS 3	>610
609	La operación para no tener más hijos ¿Se la hicieron al mismo tiempo que la cesárea?	SI 1 NO 2	
610	¿Ud. lamenta que [su esposo] haya sido operado [operado] para no tener más hijos.?	SI 1 NO 2	>614
611	¿Por qué lo lamenta?	QUISIERA OTRO HIJO 1 FALTA DE SEXUALIDAD 2 PROBLEMAS DE SALUD 3 OTRO 4 (Especificar)	
614	VEA 211: [] SIN HIJOS [] Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? TIENE HIJOS [] Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿cuántos serían? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO [] RANGO : ENTRE Y OTRA RESPUESTA (Especificar)	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PAGE A PGTA.
702	<p>VEA 502 Y MARQUE :</p> <p>ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SOLTERA</p> <p><input type="checkbox"/> (PAGE A 716)</p> <p>PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O CONVI- VIENTE ACTUAL O ULTIMO.</p>		
703	<p>Ahora me gustaria hacerle unas pre- guntas sobre su actual (ultimo) esposo (conviviente)</p> <p>¿Alguna vez su esposo (conviviente) asistió a la escuela?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	<p>706</p>
704	<p>¿Cuál es el último año de estudios que él aprobó?</p>	<p>TRANSICION <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMARIA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>SUPERIOR <input type="checkbox"/> 3</p> <p>NO SABE 98</p>	<p>707</p>
706	<p>¿Puede (podia) él leer una carta o periódico con facilidad, con di- ficultad o no puede (podia) hacerlo?</p>	<p>CON FACILIDAD 1</p> <p>CON DIFICULTAD 2</p> <p>NO PUEDE (PODIA) HACERLO 3</p>	
707	<p>¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña (hó) principalmente él?</p> <p>INDAGUE: ¿Qué cosas hace (hacia), qué tareas realiza (ha) él princi- palmente en su trabajo?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA (BA) 00</p>	<p>712</p>
708	<p>MARQUE :</p> <p>NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGRO- PECUARIAS</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJA (TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS</p> <p><input type="checkbox"/> (PAGE A 710)</p>		
709	<p>¿Gana (ganaba) él un sueldo o sala- rio regularmente?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p>	<p>712</p>
710	<p>¿Trabaja (trabajó) él principalmen- te, en sus propias tierras, en tie- rras de sus familiares, o en tierras de otros?</p>	<p>TIERRA SUYA O DE FAMILIARES 1</p> <p>TIERRA DE OTROS 2</p>	<p>712</p>

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
711	¿Trabaja [trabajó] él, principalmente por dinero o trabaja [trabajó] por una parte de las cosechas?	DINERO 1 PARTE DE LAS COSECHAS 2 AMBOS 3 OTRO 4	
712	Ahora quisiera que me contara sobre los trabajos que ud. ha tenido. Antes que se uniera con su (primer) esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó usted para ganar dinero?	SI 1 NO 2	→714
713	En esa época ¿la mayor parte de lo que ganaba fué para Ud. misma o lo daba a su familia?	ELLA MISMA 1 SU FAMILIA 2	
714	¿Después que se unió con su [primer] esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó Ud. para ganar dinero?	SI 1 NO 2	→718A
716	¿Alguna vez ha trabajado Ud. para ganar dinero ?	SI 1 NO 2	→718C
717	¿De lo que ha ganado, la mayor parte ha sido para usted misma o para su familia?	ELLA MISMA 1 SU FAMILIA 2	
718A	Ahora hablaremos sobre su trabajo actual: En los últimos 7 días, ¿trabajó Ud?	SI 1 NO 2	→719
718B	En los últimos 7 días aunque Ud. no trabajó ¿tenía trabajo? INDAGUE : ¿No trabajó porque estaba Ud. de vacaciones, de licencia por enfermedad o maternidad, o por alguna otra razón?	SI 1 NO 2	→719
718C	¿Iuvo Ud. algún cachuelo en los últimos 7 días?	SI 1 NO 2	→719
718D	En los últimos 7 días, ¿trabajó o ayudó Ud. en un negocio propio o de un familiar? PARA AREA RURAL: En los últimos 7 días, ¿trabajó o ayudó Ud. en una chacra o granja propia o de un familiar?	SI 1 NO 2	→724

A			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	IPASE A IPBTA.
719	Por el trabajo que Ud. realiza ¿Le pagan en dinero, en especies, en dinero y en especies, o no le pagan?	EN DINERO 1 EN ESPECIES 2 EN DINERO Y EN ESPECIES 3 SIN PAGO 4	
720	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña Ud.? INDAGUE: ¿Qué cosas hace, qué tareas realiza Ud. principalmente en su trabajo? <input type="text"/>	
721	En su ocupación Ud. es LEA LAS ALTERNATIVAS	¿Trabajadora por cuenta propia? 1 ¿Patrona o empleadora? 2 ¿Empleada del gobierno? 3 -->723 ¿Empleada particular? 4 ¿Obrera? 5 ¿Empleada del hogar? 6 -->723 ¿Trabajadora familiar? 7	
722	¿A qué se dedica principalmente la empresa, institución o negocio en el que Ud. realiza su trabajo? <input type="text"/>	
723	¿Cuántas horas a la semana trabaja Ud. generalmente?	HORAS <input type="text"/> 90 O MAS HORAS 90	-->725
724	Ud. no trabajó durante la semana pasada, pero ¿trabajó durante los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2	
725	ANOTE LA HORA DE TERMINO	HORA <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

A

RESPECTO A LA PERSONA ENTREVISTADA : -----

RESPECTO A LAS PREUNTAS : -----

OTROS ASPECTOS : -----

=====

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

=====

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA DE DATOS

=====