

FASE



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION (CENAN)
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (DEVAN)

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

ENCUESTA SIMPLE DE CONSUMO
ESTUDIO "SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE INDICADORES
SIMPLES DE CONSUMO DE NUTRIENTES, RESPECTO AL
RECORDATORIO DE 24 HORAS, EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD"

DIRECCION DE LA VIVIENDA

CALLE / PASAJE / JIRON / AVENIDA / CARRETERA / CAMINO	Kilómetro	Grupo/Sector/Otro	Sección/Bloque/ Etapa/Zona	Manzana	Lote	Número	Piso	Interior/ Departamento

REFERENCIA	Comunidad, Urbanizaciones/AAHH, caseros, barrios, asociación de vivienda, etc.
------------	---

--	--

TELÉFONO DE REFERENCIA:

NOMBRE DE LA MADRE O CONTACTO:

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

"Investigar para proteger la salud"

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE INDICADORES SIMPLES DE CONSUMO DE NUTRIENTES, RESPECTO AL RECORDATORIO DE 24 HORAS, EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

Buenos días

Somos nutricionistas del Instituto Nacional de Salud.

Hemos venido por una encuesta que se realiza en su comunidad. Estudiamos el consumo de alimentos de los niños para mejorar su estado de nutrición en nuestro país.

Si acepta participar, le haremos algunas preguntas sobre la alimentación y la preparación de alimentos y tomaremos peso y talla y se desarrollará en 2 días distintos, el primer día durará aproximadamente 2 horas y el segundo día durará aproximadamente 1 hora.

Al terminar la encuesta, le informaremos sobre el estado de nutrición de sus niños, y le daremos recomendaciones profesionales sobre su alimentación.

Solo si lo desea, esta información se enviará a su centro o puesto de salud. Los datos recogidos se analizarán de manera anónima y, aparte de nosotros y los investigadores responsables del estudio, nadie más conocerá su identificación.

La encuesta no tiene costo alguno, y usted no tiene ninguna obligación a participar. Puede terminar su participación en el momento que lo desee y sin ninguna condición.

Para cualquier consulta sobre la encuesta puede dirigirse: Mag. Marianella Miranda, INS/CENAN, (051-1) 748-1111 EXT 6605 mmiranda@ins.gob.pe

Para cualquier consulta o reclamo sobre sus derechos puede dirigirse al Lic. Juan Pablo Aparco, Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud (051-1) 748-1111 EXT 6626 japarco@ins.gob.pe

Gracias.

He leído esta invitación a la persona responsable del hogar y he respondido todas sus preguntas.

La persona responsable en este hogar _____ identificado con DNI

N° _____ Firma/Huella _____ concede su autorización para la encuesta.

Acepto que los datos antropométricos sean enviados al EE.SS _____

Encuestador: _____ DNI _____ Firma/Huella _____

Testigo: _____ DNI _____ Firma/Huella _____

Lugar: _____ Fecha: _____

La copia firmada de este documento se entregará al responsable del hogar.

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE INDICADORES SIMPLES DE CONSUMO DE NUTRIENTES, RESPECTO AL RECORDATORIO DE 24 HORAS, EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

Buenos días

Somos nutricionistas del Instituto Nacional de Salud.

Hemos venido por una encuesta que se realiza en su comunidad. Estudiamos el consumo de alimentos de los niños para mejorar su estado de nutrición en nuestro país.

Si acepta participar, le haremos algunas preguntas sobre la alimentación y la preparación de alimentos y tomaremos peso y talla y se desarrollará en 2 días distintos, el primer día durará aproximadamente 2 horas y el segundo día durará aproximadamente 1 hora.

Al terminar la encuesta, le informaremos sobre el estado de nutrición de sus niños, y le daremos recomendaciones profesionales sobre su alimentación.

Solo si lo desea, esta información se enviará a su centro o puesto de salud. Los datos recogidos se analizarán de manera anónima y, aparte de nosotros y los investigadores responsables del estudio, nadie más conocerá su identificación.

La encuesta no tiene costo alguno, y usted no tiene ninguna obligación a participar. Puede terminar su participación en el momento que lo desee y sin ninguna condición.

Para cualquier consulta sobre la encuesta puede dirigirse: Mag. Marianella Miranda, INS/CENAN, (051-1) 748-1111 EXT 6605 mmiranda@ins.gob.pe

Para cualquier consulta o reclamo sobre sus derechos puede dirigirse al Lic. Juan Pablo Aparco, Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud (051-1) 748-1111 EXT 6626 japarco@ins.gob.pe

Gracias.

He leído esta invitación a la persona responsable del hogar y he respondido todas sus preguntas.

La persona responsable en este hogar _____ identificado con DNI

N° _____ Firma/Huella _____ concede su autorización para la encuesta.

Acepto que los datos antropométricos sean enviados al EE.SS _____

Encuestador: _____ DNI _____ Firma/Huella _____

Testigo: _____ DNI _____ Firma/Huella _____

Lugar: _____ Fecha: _____

La copia firmada de este documento se entregará al responsable del hogar.



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
							DE		

100. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y HOGAR

Id Informante

Nº	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	Nº	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
101	¿Cuál es el material predominante en paredes exteriores?	106	¿Qué tipo de alumbrado tiene su hogar?	
	LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 1		ELECTRICIDAD 1	
	ADOBE O TAPIA 2		KEROSENE /PETROLEO..... 2	
	QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 3		VELA 3	
	PIEDRA CON BARRO 4		OTRO (especifique) 4	
	MADERA 5	NINGUNO..... 5		
	ESTERA 6		107	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?
	OTRO 7	HABITACIONES <input type="text"/>		
(ESPECIFIQUE)		108	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	
NINGUNO 8	HABITACIONES <input type="text"/>			
102	¿Cuál es el material predominante en los techos de su vivienda?			
	CONCRETO ARMADO..... 1			
	MADERA..... 2			
	ETERNIT O CALAMINA 3			
	PAJA O ESTERA O CAÑA..... 4			
	PLASTICO O CARTON O TELA..... 5			
	TEJAS..... 6			
	QUINCHA..... 7			
	LLUVISOL..... 8			
	PALMERA U HOJAS DE PALMERA..... 9			
	OTRO 10			
(ESPECIFIQUE)				
NINGUNO 11				
103	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?			
	PARQUET O MADERA PULIDA 1			
	LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS O SIMILARES 2			
	LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES 3			
	MADERA (ENTABLADOS) 4			
	CEMENTO / FALSO PISO 5			
	TIERRA / ARENA/ RIPIO 6			
OTRO 7				
(ESPECIFIQUE)				
104	El abastecimiento de agua en su hogar habitualmente procede de:			
	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1			
	RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA..... 2			
	PILÓN / GRIFO PUBLICO..... 3			
	POZO..... 4			
	RIO/ ACEQUIA/ MANANTIAL..... 5			
	CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 6			
OTRO 7				
(ESPECIFIQUE)				
105	Cual es el tipo de servicio higiénico que usan los miembros de su hogar.			
	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1			
	RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA..... 2			
	LETRINA(BAJO PAUTAS TECNICAS)..... 3			
	POZO CIEGO O NEGRO/SILO (ORIFICIO SIMPLE) .. 4			
	POZO SÉPTICO 7			
	RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 5			
OTRO 6				
(ESPECIFIQUE)				

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR		AÑO		MES		DÍA		HORA		CONGLOMERADO		VIVIENDA		HOGAR		NADM	
														DE			

200 CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR																	ID Informante
201 ID	202 A NOMBRES	202B PARENTESCO CON EL(LA) JEFE(A) DE HOGAR	203 SEXO	205 EDAD	EDUCACION [Si >= 03a]		209	210 ACTIVIDAD Mes Ant. [Si >= 03a]									
				¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	209B Máximo nivel alcanzado: 0. No lee no escribe 1. Solo lee 2. Lee + Escribe 3. Preescolar 4. Primaria 5. Secundaria 6. Sup. Técnico 7. Sup. Universitario 9. NS/NR	209E Este año, ¿está matriculado en algún programa regular de educación/asiste?											
		1.Jefe 2.Conyugue 3.Hijo 4.Hijo político 5.Padres 6.Hermanos 7.Nietos 8.Abuelos 9.Otros fam. consang. 10.Otros fam. políticos 11.Ninguno	1. M 2. F			1. Matriculado y asiste actualmente 2. Matriculado pero NO asiste actualmente. 3.No 4. No aplica											
	Primer nombre	Código	M/F	Años	Código	Código	Código	Código									
01		1	1 2														
02			1 2														
03			1 2														
04			1 2														
05			1 2														
06			1 2														
07			1 2														
08			1 2														
09			1 2														
10			1 2														
11			1 2														
12			1 2														



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

300. PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL NIÑO/A MENOR DE 24 MESES

301	VEA EN 201 y 202A EL NOMBRE DE LA MADRE Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID)	NOMBRE DE MADRE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) MADRE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) INFORMANTE NOMBRE DE NIÑO(A) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) NIÑO(A)																																																		
303	Fecha de Nacimiento (NOMBRE DEL NIÑO). Pedir algún documento que acredite la fecha de nacimiento del niño. tales como, PARTIDA DE NACIMIENTO, DNI, CARNET CRED.	<table><tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Día	Mes	Año																																															
Día	Mes	Año																																																		
307 C	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE DEL NIÑO/A)?	1 Si 2 No (Pase383) 98 No sabe (Pase383)																																																		
308	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE DEL NIÑO/A) empezó a tomar leche materna? o lo puso al pecho para lactar? Si menos de una hora, circule "000". Si menos de 24 horas marque 1 y anote las horas. Si más de 24 horas marque 2 y anote en días.	INMEDIATAMENTE HORAS DÍAS 000 <table><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	1			2																																														
1																																																				
2																																																				
311	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE DEL NIÑO/A)?	1 Si (Pase a 383) 2 No																																																		
312	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE DEL NIÑO/A)?	MESES <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE 9 8																																																		
383	A qué edad empezo a darle ? a. Aguita / mate / infusion/otros liquidos? b. Jugos de fruta? c. Leche maternizadas en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.) c1. Otras leches (fresca, evaporada o en polvo)? d. Caldos ? d1. Sopas? e. Papillas / purés / mazamorras? f. La comida de los grandes ?	<table><tr><th>EDAD</th><th>UNIDAD DE TIEMPO</th></tr><tr><td>a.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>b.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>c.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>c1.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>d.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>d1.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>e.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>f.</td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr></table> Códigos 1 = días 2 = meses 8 = Aun no le da 9 = NS/NR * Si la respuesta es "durante el primer día" se escribirá "01" día	EDAD	UNIDAD DE TIEMPO	a.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	b.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	c.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	c1.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	d.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	d1.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	e.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	f.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9
EDAD	UNIDAD DE TIEMPO																																																			
a.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
b.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
c.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
c1.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
d.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
d1.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
e.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
f.	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9																																															
1	2	8	9																																																	
319	Ahora quisiera preguntarle sobre los tipos de líquidos que (NOMBRE DEL NIÑO/A) bebió ayer durante el día y la noche. Le dio usted ayer a (NOMBRE DEL NIÑO/A) (LEA TODAS LAS RESPUESTAS)	1 ¿Solo agua ? (sin mezclar con nada) 2 ¿Fórmula infantil? (Leche en polvo especial para bebés como NAM, S26, SIMILAC, etc) 3 ¿Leche de tarro? (evaporada) 4 ¿Cualquier otra leche ? (fresca o en polvo como ANCHOR, GLORIA, incluye otros suplementos como PEDIASURE, etc) 5 ¿Jugo de fruta? 6 ¿Otro líquido? (agua azucarada, te, café, refresco, gaseosas) 7 ¿Caldos? 8 Ninguno																																																		

370	MINSa - INS/CENAN	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
										DE	

¿Con que frecuencia consume (nombre del alimento) (NOMBRE DEL NIÑO)?

Repreguntar: A la semana cuantos días consume (Nombre del alimento) (nombre del niño)?

Repreguntar: Al mes cuantos días consume (Nombre del alimento) (nombre del niño)?

Puede describir las siguientes alternativas , en caso:

Aún no consume 88

No sabe/No recuerda 98

N°	Nombre Del Alimento	4 a 6 veces a la semana	2 o 3 veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	rara vez o Nunca (menos de una vez al mes)
01	Leche fresca					
02	Leche evaporada					
03	Queso					
04	Huevo					
05	Carne de Pollo					
06	Hígado de pollo					
07	Carne de res					
08	Hígado de res					
09	Carne de camero					
10	Pescado					
11	Fideos					
12	Moron de trigo					
13	Maíz (chancha, mote)					
14	Habas secas					
15	Arroz					
16	Pan					
17	Galletas					
18	Avena					
19	Lentejas					
20	Frijol seco					
21	Papa					
22	Camote					
23	Zapallo					
24	Zanahoria					
25	Manzana					
26	Mandarina					
27	Uva					
28	Platano					
29	Durazno					
30	Papaya					
31	Azúcar Rubia					

SUPLEMENTACION DEL NIÑO/A DE 6 A 23 MESES		
325	El día de ayer, el (NOMBRE DEL NIÑO/A) ha consumido alimentos fortificados? (como las Leches maternizadas tipo Nan, Enfamil, Crecer, Similac, S26, Enfagrow, Nido, Isomil, u otro similar?; ó algún suplemento alimenticio tipo Sustagen, Enfalac, Ensure, Pediasure, u otro similar?)	<div>1 Si Especifique : _____</div> <div>2 No _____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
326	El día de ayer, el (NOMBRE DEL NIÑO/A) ha consumido algún multivitamínico, vitaminas o suplementos que contengan hierro? (tipo chispitas, sulfato ferroso, feranin, u otros?)	<div>1 Si Especifique : _____</div> <div>2 No _____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

400. ANTROPOMETRIA

401. ANTROPOMETRIA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 23 MESES DE EDAD

ID niño 201		Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
401B Resultado de la medición			
1 Medido			
2 Niño Enfermo			
3 No presente			
4 Niño rechazó			
5 Madre rechazó			
6 Otro			
401C Peso en kilos (00.00)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
401E Talla en cm (000.00)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
401G Prendas			
Cant.	Cod	Descripción	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

401 H: PRENDAS PESADAS

Cant.	Peso	Descripción
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

<div></div>

[illegible][illegible]

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR			NADM
								DE		

500. OBSERVACIONES

[illegible]

ANEXO 1

TIPO DE PREPARACION	
A1	BEBIDAS CALIENTES O REFRESCOS
A2	BEBIDAS A BASE DE TE, CAFÉ O DERIVADOS DE CACAO
A3	BEBIDAS O INFUSIONES A BASE DE HIERBAS
A4	BEBIDAS ALCOHOLICAS
A5	AGUA Y BEBIDAS SIN AZUCAR
B	COCIMIENTOS
C1	CALDOS SIN CARNE Y/O HUEVO
C2	CALDOS CON CARNE Y/O HUEVO
D	SOPAS
E	CREMAS
F	CHUPES
G	SEGUNDOS
H	HUEVOS
I1	PURES SIN LECHE Y/O CARNE
I2	PURES CON LECHE Y/O CARNE
J1	BOCADILLOS DULCES
J2	BOCADILLOS SALADOS
J3	BOCADILLOS MIXTOS
K	ENSALADAS
L1	FRUTAS ENTERAS
L2	JUGO DE FRUTAS
M	ENTRADAS
N	POSTRES
O	PAN
P	SANGUCHES
Q	VITAMINAS
U	LECHE Y DERIVADOS
R	ADEREZOS
T	FRITURAS
S	LECHE MATERNA