



MINSA – INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		

## ENCUESTA DE SALUD

### ESTUDIO ESTIMACION DE VARIANZA INTRA E INTER INDIVIDUALES PARA LA DETERMINACION DE LA INGESTA DE NUTRIENTES

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

DIRECCION DE LA VIVIENDA								
CALLE/PASAJE/JIRON/AVENIDA/CARR ETERA/CAMINO	Kilómetro	Grupo/Sector/Otro	Sección/Bloque/Eta pa/Zona	Manzana	Lote	Número	Piso	Interior/Departam ento
REFERENCIA				Comunidad, Urbanizaciones/AAHH, caseríos, barrios, asociación de vivienda,etc.				



MINSA - INSCENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								DE	

100. CARACTERÍSTICAS 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"/> <input type="text"/>
(ESPECIFIQUE)	108	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	
NINGUNO ..... 8		HABITACIONES ..... <input type="text"/> <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)			
	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 <b>DENTRO</b> DE LA VIVIENDA..... 1		
	RED PUBLICA <b>FUERA</b> DE LA VIVIENDA..... 2		
	PILÓN / GRIFO PUBLICO..... 3		
	POZO..... 4		
	RIO/ ACEQUIA/ MANANTIAL..... 5		
	CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 6		
OTRO ..... 7			
(ESPECIFIQUE)			
105	El servicio higiénico de su hogar está conectado a:		
	RED PUBLICA <b>DENTRO</b> DE LA VIVIENDA..... 1		
	RED PUBLICA <b>FUERA</b> DE LA VIVIENDA..... 2		
	LETRINA(BAJO PAUTAS TECNICAS)...Pase 105A ..... 3		
	POZO CIEGO O NEGRO/SILO (ORIFICIO SIMPLE) .. 4		
	RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 5		
OTRO ..... 6			
(ESPECIFIQUE)			



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								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	209 EDUCACION [ Si >= 03a]		210 ACTIVIDAD Mes Ant. [Si >= 03a]
	<p>Señor(a), ¿Podría indicarme el nombre de las personas que viven con el niño (a) y estuvieron presentes en este hogar, el día de ayer ? ¿hay alguna otra persona, que no haya mencionado, y que estuvo presente ayer?</p> <p>(Primero el JEFE del hogar, a continuación su cónyuge, y luego los hijos en orden descendente, seguidos por los demás miembros en el hogar)</p>	1.Jefe 2.Conyuque 3.Hijo/hijastro 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	¿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. Matriculado y asiste actualmente 2. Matriculado pero NO asiste actualmente. 3.No	1. Trabajador dependiente asalariado 2. Trabajador independiente 3. Empleador 4. Servicio doméstico 5. Buscando trabajo 6. Quehaceres del hogar 7. Estudiante 8. Jubilado 9. Trabajador familiar no remunerado 10 Sin actividad 11. NS/NR
	Primer nombre	Código	M/F	Años	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				

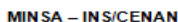


MINSA – INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR	
							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)	<table><tr><td>NOMBRE</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) MADRE</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) INFORMANTE</td><td colspan="3"></td></tr></table>	NOMBRE				NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) MADRE				NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) INFORMANTE																																									
NOMBRE																																																				
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) MADRE																																																				
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) INFORMANTE																																																				
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)?	<table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>2</td><td>No (Pase383)</td></tr><tr><td>98</td><td>No sabe (Pase383)</td></tr></table>	1	Si	2	No (Pase383)	98	No sabe (Pase383)																																												
1	Si																																																			
2	No (Pase383)																																																			
98	No sabe (Pase383)																																																			
308	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE DEL NIÑO/A) empezó a tomar pecho? o lo puso al pecho?  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.	<table><tr><td>INMEDIATAMENTE</td><td>000</td></tr><tr><td>HORAS</td><td>1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>DÍAS</td><td>2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table>	INMEDIATAMENTE	000	HORAS	1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			DÍAS	2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																										
INMEDIATAMENTE	000																																																			
HORAS	1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																			
DÍAS	2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																			
311	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE DEL NIÑO/A)?	<table><tr><td>1</td><td>Si (Pase a 383)</td></tr><tr><td>2</td><td>No</td></tr></table>	1	Si (Pase a 383)	2	No																																														
1	Si (Pase a 383)																																																			
2	No																																																			
312	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE DEL NIÑO/A)?	<table><tr><td>MESES</td><td><table><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>NO SABE</td><td>9 8</td></tr></table>	MESES	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			NO SABE	9 8																																												
MESES	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																			
NO SABE	9 8																																																			
383	A que edad empezo a darle ? a. Aguita / mate / infusion/otros liquidos b. Jugos c. Leche no materna o fórmulas d. Caldos o 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. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>b. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>c. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>d. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>e. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr><tr><td>f. <table><tr><td></td><td></td></tr></table></td><td><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table></td></tr></table> <p>↑</p> <p>Códigos 1 = días 2 = meses 8 = Aun no le da 9 = NS/NR</p> <p>* Si la respuesta es "durante el primer día" se escribirá "01" día</p>	EDAD	UNIDAD DE TIEMPO	a. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	b. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	c. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	d. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	e. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	8	9	f. <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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></td><td></td></tr></table>			<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)	<table><tr><td>1</td><td>¿Solo agua ?</td></tr><tr><td>2</td><td>¿Fórmula infantil?</td></tr><tr><td>3</td><td>¿Leche de tarro?</td></tr><tr><td>4</td><td>¿Cualquier otra leche o de vaca?</td></tr><tr><td>5</td><td>¿Jugo de fruta?</td></tr><tr><td>6</td><td>¿Otro líquido(agua azucarada,te, café, refresco)</td></tr><tr><td>7</td><td>¿Caldos?</td></tr><tr><td>8</td><td>Ninguno</td></tr></table>	1	¿Solo agua ?	2	¿Fórmula infantil?	3	¿Leche de tarro?	4	¿Cualquier otra leche o de vaca?	5	¿Jugo de fruta?	6	¿Otro líquido(agua azucarada,te, café, refresco)	7	¿Caldos?	8	Ninguno																																		
1	¿Solo agua ?																																																			
2	¿Fórmula infantil?																																																			
3	¿Leche de tarro?																																																			
4	¿Cualquier otra leche o de vaca?																																																			
5	¿Jugo de fruta?																																																			
6	¿Otro líquido(agua azucarada,te, café, refresco)																																																			
7	¿Caldos?																																																			
8	Ninguno																																																			
321	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE DEL NIÑO/A) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? Si, responde Sí, cuántas veces?	<table><tr><td>No Sabe</td><td>98</td><td><table><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table>	No Sabe	98	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																															
No Sabe	98	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																		



ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								DE	

323

A CONTINUACIÓN SOLICITE AL INFORMANTE RECORDAR LOS ALIMENTOS QUE LE OFRECIO AYER AL NIÑO(A) DESDE QUE SE DESPERTÓ, DURANTE EL DÍA HASTA QUE SE DURMIÓ EN LA NOCHE. DENTRO Y FUERA DE LA CASA

(Considere de preferencia el registro de los ingredientes "ofrecidos").

[illegible]



MINSA – INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								DE	

							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2

324	<p>¿Cuántas veces a la semana [NOMBRE] come los siguientes alimentos? [ veces/semana]</p> <p>Marcar el número de veces que corresponda: O utilizar los códigos</p> <table><tr><td>Nunca</td><td>0</td></tr><tr><td>Menos de 1/sem</td><td>77</td></tr><tr><td>Aún no consume</td><td>88</td></tr><tr><td>No sabe/No recuerda</td><td>99</td></tr></table>	Nunca	0	Menos de 1/sem	77	Aún no consume	88	No sabe/No recuerda	99	<table><thead><tr><th>N°</th><th>Nombre Del Alimento</th><th>Nro. Veces semana</th></tr></thead><tbody><tr><td>01</td><td>Pollo Higado</td><td></td></tr><tr><td>02</td><td>Pollo</td><td></td></tr><tr><td>03</td><td>Huevo</td><td></td></tr><tr><td>04</td><td>Leche y derivados</td><td></td></tr><tr><td>05</td><td>Arroz</td><td></td></tr><tr><td>06</td><td>Lentejas</td><td></td></tr><tr><td>07</td><td>Mango</td><td></td></tr></tbody></table> <table><thead><tr><th>N°</th><th>Nombre Del Alimento</th><th>Nro. Veces semana</th></tr></thead><tbody><tr><td>08</td><td>Zanahoria</td><td></td></tr><tr><td>09</td><td>Camote amarillo</td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>Zapallo</td><td></td></tr></tbody></table>	N°	Nombre Del Alimento	Nro. Veces semana	01	Pollo Higado		02	Pollo		03	Huevo		04	Leche y derivados		05	Arroz		06	Lentejas		07	Mango		N°	Nombre Del Alimento	Nro. Veces semana	08	Zanahoria		09	Camote amarillo		10	Zapallo	
Nunca	0																																													
Menos de 1/sem	77																																													
Aún no consume	88																																													
No sabe/No recuerda	99																																													
N°	Nombre Del Alimento	Nro. Veces semana																																												
01	Pollo Higado																																													
02	Pollo																																													
03	Huevo																																													
04	Leche y derivados																																													
05	Arroz																																													
06	Lentejas																																													
07	Mango																																													
N°	Nombre Del Alimento	Nro. Veces semana																																												
08	Zanahoria																																													
09	Camote amarillo																																													
10	Zapallo																																													
325	El día de ayer , el niño ha consumido alimentos fortificados? (como las Leches maternizadas tipo Nan, Enfamil, Crecer, Similac, S26, Enfagrow, Nido, Isomil, u otro similar?; y suplementos alimenticios tipo Sustagen, Enfalac, Ensure, Pediasure, u otro similar?)	1 Si Especifique : _____ 2 No																																												
326	El día de ayer , el niño ha consumido vitaminas o suplementos que contengan hierro? (tipo chispitas , sulfato ferroso, feranin, u otros?)	1 Si Especifique : _____ 2 No																																												

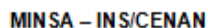


MINSA – INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								DE	

---

◀



ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		
								DE	

## 400. ANTROPOMETRIA

## 401. ANTROPOMETRIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 24 MESES

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

### OBSERVACIONES

[illegible]