



MINSA - INSCENAN
MONIN-CRECER 2007

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	AMBITO	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR
	200							

IDENTIFICACIÓN									
A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA					B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
DEPARTAMENTO _____					AREA URBANA				
PROVINCIA _____					ZONA [][]				
DISTRITO _____					MANZANA N° [][]				
CENTRO POBLADO [][][][]					AREA RURAL				
TIPO DE CENTRO POBLADO [][]					A.E.R. [][]				
NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR									
A. APELLIDO PATERNO:					B. APELLIDO MATERNO:				
C. NOMBRES:									
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, caseríos, barrios, asociación de vivienda, etc.				
DATOS DEL EQUIPO									
A. CARGO	B. APELLIDOS	C. DNI	D. CODIGO	E. FECHA					
				d	d	m	m	a	a
Encuestador 1									
Encuestador 2									
Critico-codificador								0	7
Supervisor									
Digitador								0	7
Bioquímico									

Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
MONITOREO NACIONAL DE INDICADORES NUTRICIONALES - Formulario de Consentimiento

El Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) está realizando la encuesta Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) que permitirá identificar la población con problemas nutricionales así como la deficiencia de yodo y vitamina A, importantes para el adecuado crecimiento y la prevención de enfermedades respiratorias y digestivas. Los resultados que se obtengan facilitarán el diseño de políticas y programas en beneficio del niño y la mujer en edad fértil.

La encuesta se lleva a cabo en diferentes zonas de nuestro país (Lima Metropolitana, resto Costa, Sierra Urbana, Sierra rural y Selva), en mujeres entre 15 y 49 años y niños menores de cinco años y tendrá una duración aproximada de 3 meses entre la recolección de datos, procesamiento y análisis. Los responsables de la recolección de datos, son profesionales de la salud especializados en el diagnóstico nutricional, recojo de muestras de sangre y orina.

Los hogares han sido seleccionados al azar. En cada hogar seleccionado se aplicará la encuesta de salud (incluye preguntas sobre su vivienda, los miembros de su hogar, sobre la alimentación del niño y la toma de medidas de peso y talla). Asimismo, en cada hogar se seleccionará una mujer en edad fértil y un niño menor de 5 años, a quienes se les extraerá una muestra 4 ml de sangre, de una vena del brazo, esta cantidad es como una cucharadita, la misma que servirá para conocer si tienen deficiencia de vitamina A. Para determinar si tienen anemia, se les extraerá una gota de sangre mediante la punción en un dedo, o, si se trata de un niño menor de 4 meses, en la planta del pie. Sólo sentirán un pequeño pinchazo y en algunos casos una molestia, pero como la cantidad de sangre es muy pequeña, la persona no se sentirá enferma o débil. Se determinará la deficiencia de yodo a aquellas mujeres seleccionadas, ya sea que se encuentren gestando o dando de lactar. Se les pedirá que orine directamente en un vaso descartable que le proporcionaremos. Todos los procedimientos serán efectuados por personal especialmente capacitado.

Todas las actividades realizadas en su hogar, así como la entrega de resultados serán totalmente gratuitas. Cabe resaltar que de ninguna manera, en ningún caso se darán a conocer los nombres de las personas entrevistadas. Los resultados de los niveles de hemoglobina serán entregados y explicados en forma inmediata, mientras que los resultados sobre el nivel de vitamina A y yodo, serán entregados al establecimiento de salud de referencia al mes de realizada esta entrevista. La entrega de resultados es personal.

La presente encuesta generará información que estará disponible para conocimiento público en “bases de datos” las cuales no contendrán nunca información sobre su identidad, protegiendo su privacidad.

Si usted y los miembros seleccionados de su hogar, están de acuerdo en participar en la encuesta y que le extraigan la muestra de sangre, por favor deje constancia de su consentimiento firmando a continuación. Recuerde que no está obligado a hacerlo. Nadie se va a molestar ni a fastidiar si no desea participar. Si usted lo desea, en cualquier momento puede cambiar de opinión y dejar de participar.

Cualquier consulta o sugerencias sobre, comunicarse con el Licenciado José Sánchez Abanto en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición –CENAN, Jr. Tizón y Bueno 276, Jesús María-Lima, Teléfono: 461-0800. Si tiene preguntas o dudas sobre sus derechos puede llamar al QF Luis Enrique Moreno Exebio, Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud al teléfono 471-9920, anexo 148, Capac Yupanqui 1400 Jesús María Lima 11.

Fecha ____ del mes de ____ del año 200__

Nombre (firma por)	PARTICIPA	DNI	Firma o huella digital
	MEF Hemoglobina SI() NO() Retinol SI() NO() Ioduria SI() NO()		
	NIÑO Hemoglobina SI() NO() Retinol SI() NO()		
	Hemoglobina SI() NO()		
	Hemoglobina SI() NO()		
	Hemoglobina SI() NO()		
	Hemoglobina SI() NO()		
	TESTIGO		
	ENCUESTADOR		

100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y HOGAR

Nº	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	Nº	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
101	¿Cuál es el material predominante en paredes exteriores? LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 1 ADOBE O TAPIA 2 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 3 PIEDRA CON BARRO 4 MADERA 5 ESTERA 6 OTRO 7 (ESPECIFIQUE) NINGUNO 8	106	¿Qué tipo de alumbrado tiene su hogar? ELECTRICIDAD 1 KEROSENE /PETROLEO..... 2 VELA 3 OTRO 4 (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... 5
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)	107	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar? HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>
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)	108	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir? HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>
104	El abastecimiento de agua en su hogar 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)	109	¿Cuál es el combustible que utilizan mas frecuentemente en su hogar para cocinar? ELECTRICIDAD 1 GAS 2 KEROSENE 3 CARBÓN 4 LEÑA 5 PAJA/ARBUSTO/HIERBA..... 6 BOSTA(ESTIERCOL DE ANIMAL)..... 7 OTRO 8 (ESPECIFIQUE) NO COCINA 9
105	El servicio higiénico de su hogar está conectado a: RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1 RED PUBLICA FUERA 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) Pase a 106	109A	¿El fogón o la estufa cuenta con chimenea u otro conducto para evacuar el humo? SI..... 1 NO..... 2
105A	¿La letrina fue construida bajo pautas de alguna institucion SI..... 1 NO...(PASE A 105C)..... 2	109B	¿Contó con asesoramiento para elaborar su cocina? SI..... 1 NO...(PASE A 109D)..... 2
105B	¿Puede indicarme el nombre de la institucion ONG 1 MUNICIPIO 2 GOBIERNO REGIONAL 3 OTRO 4 (ESPECIFIQUE)	109C	¿Quien lo asesoró? ONG 1 MUNICIPIO 2 GOBIERNO REGIONAL 3 OTRO..... 4
105C	Circule las características de la letrina observada TIENE TUBO DE VENTILACION 1 TIENE TAZA O PLANCHA CON TAPA 2 TIENE PISO CONSTRUIDO 3 TIENE PAPELERA 4	109D	¿Dónde se encuentra construida su cocina? EN CASA 1 EN CUARTO SEPARADO 2 A CAMPO ABIERTO 3 OTRO..... 4
		110	¿Tiene en su hogar: ELECTRICIDAD 1 2 RADIO 1 2 TELEVISOR 1 2 TELÉFONO 1 2 REFRIGERADORA 1 2 COMPUTADORA 1 2
		111	¿Algún miembro de su hogar tiene: BICICLETA / TRICICLO 1 2 8 MOTOCICLETA 1 2 8 CARRO 1 2 8 OTRO medio de transporte 1 2 8 (ESPECIFIQUE)
		100A	CONSUMO DE SAL YODADA 151 SOLICITE UNA CUCHARITA DE LA SAL QUE UTILIZAN PARA COCINAR, APLIQUE EL REACTIVO Y MARQUE EL CODIGO SEGUN EL COLOR QUE OBSERVE: Tenue a morado (15 a + PPM de Yodo)..... 1 Muy tenue (< 15 PPM de Yodo)..... 2 Blanco (0 PPM de Yodo)..... 3
		152	REGISTRE LA MARCA DE SAL: NS 9
ALTITUD (msnm) _____ Fuente: Registro Catastral.....1 Otro.....3 Estadística.....2 No se pudo.....4			

200 CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

201 IDENT	202 A NOMBRES Y APELLIDOS	202 B PARENTES CO CON EL JEFE DE HOGAR	203 SEXO	204 EDAD	205 ESTAD FISIOLOG. Solo MEF	206 EDAD GESTAC Si 205=1 ó 4	207 ESTADO CIVIL Si >= 15 a	208 EDUCACION [Si >= 06a]					209 ACTIVIDAD Sem. Ant. [Si >= 06a]	210 Elegibilidad	
	Señor(a). ¿Podría darme los datos de las personas que viven en este hogar? (Primero el JEFE del hogar, a continuación su cónyuge, y luego los hijos en orden descendente, seguidos por los demás residentes en el hogar) Residente: Persona que ha pernoctado en la vivienda al menos 9 semanas durante los tres meses anteriores a la entrevista. Si ha pernoctado en más de una vivienda, y en ninguna de ellas cumple el requisito de 9 semanas, se le considerará residente de aquella vivienda en la cual pernoctó el mayor número de veces.	1.Jefe 2.Conyugue 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?	1. Gestante 2. Lactante 3. No L/G 4. Gest y Lact. 9. NS/NR	Si 205=1 ó 4. Semanas, 99 NS/NR	1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado 5 Conviviente 6 Separado	208A Total años de estudios culminados	208B Máximo nivel alcanzado: 0. No lee no escribe 1. Solo lee 2. Lee + Escribe 3. Primaria 4. Secundaria 5. Sup. Técnico 6.Sup. Universitario 9. NS/NR	208C Este año, ¿está matriculado en algún programa regular de educación?	208D Actualmente, ¿Asiste a algún programa de alfabetización?	208E ¿Participa de algún programa de alfabetización? PRONAM A?	1. Trabaja 2. No trabaja: estudia 3. No trabaja: jubilado 4. No trabaja: desempleado 9. NS/NR	210A Menor de 5 años Retinol Marcar X	210B MEF Retinol y Yoduria Marcar X
01		1	1 2							1 2	1 2	1 2			
02			1 2							1 2	1 2	1 2			
03			1 2							1 2	1 2	1 2			
04			1 2							1 2	1 2	1 2			
05			1 2							1 2	1 2	1 2			
06			1 2							1 2	1 2	1 2			
07			1 2							1 2	1 2	1 2			
08			1 2							1 2	1 2	1 2			
09			1 2							1 2	1 2	1 2			
10			1 2							1 2	1 2	1 2			
11			1 2							1 2	1 2	1 2			
12			1 2							1 2	1 2	1 2			
13			1 2							1 2	1 2	1 2			
14			1 2							1 2	1 2	1 2			
15			1 2							1 2	1 2	1 2			
16			1 2							1 2	1 2	1 2			

S200A

300A. IDENTIFICACION DEL MENOR DE 60 MESES

CUESTIONARIO ADICIONAL

301	VEA EN 201 y 202A EL NOMBRE DE LA MADRE Y NUMERO DE ORDEN (Usar un formato por cada madre y sus hijos)	NOMBRE _____ NÚMERO DE ORDEN _____	
302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN _____	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN _____
303	FECHA DE NACIMIENTO	Fecha _____ d d m m a a a a	Fecha _____ d d m m a a a a
304	¿(NOMBRE) fue inscrito en la Municipalidad u Hospital? Si es "SI", SOLICITE QUE LE MUESTRE LA PARTIDA O ACTA DE NACIMIENTO	SI, y muestra la partida..... 1 SI, pero no muestra la partida..... 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 306) ←	SI, y muestra la partida..... 1 SI, pero no muestra la partida..... 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 306) ←
305	UBICAR EN LA PARTIDA DE NACIMIENTO EL CODIGO UNICO DE IDENTIFICACION (CUI) Y ANOTAR EL NUMERO (8 digitos y una letra)	NO TIENE CUI..... 1 _____	NO TIENE CUI..... 1 _____
306	¿(NOMBRE), está afiliada (ado) al Seguro Integral de Salud (SIS)? Si es "SI", SOLICITE LA FICHA DE AFILIACION	SI, y muestra la FICHA..... 1 SI, pero no muestra la FICHA..... 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 307) ←	SI, y muestra la FICHA..... 1 SI, pero no muestra la FICHA..... 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 307) ←
306A	UBICAR EN LA FICHA DE AFILIACION EL NUMERO O CODIGO DE AFILIADO Y LA FECHA DE AFILIACION (12 digitos)	Codigo _____ Fecha _____ d d m m a a a a	Codigo _____ Fecha _____ d d m m a a a a

300B. LACTANCIA Y ALIMENTACION DEL MENOR DE 60 MESES

307A	¿Cuando estuvo embarazada de(NOMBRE) cuantos controles prenatales se realizo?	Nro DE VECES..... NO SABE..... 98	Nro DE VECES..... NO SABE..... 98
307B	¿Donde nacio..... (NOMBRE)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO DE.. (NOMBRE) ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO: _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MEDICO PARTIC..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MEDICO PARTIC..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
307C	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 313) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 313) ←
308	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle 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.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 DIAS..... 2	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 DIAS..... 2
309	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz, antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 311) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 311) ←
310	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente? ¿Algo más? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... 1 AGUA SOLA..... 2 DEXTROSA GLUCOSADA..... 3 AGUA AZUCARADA..... 4 JUGO DE FRUTA..... 5 FORMULA PARA BEBES..... 6 TE/INFUSIONES..... 7 MIEL..... 8 OTRO..... 9 ESPECIFIQUE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... 1 AGUA SOLA..... 2 DEXTROSA GLUCOSADA..... 3 AGUA AZUCARADA..... 4 JUGO DE FRUTA..... 5 FORMULA PARA BEBES..... 6 TE/INFUSIONES..... 7 MIEL..... 8 OTRO..... 9 ESPECIFIQUE
311	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 314) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 314) ← NO..... 2
312	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98

S300A [001]

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
313	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 MADRE MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 MADRE MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
314	¿Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 316) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 316) ←
315	¿En qué lugar recibió la capacitación? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO: _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
316	VERIFIQUE 311: ¿LACTANDO?	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA <input type="checkbox"/> (PASE A 319)	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA <input type="checkbox"/> (PASE A 319)
317	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
318	¿Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6p.m a 6a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
319	Ahora quisiera preguntarle acerca de los tipos de líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día y la noche Le dio usted ayer a (NOMBRE) LEA TODAS LAS RESPUESTAS	¿Agua corriente? 1 ¿Fórmula infantil? 2 ¿Leche de tarro?..... 3 ¿Cualquier otra leche o de vaca? 4 ¿Jugo de fruta?..... 5 ¿Algún otro líquido (agua azucarada, te, café, refresco)..... 6 ¿Caldos?..... 7 Ninguno 8	¿Agua corriente? 1 ¿Fórmula infantil? 2 ¿Leche de tarro?..... 3 ¿Cualquier otra leche o de vaca? 4 ¿Jugo de fruta?..... 5 ¿Algún otro líquido (agua azucarada, te, café, refresco)..... 6 ¿Caldos?..... 7 Ninguno 8

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NINO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																								
320	Ahora quisiera preguntarle acerca del tipo de comidas que (NOMBRE) comió ayer durante el día y la noche Le dio usted ayer a (NOMBRE) LEA TODAS LAS RESPUESTAS	No come → Pase 322 00 ¿Alimento de granos (millo, sorgo, maíz, arroz, trigo o avena, cebada, quinua)? 1 ¿Calabaza, camote rojo o amarillo, chayote, zanahorias?..... 2 ¿Alimentos de raíces o tubérculos (papa blanca, mandioca, yuca, racacha, oca, olluco)? 3 ¿Algún vegetal de hoja verde (espinaca, acelga, brócoli, alfalfa)? 4 ¿Mango, papaya (u otra fruta local rica en Vitamina A)?..... 5 ¿Algún otro vegetal, mezcla de vegetales o fruta? 6 ¿Carne, aves, pescado, mariscos, vísceras, menudencias o huevos? 7 ¿Alimentos con legumbres (lentejas, frijoles, arveja, soya o maní)? 8 ¿Lácteos (Queso o yogur)? 9 Preparados de programas de suplementación alimentaria 11 Ayer no comió 12	No come → Pase 322 00 ¿Alimento de granos (millo, sorgo, maíz, arroz, trigo o avena, cebada, quinua)? 1 ¿Calabaza, camote rojo o amarillo, chayote, zanahorias?..... 2 ¿Alimentos de raíces o tubérculos (papa blanca, mandioca, yuca, racacha, oca, olluco)? 3 ¿Algún vegetal de hoja verde (espinaca, acelga, brócoli, alfalfa)? 4 ¿Mango, papaya (u otra fruta local rica en Vitamina A)?..... 5 ¿Algún otro vegetal, mezcla de vegetales o fruta? 6 ¿Carne, aves, pescado, mariscos, vísceras, menudencias o huevos? 7 ¿Alimentos con legumbres (lentejas, frijoles, arveja, soya o maní)? 8 ¿Lácteos (Queso o yogur)? 9 Preparados de programas de suplementación alimentaria 11 Ayer no comió 12																																																																								
321	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SI, responde SÍ, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																																								
322	¿Recibió (NOMBRE) una dosis de vitamina A como esta (tableta o cápsula) durante los últimos seis meses? MUESTRE LA CAPSULA DE VITAMINA "A" A LA ENTREVISTADA	No 0 Sí 1 No sabe 2	No 0 Sí 1 No sabe 2																																																																								
323	¿Cuántas veces le ha dado jarabe/tabletas de sulfato ferroso a (NOMBRE) en la última semana?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																								
324	¿Cuántos días a la semana [NOMBRE] come los siguientes alimentos? Marcar el número de veces que corresponda: O utilizar los códigos Nunca 0 Menos de 1/sem 77 Aún no consume 88 No sabe/No recuerda 99 → Pase a 326	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semanal</th> <th colspan="2">Semanal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01 Aguaj</td><td></td><td>09 Pesca</td><td></td></tr> <tr><td>02 Carne</td><td></td><td>10 Queso</td><td></td></tr> <tr><td>03 Col</td><td></td><td>11 Tomat</td><td></td></tr> <tr><td>04 Huevo</td><td></td><td>12 Viscer</td><td></td></tr> <tr><td>05 Leche</td><td></td><td>13 Yogurt</td><td></td></tr> <tr><td>06 Mand</td><td></td><td>14 Zanah</td><td></td></tr> <tr><td>07 Papay</td><td></td><td>15 Zapall</td><td></td></tr> <tr><td>08 Naranj</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Semanal		Semanal		01 Aguaj		09 Pesca		02 Carne		10 Queso		03 Col		11 Tomat		04 Huevo		12 Viscer		05 Leche		13 Yogurt		06 Mand		14 Zanah		07 Papay		15 Zapall		08 Naranj				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semanal</th> <th colspan="2">Semanal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01 Aguaj</td><td></td><td>09 Pesca</td><td></td></tr> <tr><td>02 Carne</td><td></td><td>10 Queso</td><td></td></tr> <tr><td>03 Col</td><td></td><td>11 Tomat</td><td></td></tr> <tr><td>04 Huevo</td><td></td><td>12 Viscer</td><td></td></tr> <tr><td>05 Leche</td><td></td><td>13 Yogurt</td><td></td></tr> <tr><td>06 Mand</td><td></td><td>14 Zanah</td><td></td></tr> <tr><td>07 Papay</td><td></td><td>15 Zapall</td><td></td></tr> <tr><td>08 Naranj</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Semanal		Semanal		01 Aguaj		09 Pesca		02 Carne		10 Queso		03 Col		11 Tomat		04 Huevo		12 Viscer		05 Leche		13 Yogurt		06 Mand		14 Zanah		07 Papay		15 Zapall		08 Naranj			
Semanal		Semanal																																																																									
01 Aguaj		09 Pesca																																																																									
02 Carne		10 Queso																																																																									
03 Col		11 Tomat																																																																									
04 Huevo		12 Viscer																																																																									
05 Leche		13 Yogurt																																																																									
06 Mand		14 Zanah																																																																									
07 Papay		15 Zapall																																																																									
08 Naranj																																																																											
Semanal		Semanal																																																																									
01 Aguaj		09 Pesca																																																																									
02 Carne		10 Queso																																																																									
03 Col		11 Tomat																																																																									
04 Huevo		12 Viscer																																																																									
05 Leche		13 Yogurt																																																																									
06 Mand		14 Zanah																																																																									
07 Papay		15 Zapall																																																																									
08 Naranj																																																																											
325	¿Le agrega 1 cucharadita de aceite, manteca, mantequilla o grasa adicional al platito de comida de [NOMBRE] ? Circular el código correspondiente	No 0 Sí 1 No sabe 2	No 0 Sí 1 No sabe 2																																																																								
326	¿(NOMBRE DE LA MADRE), recibe la "papilla" que viene en bolsas? "MOSTRAR LAS DIFERENTES BOLSAS DE PAPILLA" Si es "SI", SOLICITE QUE LE MUESTRA UNA BOLSA DE PAPILLA" Programa PACFO	SI, y muestra una bolsa papilla..... 1 SI, pero no le queda muestra 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 327) ←																																																																									
326A	¿Cuántas bolsas de "papilla" le queda?	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
326B	¿(NOMBRE), el día de ayer, cuantas veces recibio la papilla que viene en bolsas?	<input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
327	¿(NOMBRE DE LA MADRE), está inscrita en el Programa Juntos? Si es "SI", SOLICITE LA FICHA DE AFILIACION "Entrega de 100 soles mensual"	SI, y muestra el DNI..... 1 SI, pero no muestra DNI..... 2 NO 3 NO SABE..... 8 (PASE A 331) ←																																																																									
327A	ANOTAR EL NUMERO DEL DNI Y LA FECHA DE INSCRIPCION EN "JUNTOS"	DNI <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m a a a a																																																																									

300C. SALUD DEL MENOR DE 60 MESES

CUESTIONARIO ADICIONAL ☐

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																														
331	Deposiciones líquidas y/o Semilíquidas ha tenido [NOMBRE] el día...ayer Número (#) 0 Ninguna hace 2 días - 9 NS/NR hace 3 días hace 4 días Presentó Sangre? Tos 1 Si Dif. Respiratoria 2 No hace 1 semana	<table border="1"><tr><td></td><td>#</td><td>Sangre</td><td>Tos</td><td></td><td>Dif. Resp</td></tr><tr><td>-1</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-2</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-3</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-4</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-5</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-6</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-7</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		#	Sangre	Tos		Dif. Resp	-1		1	2	1	2	-2		1	2	1	2	-3		1	2	1	2	-4		1	2	1	2	-5		1	2	1	2	-6		1	2	1	2	-7		1	2	1	2	<table border="1"><tr><td></td><td>#</td><td>Sangre</td><td>Tos</td><td></td><td>Dif. Res</td></tr><tr><td>-1</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-2</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-3</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-4</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-5</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-6</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>-7</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		#	Sangre	Tos		Dif. Res	-1		1	2	1	2	-2		1	2	1	2	-3		1	2	1	2	-4		1	2	1	2	-5		1	2	1	2	-6		1	2	1	2	-7		1	2	1	2
	#	Sangre	Tos		Dif. Resp																																																																																														
-1		1	2	1	2																																																																																														
-2		1	2	1	2																																																																																														
-3		1	2	1	2																																																																																														
-4		1	2	1	2																																																																																														
-5		1	2	1	2																																																																																														
-6		1	2	1	2																																																																																														
-7		1	2	1	2																																																																																														
	#	Sangre	Tos		Dif. Res																																																																																														
-1		1	2	1	2																																																																																														
-2		1	2	1	2																																																																																														
-3		1	2	1	2																																																																																														
-4		1	2	1	2																																																																																														
-5		1	2	1	2																																																																																														
-6		1	2	1	2																																																																																														
-7		1	2	1	2																																																																																														
332	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																
333	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas dos semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 334A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 334A) ←																																																																																																
334	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado o tenía dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																
334A	VERIFIQUE 332 Y 333: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 332 O EN 333 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 338)	"SI" EN 332 O EN 333 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 338)																																																																																																
335	Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 337A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 337A) ←																																																																																																
336	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ¿En algún otro sitio? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 (PASE A 338) ← PROMOTOR DE SALUD..... 7 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 9 (PASE A 338) ← BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 6 (PASE A 338) ← PROMOTOR DE SALUD..... 7 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 9 (PASE A 338) ← BOTIQUÍN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE)																																																																																																
337	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre/ tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																																																																																																
338	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde. . . hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 351) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 351) ←																																																																																																

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
339	¿Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo alguno de estos síntomas o dolencias? a. ¿Estuvo intranquilo, irritable?..... b. ¿Estuvo sediento, bebía líquidos rápidamente? c. ¿Lloraba sin lágrimas?..... d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?..... e. ¿Tenía sangre las deposiciones?.....	SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8
340	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
341	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8 SOLO LACTA 9	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8 SOLO LACTA 9
342	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8 AUN NO COME..... 9	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8 AUN NO COME..... 9
343	¿Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Frutiflex u otro similar? c. Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX..... 1 2 8 SUERO CASERO... 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8
344	¿Le dió algo (más) para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 346) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 346) ←
345	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	JARABE PARA LA DIARREA..... 1 ANTIBIOTICO..... 2 SUERO INTRAVENOSO..... 3 REMEDIOS CASEROS..... 4 OTRO: 5 (ESPECIFIQUE)	JARABE PARA LA DIARREA..... 1 ANTIBIOTICO..... 2 SUERO INTRAVENOSO..... 3 REMEDIOS CASEROS..... 4 OTRO: 5 (ESPECIFIQUE)
346	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 347A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 347A) ←
347	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS Si es establecimiento pública, especificar: NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO NINO ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 6 (PASE A 351) ← PROMOTOR DE SALUD..... 7 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MEDIC. PARTIC..... 9 (PASE A 351) ← BOTIQUIN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 6 (PASE A 351) ← PROMOTOR DE SALUD..... 7 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 8 CONSULT. MEDIC. PARTIC..... 9 (PASE A 351) ← BOTIQUIN POPULAR..... 10 FARMACIA/BOTICA..... 11 FAMILIAR/AMIGO..... 12 CURANDERO..... 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE)
347A	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea? Mencione todas las alternativas y circule todas las alternativas seleccionadas	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)

300D. INMUNIZACIONES

CUESTIONARIO ADICIONAL

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																								
351	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SI, VISTA..... 1 (PASE A 353) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 354) ← SIN TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 353) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 354) ← SIN TARJETA..... 3																																																																																																																																																																																																																																								
352	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 354) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 354) ←																																																																																																																																																																																																																																								
353	<p>1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. AL FINALIZAR PASE A 365</p> <p>2) ESCRIBA "99" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (Recién nacido)</td><td></td><td></td><td></td><td>P 0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td>P 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td>P 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td>P 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td><td>D 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td><td>D 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td><td>D 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B1</td><td></td><td></td><td></td><td>HvB</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B2</td><td></td><td></td><td></td><td>HvB</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEPATITIS B3</td><td></td><td></td><td></td><td>HvB</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPHILUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td>Hib</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPHILUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td>Hib</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIHEMOPHILUS 3</td><td></td><td></td><td></td><td>Hib</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td><td>Pe 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TETRA</td><td></td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 1</td><td></td><td></td><td></td><td>VA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 2</td><td></td><td></td><td></td><td>VA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA "A" 3</td><td></td><td></td><td></td><td>VA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIAMARÍLICA</td><td></td><td></td><td></td><td>Amar.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA</td><td></td><td></td><td></td><td>S</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR</td><td></td><td></td><td></td><td>SPR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEXA 1</td><td></td><td></td><td></td><td>He 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEXA 2</td><td></td><td></td><td></td><td>He 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEXA 3</td><td></td><td></td><td></td><td>He 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SR</td><td></td><td></td><td></td><td>SPR</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	BCG				BCG				POLIO 0 (Recién nacido)				P 0				POLIO 1				P 1				POLIO 2				P 2				POLIO 3				P 3				DPT 1				D 1				DPT 2				D 2				DPT 3				D 3				ANTIHEPATITIS B1				HvB				ANTIHEPATITIS B2				HvB				ANTIHEPATITIS B3				HvB				ANTIHEMOPHILUS 1				Hib				ANTIHEMOPHILUS 2				Hib				ANTIHEMOPHILUS 3				Hib				PENTA 1				Pe 1				PENTA 2				Pe 2				PENTA 3				Pe 3				TETRA				T				VITAMINA "A" 1				VA 1				VITAMINA "A" 2				VA 2				VITAMINA "A" 3				VA 3				ANTIAMARÍLICA				Amar.				ANTISARAMPIONOSA				S				SPR				SPR				HEXA 1				He 1				HEXA 2				He 2				HEXA 3				He 3				SR				SPR			
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																				
BCG				BCG																																																																																																																																																																																																																																							
POLIO 0 (Recién nacido)				P 0																																																																																																																																																																																																																																							
POLIO 1				P 1																																																																																																																																																																																																																																							
POLIO 2				P 2																																																																																																																																																																																																																																							
POLIO 3				P 3																																																																																																																																																																																																																																							
DPT 1				D 1																																																																																																																																																																																																																																							
DPT 2				D 2																																																																																																																																																																																																																																							
DPT 3				D 3																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEPATITIS B1				HvB																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEPATITIS B2				HvB																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEPATITIS B3				HvB																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEMOPHILUS 1				Hib																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEMOPHILUS 2				Hib																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIHEMOPHILUS 3				Hib																																																																																																																																																																																																																																							
PENTA 1				Pe 1																																																																																																																																																																																																																																							
PENTA 2				Pe 2																																																																																																																																																																																																																																							
PENTA 3				Pe 3																																																																																																																																																																																																																																							
TETRA				T																																																																																																																																																																																																																																							
VITAMINA "A" 1				VA 1																																																																																																																																																																																																																																							
VITAMINA "A" 2				VA 2																																																																																																																																																																																																																																							
VITAMINA "A" 3				VA 3																																																																																																																																																																																																																																							
ANTIAMARÍLICA				Amar.																																																																																																																																																																																																																																							
ANTISARAMPIONOSA				S																																																																																																																																																																																																																																							
SPR				SPR																																																																																																																																																																																																																																							
HEXA 1				He 1																																																																																																																																																																																																																																							
HEXA 2				He 2																																																																																																																																																																																																																																							
HEXA 3				He 3																																																																																																																																																																																																																																							
SR				SPR																																																																																																																																																																																																																																							
354	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																																																																								
355	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 356) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 356) ←																																																																																																																																																																																																																																								
355A	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIO 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIO 1 MÁS ADELANTE..... 2																																																																																																																																																																																																																																								
355B	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																																																																								

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
356	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en las nalgas cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 357) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 357) ←
356A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
357	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B que es una inyección que se pone en las nalgas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 358) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 358) ←
357A	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la HEPATITIS B: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
357B	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
358	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHEMOFILUS, que es para evitar el virus causante de neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 359) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 359) ←
358A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
359	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es para evitar la Difteria, Pertussis, Tétanos, Hepatitis B y Haemophilus influenzae?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 360) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 360) ←
359A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
360	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna TETRAVALENTE, que es para evitar la Difteria, Pertussis, Tétanos, y Haemophilus influenzae, es una inyección y se coloca en la nalga o muslo ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
361	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A, que es para evitar la mala visión en los niños?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
362	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA, que es una inyección que se pone en el hombro para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
363	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPION que es una inyección que se pone en el hombro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
364	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPION, PAPERAS Y RUBEOLA? se coloca en el hombro	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

300E. CRECIMIENTO

365	En los últimos seis meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 365C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 365C) ←
365A	¿Quién le controló el crecimiento y desarrollo?	MEDICO..... 1 OBSTETRIZ..... 2 ENFERMERA..... 3 SANITARIO..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	MEDICO..... 1 OBSTETRIZ..... 2 ENFERMERA..... 3 SANITARIO..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)

302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
365B	¿Dónde tuvo lugar el control? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO ESPECIFIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE Y CIRCULE EL CODIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO: _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO - NIÑO:	SECTOR PUBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 6 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 7 CONSULT. MEDICO PARTIC..... 8 OTRO: _____ 9 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL MINSA..... 1 HOSPITAL ESSALUD..... 2 HOSPITAL FF.AA. Y PN..... 3 CENTRO DE SALUD MINSA..... 4 PUESTO DE SALUD MINSA..... 5 POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 6 SECTOR PRIVADO CLINICA PARTICULAR..... 7 CONSULT. MEDICO PARTIC..... 8 OTRO: _____ 9 (ESPECIFIQUE)
365C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento?	No. DE VECES..... <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE "00", NO SABE "98"	No. DE VECES..... <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE "00", NO SABE "98"
366	1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE CADA CONTROL DE CRECIMIENTO DEL 1er AÑO DE EDAD 2) ESCRIBA "99" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA UN CONTROL DE CRECIMIENTO PERO NO SE ANOTÓ FECHA.		
	NACIMIENTO PESO TALLA CONTROL 1 PESO 1 TALLA 1 CONTROL 2 PESO 2 TALLA 2 CONTROL 3 PESO 3 TALLA 3 CONTROL 4 PESO 4 TALLA 4 CONTROL 5 PESO 5 TALLA 5 CONTROL 6 PESO 6 TALLA 6 CONTROL 7 PESO 7 TALLA 7 CONTROL 8 PESO 8 TALLA 8 CONTROL 9 PESO 9 TALLA 9	DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g T <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g T <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm C6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg T6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
367	En el último control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) que le hicieron a su niño, además de explicarle:	SI NO NO SABE	SI NO NO SABE
368	¿demostraron cómo preparar alimentos para su niño?	1 2 8	1 2 8
369	¿demostraron cuidados e higiene del niño (pañal, baño)?	1 2 8	1 2 8
370	¿demostraron lavado de manos y cuando hacerlo?	1 2 8	1 2 8
380	¿Ha participado alguna vez en alguna sesión demostrativa en la cual hayan visto la manera de alimentar al niño pequeño? [mostrar foto]	SI NO NO SABE 1 2 8	SI NO NO SABE 1 2 8
381	Si respondió SI a 380: ¿Hace cuantos meses fue?	<input type="text"/> meses (si <1, poner 0)	<input type="text"/> meses (si <1, poner 0)
382	Si respondió SI a 380: ¿Quién la organizó?	1 MINSA 3 OTRO _____ 2 ONG 8 NS/NR	1 MINSA 3 OTRO _____ 2 ONG 8 NS/NR

401 ANTROPOMETRIA NIÑOS 0 - 69 MESES

[illegible]

401 ANTROPOMETRIA NIÑOS 0 - 59 MESES

[illegible]

[illegible]

500: MEF - CONSUMO DE SUPLEMENTO DE NUTRIENTES

501	¿Qué suplementos vitamínicos consume actualmente [NOMBRE]? Código Sulfato ferroso/hierro y ácido fólico 1 Suplemento multivitamínico A 2 Multivitamínicos 3 Ninguno 4 Otros 5	ID (Copie el ID de cada MEF en el hogar)					CODIGOS					OTROS
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					
			1	2	3	4	5					

S500

600 REGISTRO DE INDICADORES BIOQUIMICOS
Aplicado a mujeres en edad fértil (15-49 años)

No	601 Nombres	602 Edad	602b Sexo		603 ID	604 Seleccionado		605 HB	606 Suero	607 Orina
			M	F		Orina 1 SI 2 NO	Suero 1 SI 2 NO	(g/dl) 99 Rechazo	99 Rechazo 999 No corresponde	
1										
2										

Aplicado a niños menores de 5 años (60 meses)

No	620 Nombres	621 Edad	622 Sexo		623 ID	624 Seleccionado		625 HB	626 Suero	627 Orina
			M	F		Orina 1 SI 2 NO	Suero 1 SI 2 NO	(g/dl) 99 Rechazo	99 Rechazo 999 No corresponde	
1										
2										

S600 [6]

700 REGISTRO DE CALIDAD DE AGUA

701 ¿Recogió agua para la muestra a analizar ? 1 SI → Pase a 702 → 2 NO → Pase a 703	702 Reacción del Agua al reactivo : Sin cloro (<0.5 mg/L) 1 Cloro adecuado (0.5 mg/L) 2 Cloro excesivo (>0.5 mg/L) 3
703 El agua para la bebida usada para la muestra tiene algún tipo de tratamiento casero? 1 SI → Responda: → Tipo de Tratamiento 2 NO 1. Hervida 2. Pastilla cloro 3. Otro.....	

S600 [7]