


	<b>MINSA - INS/CENAN</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MONIN</b>		<b>200</b>							DE



## **CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

### **DIRECCIÓN EJECUTIVA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL**

	<b>MINSA - INS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MONIN</b>		<b>200</b>							DE

## **MONITOREO NACIONAL DE INDICADORES NUTRICIONALES**

### **CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA MONIN 2008**

**Versión preliminar, para ser actualizado  
con la experiencia de campo del MONIN  
II ronda**

	<b>MINSA - INS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MONIH</b>		<b>200</b>							DE

## CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA LA REALIZACION DE LA ENCUESTA

Somos nutricionistas del Instituto Nacional de Salud que hemos venido para informarte acerca de una investigación que se está realizando aquí en tu comunidad.

Tratamos de conocer el estado de nutrición, alimentación y salud de los niños menores de 5 años y las mujeres comprendidas entre 15 y 49 años de edad con la finalidad de mejorar la atención en las postas medicas y prevención de las enfermedades más frecuentes.

No estás obligada a participar. Esta encuesta no tiene costo. Si estás de acuerdo, realizaremos unas preguntas cortas, que nos tomarán aproximadamente 15 minutos.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE LA ANTROPOMETRIA

### Nombre del Proyecto: Monitoreo de Indicadores Nutricionales 2008.

A continuación, te haremos mas preguntas que nos tomarán aproximadamente una hora, pesaremos y mediremos tu talla y la de tus niños. La medición del peso y la talla no les causarán ningún dolor o molestia, es gratuito y de acuerdo a los resultados te daremos consejos y orientaciones.


Nosotros no le vamos a informar a nadie de los resultados de tu evaluación, solamente tú y los investigadores que están conduciendo el estudio sabrán los resultados. Los hallazgos serán publicados en conjunto con el de todas las personas evaluadas y en forma anónima.

Puedes realizar las preguntas que consideres conveniente a cualquiera de los investigadores en cualquier momento. Igualmente podemos interrumpir la entrevista cuando lo desees.

Para saber sobre tus derechos en esta investigación o cualquier otra consulta, puedes llamar al Dr. Neptalí Cueva Maza, Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud al teléfono 471-9920, anexo 162.





*He leído y entendido la explicación de este consentimiento y se me ha respondido a todas mis preguntas. Doy mi autorización voluntaria para participar en la encuesta y tomas de peso y talla del presente estudio.*

Nombre	Participa	DNI	Firma o huella digital
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	SI( ) NO( )		
	TESTIGO		
	ENCUESTADOR		

	<b>MINSA - INS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MONIH</b>		<b>200</b>							DE

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.			

## 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) NINGUNO..... 11	107	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar? HABITACIONES ..... <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"/>
104	El abastecimiento de agua en su hogar 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)	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) a 110 NO COCINA ..... 9
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) Pase a 106	109A1	Circule las características de la cocina observada CHIMENEA U OTRO CONDUCTO PARA EVACUAR EL HUMO ..... 1 BASE DE ADOBE, BARRO O CEMENTO ..... 2 HORNILLAS EN DONDE LAS OLLAS VAN SUMERGIDAS (AROS SELLADORES) ..... 3 NO PERMITE ESCAPE DE HUMO DENTRO DE LA HABITACION DONDE ESTA ..... 4
105A	¿La letrina fue construida con apoyo de alguna institucion? SI..... 1 NO...(PASE A 105C)..... 2	109D	¿Dónde se encuentra su cocina? EN CASA ..... 1 EN CUARTO SEPARADO ..... 2 A CAMPO ABIERTO ..... 3 OTRO..... 4
105B	¿Puede indicarme el nombre de la institucion ONG ..... 1 MUNICIPIO ..... 2 GOBIERNO REGIONAL ..... 3 OTRO ..... 4 (ESPECIFIQUE)	110	¿Tiene en su hogar: ELECTRICIDAD ..... SI 1 NO 2 RADIO ..... 1 2 TELEVISOR ..... 1 2 TELÉFONO ..... 1 2 REFRIGERADORA ..... 1 2 COMPUTADORA ..... 1 2
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	111	¿Algún miembro de su hogar tiene: BICICLETA / TRICICLO ..... SI 1 NO 2 NS 8 MOTOCICLETA ..... 1 2 8 CARRO ..... 1 2 8 OTRO medio de transporte ..... 1 2 8 peque-peque, caballo, etc.)? (ESPECIFIQUE)
		100A	<b>CONSUMO DE SAL YODADA</b> 151 SOLICITE UNA CUCHARITA DE LA SAL QUE UTILIZAN PARA COCINAR, APLIQUE EL REACTIVO Y MARQUE EL CODIGO SEGUN EL COLOR QUE OBSERVE: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> </div> <div style="text-align: center;">   <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> </div> <div style="text-align: center;">   <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">15</div> </div> <div style="text-align: center;">   <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">&gt;30</div> </div> <div style="margin-left: 20px;">             MARCAR X </div> </div> NO TIENE ..... 3 152 REGISTRE LA MARCA DE SAL: ..... NT 9

[illegible]



### 300A. IDENTIFICACION DEL MENOR DE 60 MESES

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 _____ NUMERO DE ORDEN MADRE _____ NUMERO DE ORDEN INFORMANTE _____		
		<b>ULTIMO</b>	<b>PENULTIMO</b>	<b>ANTEPENULTIMO</b>
302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
303	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<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	<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	<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
304	¿(NOMBRE) fue inscrito en la Municipalidad? Si es "SI", SOLICITE QUE LE MUESTRE LA PARTIDA DE NACIMIENTO 1 Si, y la muestra 2 Si, no la muestra 3 No 8 No sabe <b>2,3,8 (Pase 306)</b>	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
305	UBICAR EN LA PARTIDA DE NACIMIENTO EL CODIGO UNICO DE IDENTIFICACION (CUI) Y ANOTAR EL NUMERO	NO TIENE CUI 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NO TIENE CUI 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NO TIENE CUI 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
306	¿(NOMBRE), está afiliada (ado) al Seguro Integral de Salud (SIS)? Si es "SI", SOLICITE LA FICHA DE AFILIACION 1 Si, y la muestra 2 Si, no la muestra 3 No 8 No sabe <b>2,3,8 (Pase 307)</b>	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
306A	UBICAR EN LA FICHA DE AFILIACION EL NUMERO O CODIGO DE AFILIADO Y LA FECHA DE AFILIACION	<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	<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	<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

### 300B. LACTANCIA Y ALIMENTACION DEL MENOR DE 60 MESES

307A	¿Cuándo estuvo embarazada de .....(NOMBRE) cuantos controles prenatales se realizó? Nro DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 8			
	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal? Nro DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 8			
	En alguno de sus controles, ¿le hicieron algo de lo siguiente?: a. ¿La pesaron? 1 SI 2 NO b. ¿Le midieron la barriga? 1 SI 2 NO c. ¿Le tomaron la presión arterial? 1 SI 2 NO d. ¿Le hicieron un examen de orina? 1 SI 2 NO e. ¿Le hicieron un examen de sangre? 1 SI 2 NO			
307B	¿Dónde nació... (NOMBRE)? 21 HOSPITAL MINSA 22 HOSPITAL ESSALUD 23 HOSPITAL FF.AA. Y PN 24 CENTRO DE SALUD MINSA 25 PUESTO DE SALUD MINSA 26 POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD POSTA ESSALUD NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 31 CLINICA PARTICULAR 32 CONSULT. MÉDICO PART 33 CASA DE PARTERA 34 SU PROPIA CASA 96 OTRO(Especifique)	21 22 23 24 25 26  31 32 33 34 96	21 22 23 24 25 26  31 32 33 34 96	21 22 23 24 25 26  31 32 33 34 96
307C	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)? 1 Si 2 No (Pase319)	1 2	1 2	1 2
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 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
311	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)? 1 Si 2 No	1 2	1 2	1 2
312	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AUN SIGUE LACTANDO 9 7 NO SABE 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AUN SIGUE LACTANDO 9 7 NO SABE 9 8	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AUN SIGUE LACTANDO 9 7 NO SABE 9 8



302	VEA EN 201 y 202A EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE CADA NIÑO Y ANOTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/>	Nombre: _____ NÚMERO ORDEN <input type="text"/>
319	Ahora quisiera preguntarle sobre los tipos de líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día y la noche Le dio usted ayer a (NOMBRE) (LEA TODAS LAS RESPUESTAS) 1 ¿Agua corriente? 2 ¿Fórmula infantil? 3 ¿Leche de tarro? 4 ¿Cualquier otra leche o de vaca? 5 ¿Jugo de fruta? 6 ¿Algún otro líquido (agua azucarada, té, café, refresco)? 7 ¿Caldos? 8 Ninguno	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
321	Ayer durante el día o la noche, ¿le dio a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SI, responde SI, cuántas veces?	No Sabe <input type="text"/> 9 8	No Sabe <input type="text"/> 9 8	No Sabe <input type="text"/> 9 8
325	¿Le agrega 1 cucharadita de aceite, manteca, mantequilla o grasa adicional al plato de comida de (NOMBRE)?	1 Si 2 No 8 No sabe	1 2 8	1 2 8
326	¿(NOMBRE DE MADRE), recibe la "papilla" que viene en bolsas? "MOSTRAR BOLSAS DE PAPILLA" Si es "SI", Solicite que muestre una bolsa de papilla	1 Si, muestra bolsa papilla 2 Si, no tiene muestra 3 No 8 No sabe <b>2,3,8 (Pase 326B)</b>		
326A	¿Cuántas bolsas de "papilla" le queda?	<input type="text"/>		
326B	¿(NOMBRE), el día de ayer, cuántas veces recibió la papilla que viene en esas bolsas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
327	¿(NOMBRE DE MADRE), está inscrita en el Programa Juntos? Si es "SI", SOLICITE DNI "Entrega de 100 soles mensual"	1 Si, muestra el DNI 2 Si, no muestra DNI 3 No 8 No sabe <b>2,3,8 (Pase 331)</b>		
327A	ANOTAR EL NUMERO DEL DNI Y LA FECHA DE INSCRIPCION EN "JUNTOS"	DNI <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m a a a a		


### 300C. SALUD DEL MENOR DE 60 MESES

331	¿(NOMBRE) ha tenido deposiciones líquidas? # Número 00 Ninguna -9 NS/NR Si es si, presento sangre? Ha tenido tos? 1 Si Dificultad respiratoria? 2 No	1 Ayer? 2 hace 2 días? 3 hace 3 días? 4 hace 4 días? 5 hace 5 días? 6 hace 6 días? 7 hace 1 semana?	<table border="1"> <tr><th>#</th><th>Sangre</th><th>Tos</th><th>DifResp</th><th>Fiebre</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><th>#</th><th>Sangre</th><th>Tos</th><th>DifResp</th><th>Fiebre</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><th>#</th><th>Sangre</th><th>Tos</th><th>DifResp</th><th>Fiebre</th></tr> <tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre																																																																																																																									
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre																																																																																																																									
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
#	Sangre	Tos	DifResp	Fiebre																																																																																																																									
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																									
332	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde..... hasta ayer?	1 Si 2 No 8 No sabe	1 2 8	1 2 8	1 2 8																																																																																																																								
333	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas dos semanas, o sea desde..... hasta ayer?	1 Si 2 No 8 No sabe	1 2 8	1 2 8	1 2 8																																																																																																																								
334	Cuando (NOMBRE) estuvo con TOS, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado o tenía dificultad para respirar?	1 Si 2 No 8 No sabe	1 2 8	1 2 8	1 2 8																																																																																																																								
338	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	1 Si 2 No 8 No sabe	1 2 8	1 2 8	1 2 8																																																																																																																								







	<b>MINSA - INS/CENAH</b>	ENCUESTADO	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	hogar	
	<b>MONIH</b>		<b>200</b>						DE	

#### 402. ANTROPOMETRIA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL (12-49 AÑOS)

Nro Orden	MEF1					MEF2					MEF3					MEF4				
Numero de orden según 201																				
Nombre de la MEF																				
402B Peso en kilos (000.0)																				
402C Talla en cms (000.0)																				
402F 1 Medido Resulta 2 MEF Enferma do de la 3 No presente medició 4 MEF rechazo n 5 Otro	1 2 3 4 5					1 2 3 4 5					1 2 3 4 5					1 2 3 4 5				
402G Prendas	Can	Cod	Descrip			Can	Cod	Descrip			Can	Cod	Descrip			Can	Cod	Descrip		



	<b>MINSA - INS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
<b>MONIH</b>			<b>200</b>							DE

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE


### Nombre del Proyecto: Monitoreo de Indicadores Nutricionales 2008

A continuación, si estás de acuerdo, sacaremos una pequeña muestra de sangre de 3cc., una cucharadita la cual llevaremos a un laboratorio para analizarla. La toma de sangre no te causara ningún daño ni riesgo a tu salud, solamente sentirás un ligero dolor al momento de colocarte la aguja, es gratuito y de acuerdo a los resultados te daremos consejos y orientaciones.

Si estás de acuerdo en que tomemos la sangre, te agradeceremos firmes a continuación.

He leído y entendido la explicación de este consentimiento y se me ha respondido a todas mis preguntas. Doy mi autorización voluntaria para que me tomen la muestra de sangre.

<i>Nombre</i>	<i>Participa</i>	<i>DNI</i>	<i>Firma o huella digital</i>
	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( )		
	Hemoglobina SI( ) NO( )		
	Hemoglobina SI( ) NO( )		
	TESTIGO		
	ENCUESTADOR		

	<b>MINSA - IHS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MOHIN</b>		<b>200</b>							DE

RESPONSABLE DEL MUESTREO: \_\_\_\_\_

700 DATOS REFERENCIALES DE LAS MUESTRAS DE PLASMA PARA RETINOL, HEMOGLOBINA Y YODURIA

701	702 Conglomerado			703 Vivienda			704 Hogar			705	ID	706 APELLIDO PATERNO/APELLIDO MATERNO/NOMBRES	707 Sex H=1 M=2	708 Edad		709 Fecha Toma de Muestra			710 Toma de Muestra		711 Centrifugado			712 Volumen plasma	713 Inicio Cadena de Frio		714 Hb	715 Muestra de Orina				716 MC 1=MC retinol 2= MC yoduria 3= No MC
														aa	mm	dd	mm	aa	Hora	Minutos	Hora	Minutos	t (min)	CC.	Hora	Minutos	g/dl	dd	mm	aa	Vol.(ml)	
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

Nombre del EESS: \_\_\_\_\_

Responsable del EESS : \_\_\_\_\_

Dirección del EESS: \_\_\_\_\_

Distrito / Provincia: \_\_\_\_\_

Las bolsas rojas BIOHAZARD con materiales contaminados fueron entregados al EESS:

Si: ----- No: -----

Tratamiento que realiza el EESS con los materiales de deshecho:

Autoclavado:..... Tratamiento por empresa :.....

Observación:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


Fecha    /    /    

Firma del responsable del EESS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Encuestador Bioquímico

\_\_\_\_\_  
Firma Supervisor Nutricionista



	<b>MINSA - IHS/CENAH</b>	ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOM	VIVIENDA	HOGAR	
	<b>MOHIN</b>		<b>200</b>							DE

RESPONSABLE DEL MUESTREO: \_\_\_\_\_

**800 REGISTRO DE CALIDAD DE AGUA: CALIDAD MICROBIOLÓGICA DEL AGUA / CLORO EN AGUA**

801	802	803 Vivienda			804 Hogar	805 ID	806 La muestra de agua de consumo del hogar proviene de:			807 Fecha incubación dd/mm/aa	808 Hora Incubación hora/min	809 Temperatura incubación, 35°C x 24 h.				810 Diagnóstico: Coliformes totales		811 Diagnóstico: E. coli	
1							a. caño	1				Si	1	No	2	a. Presencia	1	a. Presencia	1
							b. tanque	2								b. Ausencia	2	b. Ausencia	2
							c. balde/bidón	3											
812 Recogio agua para analizar?			813 Reacción del agua al reactivo:				814 El agua para consumo en el hogar tiene algún tratamiento casero?												
1 SI →			Sin cloro				1	Cloro (0.5 mg/L)	4	1 SI → Responda			Hervida		1				
2 NO →			Cloro (0.1 mg/L)				2	Cloro (1.0 mg/L)	5	2 NO			Pastilla cloro		2				
			Cloro (0.25 mg/L)				3	Cloro (2.0 mg/L)	6				Otro		3				
801	802	803 Vivienda			804 Hogar	805 ID	806 La muestra de agua de consumo del hogar proviene de:			807 Fecha incubación dd/mm/aa	808 Hora Incubación hora/min	809 Temperatura incubación, 35°C x 24 h.				810 Diagnóstico: Coliformes totales		811 Diagnóstico: E. coli	
1							a. caño	1				Si	1	No	2	a. Presencia	1	a. Presencia	1
							b. tanque	2								b. Ausencia	2	b. Ausencia	2
							c. balde/bidón	3											
812 Recogio agua para analizar?			813 Reacción del agua al reactivo:				814 El agua para consumo en el hogar tiene algún tratamiento casero?												
1 SI →			Sin cloro				1	Cloro (0.5 mg/L)	4	1 SI → Responda			Hervida		1				
2 NO →			Cloro (0.1 mg/L)				2	Cloro (1.0 mg/L)	5	2 NO			Pastilla cloro		2				
			Cloro (0.25 mg/L)				3	Cloro (2.0 mg/L)	6				Otro		3				
801	802	803 Vivienda			804 Hogar	805 ID	806 La muestra de agua de consumo del hogar proviene de:			807 Fecha incubación dd/mm/aa	808 Hora Incubación hora/min	809 Temperatura incubación, 35°C x 24 h.				810 Diagnóstico: Coliformes totales		811 Diagnóstico: E. coli	
1							a. caño	1				Si	1	No	2	a. Presencia	1	a. Presencia	1
							b. tanque	2								b. Ausencia	2	b. Ausencia	2
							c. balde/bidón	3											
812 Recogio agua para analizar?			813 Reacción del agua al reactivo:				814 El agua para consumo en el hogar tiene algún tratamiento casero?												
1 SI →			Sin cloro				1	Cloro (0.5 mg/L)	4	1 SI → Responda			Hervida		1				
2 NO →			Cloro (0.1 mg/L)				2	Cloro (1.0 mg/L)	5	2 NO			Pastilla cloro		2				
			Cloro (0.25 mg/L)				3	Cloro (2.0 mg/L)	6				Otro		3				
801	802	803 Vivienda			804 Hogar	805 ID	806 La muestra de agua de consumo del hogar proviene de:			807 Fecha incubación dd/mm/aa	808 Hora Incubación hora/min	809 Temperatura incubación, 35°C x 24 h.				810 Diagnóstico: Coliformes totales		811 Diagnóstico: E. coli	
1							a. caño	1				Si	1	No	2	a. Presencia	1	a. Presencia	1
							b. tanque	2								b. Ausencia	2	b. Ausencia	2
							c. balde/bidón	3											
812 Recogio agua para analizar?			813 Reacción del agua al reactivo:				814 El agua para consumo en el hogar tiene algún tratamiento casero?												
1 SI →			Sin cloro				1	Cloro (0.5 mg/L)	4	1 SI → Responda			Hervida		1				
2 NO →			Cloro (0.1 mg/L)				2	Cloro (1.0 mg/L)	5	2 NO			Pastilla cloro		2				
			Cloro (0.25 mg/L)				3	Cloro (2.0 mg/L)	6				Otro		3				

-----  
Firma Encuestador Bioquímico

-----  
Firma Supervisor Nutricionista