

FASE



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

**MINSa - INS/CENAN**

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

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

**DIRECCION DE LA VIVIENDA**

CALLE / PASAJE / JIRON / AVENIDA / CARRETERA / CAMINO	Kilómetro	Grupo/Sector/Otro	Sección/Bloque/ Etapa/Zona	Manzana	Lote	Número	Piso	Interior/ Departamento
REFERENCIA	Comunidad, Urbanizaciones/AAHH, caseros, barrios, asociación de vivienda, etc.							
TELÉFONO DE REFERENCIA:								
NOMBRE DE LA MADRE O CONTACTO:								
NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA:								



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Buenos días

Somos nutricionistas del Instituto Nacional de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

Gracias.

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

La persona responsable en este hogar \_\_\_\_\_ identificado con DNI

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

Acepto que los datos antropométricos sean enviados al EE.SS \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma/Huella \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma/Huella \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Buenos días

Somos nutricionistas del Instituto Nacional de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

Gracias.

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

La persona responsable en este hogar \_\_\_\_\_ identificado con DNI

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

Acepto que los datos antropométricos sean enviados al EE.SS \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma/Huella \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma/Huella \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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





MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
							DE		

100. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y HOGAR

Id Informante

N°	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	N°	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
101	¿Cuál es el material predominante en paredes exteriores?	106	¿Qué tipo de alumbrado tiene su hogar?
	LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 1		ELECTRICIDAD ..... 1
	ADOBE O TAPIA ..... 2		KEROSENE /PETROLEO..... 2
	QUINCHA (CAÑA CON BARRO) ..... 3		VELA ..... 3
	PIEDRA CON BARRO ..... 4		OTRO (especifique) ..... 4
	MADERA ..... 5	NINGUNO..... 5	
	ESTERA ..... 6	107	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?
	OTRO ..... 7		HABITACIONES ..... <input type="text"/>
(ESPECIFIQUE)	108	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	
NINGUNO ..... 8		HABITACIONES ..... <input type="text"/>	
102	¿Cuál es el material predominante en los techos de su vivienda?		
	CONCRETO ARMADO..... 1		
	MADERA..... 2		
	ETERNIT O CALAMINA ..... 3		
	PAJA O ESTERA O CAÑA..... 4		
	PLASTICO O CARTON O TELA..... 5		
	TEJAS..... 6		
	QUINCHA..... 7		
	LLUVISOL..... 8		
	PALMERA U HOJAS DE PALMERA..... 9		
	OTRO ..... 10		
(ESPECIFIQUE)			
NINGUNO ..... 11			
103	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?		
	PARQUET O MADERA PULIDA ..... 1		
	LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS O SIMILARES ..... 2		
	LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES ..... 3		
	MADERA (ENTABLADOS) ..... 4		
	CEMENTO / FALSO PISO ..... 5		
	TIERRA / ARENA/ RIPIO ..... 6		
OTRO ..... 7			
(ESPECIFIQUE)			
104	El abastecimiento de agua en su hogar habitualmente procede de:		
	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1		
	RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA..... 2		
	PILÓN / GRIFO PUBLICO..... 3		
	POZO..... 4		
	RIO/ ACEQUIA/ MANANTIAL..... 5		
	CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 6		
OTRO ..... 7			
(ESPECIFIQUE)			
105	Cual es el tipo de servicio higiénico que usan los miembros de su hogar.		
	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1		
	RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA..... 2		
	LETRINA(BAJO PAUTAS TECNICAS)..... 3		
	POZO CIEGO O NEGRO/SILO (ORIFICIO SIMPLE) .. 4		
	POZO SÉPTICO ..... 7		
	RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 5		
OTRO ..... 6			
(ESPECIFIQUE)			

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR	NADM
							DE	

200 CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR										ID Informante	
201 ID	202 A NOMBRES	202B PARENTESCO CON EL(LA) JEFE(A) DE HOGAR	203 SEXO	205 EDAD	EDUCACION [ Si >= 03a]		209	210 ACTIVIDAD Mes Ant. [Si >= 03a]			
				¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	209B Máximo nivel alcanzado: 0. No lee no escribe 1. Solo lee 2. Lee + Escribe 3. Preescolar 4. Primaria 5. Secundaria 6. Sup. Técnico 7. Sup. Universitario 9. NS/NR	209E Este año, ¿está matriculado en algún programa regular de educación/asiste?		1. Trabajador dependiente asalariado 2. Trabajador independiente 3. Empleador 4. Servicio doméstico 5. Buscando trabajo 6. Quehaceres del hogar 7. Estudiante 8. Jubilado 9. Trabajador familiar no remunerado 10 Sin actividad 11. NS/NR			
	Primer nombre	Código	M/F	Años	Código	Código	Código	Código			
01		1	1 2								
02			1 2								
03			1 2								
04			1 2								
05			1 2								
06			1 2								
07			1 2								
08			1 2								
09			1 2								
10			1 2								
11			1 2								
12			1 2								





MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

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

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

323 A CONTINUACIÓN, ELABORAREMOS CON SU VALIOSA AYUDA, LA LISTA ORDENADA DE TODO LO QUE LE FUE OFRECIDO A (NOMBRE ) EL DÍA DE AYER, DESDE QUE SE DESPERTÓ HASTA QUE SE DURMIÓ EN LA NOCHE. RECORDAREMOS LO QUE LE DIERON DENTRO Y FUERA DE LA CASA.

[illegible]



370

MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
							DE		

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

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

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

Puede describir las siguientes alternativas , en caso:

Aún no consume 88  
No sabe/No recuerda 98

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

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



MINSA - INS/CENAN

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DÍA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR		NADM
								DE	

400. ANTROPOMETRIA

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

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

401 H: PRENDAS PESADAS

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

OBSERVACIONES

<div></div>
<div></div>
<div></div>
<div></div>
<div></div>

[illegible][illegible]

**MINSA - INS/CENAN**

ENCUESTADOR	AÑO	MES	DIA	HORA	CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR			NADM
								DE		

## 500. OBSERVACIONES

[illegible]

## ANEXO 1

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