

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

CUESTIONARIO No.

IDENTIFICACION	
NOMBRE ENTREVISTADA _____	UPM...../ ___/ ___/
LOCALIDAD/ BARRIO _____	COMPACTO/ ___/ ___/
	NUMERO DE VIVIENDA. ___ ___
	NUMERO DE LINEA
	LISTA DE HOGAR ___/ ___/

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA	_____	_____	_____	DIA ___/ ___/
HORA	_____	_____	_____	MES ___/ ___/
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	AÑO ___/ ___/
RESULTADO*	_____	_____	_____	NOMBRE ___/ ___/
				RESULTADO ___/
				HORA ___/ ___/ : ___/ ___/
				AM PM
PROXIMA VISITA: FECHA HORA	_____ _____	_____ _____		NUMERO TOTAL DE VISITAS ___/
* CODIGO DE RESULTADO 1 COMPLETA 2 ENTREVISTADA AUSENTE 3 APLAZADA 4 RECHAZADA 5 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)				

	CRITICADO EN EL CAMPO POR: _____ _____	CRITICADO EN LA OFICINA POR: _____ _____	DIGITADO POR: _____ _____	DIGITADO POR: ___/ ___/
NOMBRE FECHA				

I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	¿Por favor dígame, en qué mes y año nació usted?	MES..... __ __ AÑO..... __ __	
102	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	AÑOS __ __	
ENTREVISTADORA: SUME 101 Y 102, Y ANOTE EL TOTAL _____ INDAGUE Y CORRIJA SI EL TOTAL ES DISTINTO DE 99. SI LA EDAD NO ESTA ENTRE 18 Y 44 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA Y CORRIJA CUESTIONARIO DE HOGAR			
103	¿Cuál es el nivel escolar más alto al que asistió usted?	NINGUNO0 PRIMARIA1 SECUNDARIA.....2 SUPERIOR.....3	➔ 105
104	¿Cuál fue el último grado/curso/año que usted aprobó en ese nivel?	GRADO/CURSO/AÑO __	
105	¿Trabaja o estudia usted actualmente?	TRABAJA1 TRABAJA Y ESTUDIA.....2 ESTUDIA.....3 NO4	➔ 107
106	Como usted sabe, algunas mujeres se ganan algo vendiendo, cosiendo ajeno, otras ayudan en la finca o al negocio de la familia, haciendo cosas similares. ¿Hace usted alguna de estas cosas o algo parecido?	SÍ1 NO2	➔ 108
107	¿En qué consiste su trabajo? DETALLE BIEN _____ _____ _____	OCUPACION..... __ __ __	
108	¿En qué país nació Ud.?	COSTA RICA1 NICARAGUA.....2 OTRO PAIS ESPECIFIQUE3	➔ 110 ➔ 111
109	¿En qué Cantón y Distrito? NOTA: LUGAR EN DONDE VIVE LA MADRE Y NO LA CLÍNICA U HOSPITAL. CANTON _____ DISTRITO _____ PASE 118	CANTON __ __ __ DISTRITO..... __ __	➔ 118
110	¿En qué Departamento y Municipio? DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____	DEPARTAMENTO __ __ __ MUNICIPIO __ __	
111	¿Cuándo fue la primera vez que vino a Costa Rica por motivos no de paseo o visita? NOTA: CONSIDERE SI VINO POR MOTIVO DE PASEO Y SE QUEDÓ.	MES..... __ __ AÑO..... __ __	
112	¿En los últimos 12 meses cuánto tiempo ha estado en el país?	MESES..... __ __ SEMANAS..... __ __	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																					
113	¿Y cuánto tiempo hace que está en el país desde la última vez que vino?	AÑOS MESES..... SEMANAS.....																						
114	¿En este último período, cuál es la razón principal de su estadía en el país?	TRABAJO.....1 ESTUDIOS.....2 PARA ESTAR CON MARIDO O COMPAÑERO.....3 OTRO,4 ESPECIFIQUE _____																						
115	¿Cuál es su situación migratoria actualmente? INDAGUE ¿ha visitado las oficinas de migración? ¿qué trámites ha realizado?	NACIONALIZADO.....1 RESIDENTE.....2 PERMISO DE TRABAJO.....3 ACOGIDO A LA ANMISTIA.....4 SIN PAPELES.....5 OTRO, ESPECIFIQUE _____																						
116	¿Cuáles de los siguientes parientes suyos viven aquí en el país?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>MARIDO O COMPAÑERO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MADRE</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>HIJOS.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>SUEGROS</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>ALGUN OTRO? ESPECIFIQUE _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	MARIDO O COMPAÑERO	1	2	MADRE	1	2	PADRE	1	2	HIJOS.....	1	2	SUEGROS	1	2	ALGUN OTRO? ESPECIFIQUE _____			
	SI	NO																						
MARIDO O COMPAÑERO	1	2																						
MADRE	1	2																						
PADRE	1	2																						
HIJOS.....	1	2																						
SUEGROS	1	2																						
ALGUN OTRO? ESPECIFIQUE _____																								
117	¿Cuántos adultos conoce Ud. en Costa Rica a quienes puede acudir por ayuda si tuviera un problema?	PERSONAS																						
118	¿Ahora dígame en qué lugar vivía usted cuando cumplió 15 años? AQUI (MISMO DISTRITO) NICARAGUA OTRO PAIS CANTON _____ DISTRITO _____	AQUI (MISMO DISTRITO)00000 NICARAGUA..... 11111 OTRO PAIS.....88888 CANTON DISTRITO.....																						
119	¿Cuánto tiempo ha vivido Ud. aquí? NOTA: Nombre del distrito donde vive actualmente	AÑOS MESES.....																						
120	¿De qué religión es usted?	CATÓLICA1 OTRA _____2 (ESPECIFIQUE) NO CREYENTE3	→ 122																					
121	¿Cuántas veces por mes asiste a su iglesia?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA.....1 UNA, DOS O TRES VECES AL MES.....2 MENOS DE UNA VEZ POR MES.....3 NUNCA.....4 NO RESPONDE.....9																						

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
122	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos diariamente? (1 PAQUETE = 20 CIGARRILLOS)	SÍ1 NO2	→ 126
123	¿A qué edad comenzó a fumar?	EDAD	
124	¿Fuma usted actualmente?	SÍ1 NO2	→ 126
125	¿Cuántos cigarrillos por día fuma usted generalmente?	CIGARRILLOS	
126	¿Alguna vez se ha hecho un papanicolau o citología? INDAGUE: LA PRUEBA PARA EL CANCER DEL CUELLO DEL UTERO	SÍ1 NO2 NO SABE9	→ 128
127	¿Alguna vez ha ido al médico para un examen ginecológico?	SÍ1 NO2	→ 129
128	¿En qué mes y año le hicieron el último (papanicolau/examen ginecológico)	MES AÑO	
129	¿En los últimos 10 años la han vacunado contra el tétano?	SI1 NO2 NS/NR9	
130	¿Se examina usted los pechos mensualmente después de la menstruación: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca?	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 CASI NUNCA4 NUNCA5	
131	¿En qué mes y año consultó Ud. un doctor por última vez?	MES AÑO	
132	¿Dónde fue usted a consultar al doctor la última vez? INDICAR SI ES CONSULTORIO PRIVADO, MEDICO DE EMPRESA O EL NOMBRE DE LA CLINICA O CENTRO CLINICA: _____	CODIGO	
133	¿Desde enero de 1994 hasta el presente, un doctor o enfermera le ha diagnosticado a usted: (LEA TODAS LAS CONDICIONES)	<p style="text-align: right;">SI NO</p> PRESION ARTERIAL ALTA 1 2 VARICES..... 1 2 INFECCION DE LA MATRIZ 1 2 TUMORES O QUISTES EN LA MATRIZ..... 1 2 TUMORES O QUISTES EN LOS PECHOS..... 1 2 PROBLEMAS DE INFERTILIDAD..... 1 2 DIABETES 1 2 ALGUN OTRO PROBLEMA? _____	
134	¿Es usted asegurada de la Caja Costarricense de Seguro Social?	SÍ1 NO2	

III. HISTORIA DE EMBARAZOS

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
301	Hablemos ahora de los embarazos y los hijos, ¿está usted embarazada actualmente?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	<input type="checkbox"/> → 304
302	¿Quería usted quedar embarazada en ese momento, le hubiera gustado esperar un poco más o hubiera preferido no quedar embarazada más ?	SI QUERIA.....1 QUERIA ESPERAR.....2 NO QUERIA.....3	
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?	MESES _ _ _	→ 305
304	¿Ha estado usted alguna vez embarazada?	SI.....1 NO.....2	→ 601
305	¿Tiene usted hijas o hijos vivos?	SI.....1 NO.....2	→ 309
306	¿Cuántas hijas e hijos suyos viven con usted? INDAGUE: Es alguno de estos adoptado?	HIJAS CON USTED _ _ _ HIJOS CON USTED _ _ _	
307	¿Cuántos de estos hijos son adoptados?(NINGUNO, ANOTE 00)	NO. HIJOS ADOPTADOS _ _ _	
308	¿Cuántas hijas e hijos suyos no viven con usted? INDAGUE: Está(n) vivos? NOTA: VERIFIQUE SI ALGUNO DE ÉSTOS ES ADOPTADO Y ANÓTELO EN 307 (NO LO ANOTE AQUÍ)	HIJAS FUERA _ _ _ HIJOS FUERA _ _ _	
309	¿Ha tenido hijos o hijas que murieron? Tome en cuenta incluso los que vivieron sólo horas o minutos, pero no los nacidos muertos.	SI.....1 NO.....2	→ 311
310	¿Cuántas hijas e hijos suyos han muerto?	HIJAS MUERTAS _ _ _ HIJOS MUERTOS _ _ _	
311	SUME 306, 308 Y 310 Y ANOTE EL TOTAL TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS..... _ _ _ VERIFIQUE: SI HAY HIJOS ADOPTADOS RESTE 307. ¿Para estar segura de que tengo esto bien, usted ha tenido _____ hijos nacidos vivos. ¿Es esto correcto? SI RESPONDE NO, INDAGUE Y CORRIJA 306 A 311		
312	VER 311 UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="text"/> ↓	NO HIJOS NACIDOS VIVOS <input type="text"/> →	321

313 Ahora hablemos acerca de todos sus partos. Dígame por favor los nombres de todos los hijos e hijas (incluyendo los que han muerto) que usted ha tenido, empezando por el primero.

ANOTE NOMBRES EN LA PRIMERA COLUMNA
PARA GEMELOS Y TRILLIZOS ASIGNE UNA LINEA A CADA UNO

313. Nombre	314. En qué mes y año nació (...)?	315. ¿Cuántos años cumplidos tiene (...) ahora? SI MURIO ANOTE '88'	316. SI TIENE HIJOS MUERTOS (VER 310) PREGUNTE: ¿Dígame los nombres de los que murieron?	317. ¿De qué edad murió (...)? INDAGUE DIAS SI MENOS DE UN MES Y MESES SI MENOS DE 1 AÑO	318. Fue (...) registrado como de "Padre desconocido" en el certificado de nacimiento?	319. SI ES NICARAGUENSE (VER 108) PREGUNTE: ¿Nació (...) en Costa Rica?
01 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
02 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
03 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
04 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
05 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
06 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
07 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
08 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
09 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
10 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
11 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
12 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
13 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
14 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
15 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
16 _____	____ ____ MES AÑO	__ __ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIO 2 →	____ ____ ____ AÑOS MESES DIAS	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2

320	COMPARE 311 CON EL NUMERO DE HIJOS EN EL CUADRO	
	NUMERO IGUAL <input type="text"/> ↓ VERIFIQUE QUE TIENE LA INFORMACION COMPLETA EN EL CUADRO	NUMEROS DIFERENTES <input type="text"/> ↓ INDAGUE Y RECONCILIE
320	COMPARE 310 CON EL NUMERO DE MUERTOS EN EL CUADRO	
	NUMERO IGUAL <input type="text"/> ↓ VERIFIQUE QUE TIENE LA INFORMACION COMPLETA EN EL CUADRO	NUMERO DIFERENTE <input type="text"/> ↓ INDAGUE Y RECONCILIE
PERDIDAS		
321	¿Y ha tenido usted pérdidas, abortos, nacidos muertos o embarazos ectópicos?	SI.....1 NO.....2 → 327
322	¿En qué mes y año terminó el último de éstos embarazos?	MES..... _ _ _ AÑO..... _ _ _
323	VER 322	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CON PERDIDAS DESPUES DE ENERO 1994 <input type="text"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SIN PERDIDAS DESPUES DE ENERO DE 1994 <input type="text"/> → 327 </div> </div>
324	¿De cuántos meses fue este embarazo?	MESES..... _ _ _
325	¿Fue Ud. hospitalizada cuando perdió este embarazo?	SI.....1 NO.....2
326	¿Y ha tenido otras pérdidas o nacidos muertos?	SI.....1 NO.....2
327	VER 318	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CON HIJOS DE PADRE DESCONOCIDO <input type="text"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SIN HIJOS DE PADRE DESCONOCIDO <input type="text"/> → 401 </div> </div> <p>IDENTIFIQUE EL <u>ULTIMO</u> DE ELLOS Y HAGALE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE ESTE. NOMBRE</p>
328	Ud. me dijo que (...) fue inscrito sin el apellido del papá. ¿Porqué razón inscribió a (...) como de padre desconocido?	CODIGO _ _ _

329	Le voy a dar algunas razones por las que algunas madres inscriben a sus hijos como de padre desconocido, por favor dígame si esa razón se aplica a (...).	SI NO NS/NR	
	<ul style="list-style-type: none"> La mamá prefiere que no tenga el apellido del papá El papá no quiere darle el apellido La mamá no sabe donde encontrar al papá del chiquito La mamá no sabe quien es el papá La mamá no sabe cuál es el trámite para registrar el papá 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9	
330	¿Considera Ud. que las personas del hospital o del registro hacen las cosas más fáciles o más difíciles para que una madre sola registre en la boleta al padre del chiquito?	MAS FACILES.....1 NEUTRALES.....2 MAS DIFICILES.....3	
331	¿Actualmente tiene (...) el apellido del papá?	SI.....1 NO.....2 EL NIÑO MURIO.....3	→ 333 → 335
332	¿Qué edad tenía (...) cuando registró legalmente el nombre del papá?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	
333	VER 315 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> (...) 3 AÑOS O MAS <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> (...) MENOS DE 3 AÑOS <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> → </div> </div>		335
334	¿Sabe (...) quién es su papá?	SI.....1 NO.....2	
335	Por favor recuerde le época en que se mejoró de (...). ¿Estaba Ud. viviendo con el papá de (...)?	SI.....1 NO.....2	→ 337
336	¿Sabía el papá de (...) que Ud. iba a tener un hijo de él?	SI.....1 NO.....2	→ 339
337	¿En esa época, le pidió Ud. al papá de (...) que le diera el apellido?	SI.....1 NO.....2	→ 339
338	¿Porqué no le pidió?	CODIGO..... _ _	
339	¿En esa época qué edad tenía el papá de (...)?	AÑOS..... _ _	
340	¿Cuál es el nivel escolar más alto que tenía el papá de (...) en esa época?	NINGUNO.....0 PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 SUPERIOR.....3 NR/NS.....9	
341	¿En esa época, el papá de (...)Trabajaba o estudiaba?	TRABAJABA.....1 TRABAJABA Y ESTUDIABA.....2 ESTUDIABA.....3 NO.....4	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> →
342	¿En qué consistía su trabajo? DETALLE BIEN	OCUPACION..... _ _ _ _	343

409	¿Quién la atendió en el parto principalmente?	MEDICO..... 1 ENF. OBSTETRA..... 2 ENFERMERA..... 3 PARTERA EMPIRICA..... 4 PARIENTE..... 5 OTRO..... 6	
410	¿Fue parto normal o fue cesárea?	VAGINAL..... 1 CESAREA..... 2	
411	¿En el parto o la semana siguiente se hizo cortar los tubos para no tener más hijos?	EN EL PARTO..... 1 SEMANA SIGUIENTE..... 2 NO..... 3	
412	¿(...) nació a tiempo o fue prematuro?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2	
413	¿Cuánto pesó (...) al nacer?	GRAMOS..... 1 __ _ _ _ _ _ LIBRAS : OZ..... 2 __ _ _ _ : __ _ _ _ NS..... 999	
414	¿Cuánto tiempo después del parto le entregaron a (...) para que le diera pecho?	MENOS DE 1 HORA..... 1 1 - 23 HORAS..... 2 1 - 2 DIAS..... 3 3 + DIAS..... 4 NUNCA, MURIO..... 5	
415	¿Le dio Ud. el pecho a (...)? MARQUE SI, SI USA TIRA LECHE	SI PECHO..... 1 SI PECHO Y TIRA LECHE..... 2 SI TIRA LECHE..... 3 NO..... 4	→ 417
416	¿Y cuántos meses tenía (...) cuando lo/la destetó completamente?	MESES..... __ _ _ _ AUN LACTANDO..... 98	
417	¿A qué edad comenzó (...) a tomar: - Leche de vaca o especial para chiquitos? - Jugos u otros líquidos? - Purés u otros sólidos?	MESES..... __ _ _ _ NO HA TOMADO..... 98 MESES..... __ _ _ _ NO HA TOMADO..... 98 MESES..... __ _ _ _ NO HA TOMADO..... 98	
418	Después de dar a luz a (...) ¿cuántos meses estuvo Ud. sin la regla?	MESES..... __ _ _ _ NO LE HA VENIDO..... 98	
419	¿Y después de dar a luz, cuántos meses pasaron sin tener relaciones sexuales otra vez?	MESES..... __ _ _ _ AUN NO TIENE..... 98	

V. VACUNAS Y SALUD INFANTIL

501. Ahora hablemos de sus chiquitos menores de 5 años.

VEA COL. 317 DE HISTORIA DE EMBARAZOS Y CUENTELOS HIJOS VIVOS MENORES DE 5 AÑOS**(SI MAS DE 4, USE CUESTIONARIOS ADICIONALES)**

HIJOS < 5 AÑOS.....|____|

NINGUNO..... 0

601

502	VEA 314 Y ANOTE EL NUM. DE LA LINEA Y EL NOMBRE DE LOS MENORES DE 5 AÑOS	LINEA..... ____ N:	LINEA..... ____ N:	LINEA..... ____ N:	LINEA..... ____ N:
503	¿Podría mostrarme los carnets de vacunas de (NOMBRES EN 502)?	TIENE CARNET 1 EXTRAVIADO.....2 NO TIENE.....3	TIENE CARNET 1 EXTRAVIADO 2 NO TIENE..... 3	TIENE CARNET 1 EXTRAVIADO.....2 NO TIENE 3	TIENE CARNET..... 1 EXTRAVIADO..... 2 NO TIENE 3
504	DEL CARNET O PREGUNTE: * ¿Cuándo nació (...), le pusieron la vacuna de la tuberculosis o BCG en el hombro izquierdo? (CHEQUEAR LA CICATRIZ SI HAY DUDA) * ¿Y cuántas veces le han dado las gotas de la vacuna de la polio? * ¿Cuántas veces le han inyectado la vacuna triple o DPT? * ¿Cuántas veces le han inyectado la vacuna del sarampión (sola o con rubeola y paperas)?	SI BCG..... 1 NO BCG.....2 NS/NR.....9 DOSIS POLIO..... ____ NS/NR.....9 DOSIS DPT ____ NS/NR.....9 DOSIS SARAMPION ____ NS/NR.....9	SI BCG 1 NO BCG 2 NS/NR 9 DOSIS POLIO ____ NS/NR 9 DOSIS DPT ____ NS/NR 9 DOSIS SARAMPION ____ NS/NR 9	SI BCG..... 1 NO BCG.....2 NS/NR.....9 DOSIS POLIO..... ____ NS/NR.....9 DOSIS DPT ____ NS/NR.....9 DOSIS SARAMPION ____ NS/NR.....9	SI BCG..... 1 NO BCG.....2 NS/NR.....9 DOSIS POLIO..... ____ NS/NR.....9 DOSIS DPT..... ____ NS/NR.....9 DOSIS SARAMPION ____ NS/NR.....9
505	¿Le han dado a (...) otras vacunas (que no están en el carné)? INDAGUE Y CORRIJA 504.	CORREGIDO..... 1 NO CORREGIDO2	CORREGIDO 1 NO CORREGIDO..... 2	CORREGIDO..... 1 NO CORREGIDO2	CORREGIDO..... 1 NO CORREGIDO 2
506	¿Ha estado (...) enfermo con fiebre o con tos en las últimas dos semanas?	FIEBRE 1 TOS.....2 AMBAS3 NINGUNA 4 ↓ PASE A 508	FIEBRE..... 1 TOS 2 AMBAS 3 NINGUNA 4 ↓ PASE A 508	FIEBRE 1 TOS.....2 AMBAS3 NINGUNA 4 ↓ PASE A 508	FIEBRE 1 TOS.....2 AMBAS 3 NINGUNA 4 ↓ PASE A 508
507	¿Lo llevó donde un doctor (a) para que le vea esa fiebre/tos?	SI..... 1 NO.....2	SI 1 NO 2	SI..... 1 NO.....2	SI..... 1 NO.....2
508	¿Ha estado (...) con diarreas en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 ↓ SIGUIENTE HIJO	SI 1 NO 2 ↓ SIGUIENTE HIJO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ SIGUIENTE HIJO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ SIGUIENTE HIJO
509	¿Lo llevó donde un doctor (a) para que le trate la diarrea?	SI..... 1 NO.....2	SI 1 NO 2	SI..... 1 NO.....2	SI..... 1 NO..... 2

510	¿Le ayuda alguien a criar a su(s) hijo(s)? ¿Quién? (EXCLUYE GUARDERIAS, JARDINES DE NIÑOS, ETC)	MAMA/SUEGRA.....1 HIJOS2 EMPLEADA3 OTRO4 ESPECIFIQUE NO NADIE5	
511	¿Tiene a alguno de su(s) chiquito(s) en una guardería, CINAI o en un Hogar Comunitario?	GUARDERIA1 CEN-CINAI2 HOGAR COMUNITARIO.....3 NINGUNO.....4	

VI. PLANIFICACION FAMILIAR

601	Ahora me gustaría hablar sobre la planificación familiar. ¿De cuáles métodos de planificación familiar ha oído hablar? ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 1 EN 602 EN CADA METODO MENCIONADO. PREGUNTE 602 POR CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS 603 Y 604 PARA CADA METODO DONDE LOS NUMERO 1 O 2 EN LA PREGUNTA 602 ESTEN ENCERRADOS EN EL CIRCULO.		
Error! Bookmark not defined.	602 ¿Ha oído hablar alguna vez de ... (METODO)?	603 ¿Ha usado alguna vez.... (METODO)? SOLO SI "HA OIDO"	604 ¿Sabe dónde obtener (METODO)?
01 PASTILLAS o píldoras anticonceptivas	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
01a ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA o pastillas del día siguiente.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
02 DIU , espiral o T de cobre.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
03 CONDON o preservativo	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
04 INYECCIONES anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
05 METODOS VAGINALES como espumas, cremas, tabletas, óvulos o diafragma.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
06 NORPLANT o implante de 5 años en el brazo.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
07 ESTERILIZACION FEMENINA o ligadura para no tener más hijos.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	¿Se ha hecho usted la operacion para no tener mas hijos? SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
08 VASECTOMIA u operación del hombre para no tener más hijos.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	¿Se ha hecho su esposo la operacion para no tener mas hijos? SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
09 METODO DE BILLINGS o control de temperatura o moco cervical para saber los días fértiles de la mujer.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	¿Sabe dónde puede obtener consejo sobre el método de Billings? SI..... 1 NO..... 2
10 RITMO o control de la menstruación (calendario).	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	██████████
11 RETIRO él se retira antes de terminar.	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	██████████
12 OTRO METODO ¿Para evitar el embarazo? 1. (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONT..... 1 SI/RECONOC 2 NO..... 3	SI..... 1 NO..... 2	██████████

605	VEA EN 602 SI CONOCE AL MENOS UN METODO (ALGUN "SI")	ALGUN SI 1 NINGUN SI 2	→ 701
606	¿Qué edad tenía Ud. cuando se enteró por primera vez de los métodos de planificación familiar?	EDAD _ _ _	
607	¿Cómo se enteró por primera vez de los métodos de planificación familiar? INDAGUE: ¿Cuál opción es la primera?	MARIDO/PAREJA 1 MADRE 2 OTROS PARIENTES..... 3 AMISTADES 4 DOCTOR/ENFERMERA..... 5 COLEGIO/CURSOS 6 RADIO/TV 7 LEYENDO..... 8 OTRO..... 9	
608	VEA 603: HA USADO ANTICONCEPTIVOS (ALGUN "SI" EN COL.603)	SI HA USADO..... 1 NO HA USADO..... 2	→ 614
609	¿Y cuál fue el primer método de planificación familiar que Ud. o su pareja usó?	PASTILLA 01 DIU 02 CONDON 03 INYECCION 04 VAGINALES 05 NORPLANT 06 ESTERIL.FEMENINA 07 ESTERIL MASCULINA..... 08 BILLINGS..... 09 RITMO 10 RETIRO 11 OTRO..... 12	
610	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a usar ... (METODO)?	EDAD _ _ _	
611	¿Cuántos hijos tenía Ud. en ese momento?	HIJOS _ _ _	
612	VEA 301 (SI ESTA EMBARAZADA) Y 603 (SI ESTERILIZADA)	EMBARAZADA 1 ESTERILIZADA 2 NO EMB., NO EST. 3	→ 617 → 621a
613	¿Actualmente está Ud. o su esposo usando un método para no quedar embarazada?	SI USA 1 NO USA 2	→ 621
SOLO MUJERES QUE <u>NO</u> ESTAN USANDO			
614	¿Es posible que Ud. quede embarazada en los próximos 30 días?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR 9	→ 616 → 616
615	¿Por qué razón no es posible?	NO SEXO..... 1 EN POST PARTO..... 2 MENOPAUSIA 3 OPERADA 4 INFERTIL ELLA 5 INFERTIL ESPOSO..... 6 OTRA..... 7	→ 617 → 619 → 617
616	¿Por qué no está usando algún método de planificación familiar?	QUIERE EMBARAZO..... 1 LE HACE DAÑO 2 RELIGION..... 3 ESPOSO NO DEJA..... 4 SE HA DESCUIDADO 5 DIFICIL CONSEGUIR..... 6 LE DA VERGUENZA 7 OTRA..... 8 NS 9	
617	¿En los próximos doce meses, piensa usar algún método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	→ 619

PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
618	¿Qué método preferiría o está pensando usar?	PASTILLA 01 DIU 02 CONDON 03 INYECCION 04 VAGINALES 05 NORPLANT 06 ESTERIL. FEMEN 07 ESTERIL. MASC 08 BILLINGS 09 RITMO 10 RETIRO 11 OTRO 12	
619	¿Si en este momento quisiera planificar, dónde iría Ud a obtener un método de planificación? DETALLE LUGAR	CODIGO _ _ _ _ _ EN LA CASA 997 MEDICO DE EMPRESA 998	701
620	¿Cuánto tiempo tarda Ud en ir a ...(LUGAR)?	HORAS _ _ MINUTOS _ _	701
SOLO MUJERES ACTUALMENTE USANDO			
621	¿Qué métodos están usando actualmente?	PASTILLA 01 DIU 02 CONDON 03 INYECCION 04 VAGINALES 05 NORPLANT 06 ESTERIL. FEMEN 07 ESTERIL. MASC 08 BILLINGS 09 RITMO 10 RETIRO 11 OTRO 12	628
621a	PARA ESTERILIZACION FEMENINA MARQUE 07	ESTERIL. FEMEN 07 ESTERIL. MASC 08 BILLINGS 09 RITMO 10 RETIRO 11 OTRO 12	632
622	¿En qué mes y año la operaron (para no tener más hijos)? SI NO RECUERDA, INDAGUE ¿Cuántos meses después del último parto? MESES POST PARTO:	MES _ _ _ AÑO _ _ _	
623	¿Cuánto le costó la operación? (NADA = 0)	MILES DE ¢ _ _ _	
624	¿Si tuviera que decidir otra vez, se volvería a operar?	SI 1 NO 2 NS/NR 9	626 626
625	¿Por qué razón (no se operaría)?	QUIERE MAS HIJOS 1 RELIGION 2 SALUD 3 OTRA 4	
626	¿En dónde la operaron? HOSPITAL	CODIGO _ _ _ _ _	
627	¿Cuánto tiempo se tardaba en ir de la casa a (...HOSPITAL)	HORAS _ _ MINUTOS _ _	701

628	SEGÚN EL MÉTODO EN 621 PREGUNTE: DIU/NORPLANT: ¿En qué clínica le pusieron el ...(MÉTODO)? OTRO: ¿Dónde obtuvo ...(MÉTODO) la última vez? DETALLE LUGAR: _____ _____	CÓDIGO..... __ __ __ __ EN LA CASA997 MED. EMPRESA.....998	→ 632 → 631
629	¿Cuánto tiempo tarda/tardó Ud. en ir a ...(LUGAR)?	HORAS __ MINUTOS __ __	
630	¿Recuerde la última vez que fue por ...(METODO) a ...(LUGAR) ¿A qué hora llegó y a qué hora salió? HORAS LLEGO _____ SALIO: _____	HORAS __ __ MINUTOS __ __	
DEJAR COMPUTO DEL TIEMPO PARA LA OFICINA			
631	¿Cada cuántos meses tiene que ir (por)/(para que le controlen)...(METODO)	MESES __ __	
632	¿Ha tenido algún problema al usar ...(METODO)? INDAGUE: ¿Qué problema?	SIN PROBLEMAS 1 PROBLEMAS DE SALUD 2 ESPOSO DESAPRUEBA..... 3 ACCESO/DISPONIBILIDAD..... 4 ALTO COSTO..... 5 INCOMODO..... 6 OTRO 7	
633	¿Cuántos meses seguidos ha estado usando...(METODO)?	MESES..... __ __ __	
634	NOMBRE DE LA CLINICA MAS CERCANA SEGUN LISTADO DADO EN LA OFICINA _____	CODIGO __ __ __	
635	COMPARAR 628 CON 634: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DIFERENTES CLINICAS <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> LA MISMA CLINICA O 628 EN BLANCO <input type="checkbox"/> → </div> <div style="text-align: right;">701</div> </div>		
636	SEGUN EL METODO EN 621 PREGUNTE: DIU/NORPLANT: ¿Porqué razón no fue a la clínica ... (VER 634) para que le pusieran el ... (METODO)? OTRO: ¿Porqué razón no obtuvo ...(METODO) en ...(VER 634) la última vez?	CODIGO __ __	

VII. PREFERENCIAS DE PLANIFICACION FAMILAR

		SI	NO	NS/NR		
701	Con respecto al aborto. ¿En cuáles de las siguientes situaciones estaría bien que se permita el aborto?:					
	- Cuando el embarazo es peligroso para la VIDA de la madre?	1	2	9		
	- Cuando el embarazo es peligroso para la SALUD de la madre?	1	2	9		
	- Cuando el hijo será anormal?	1	2	9		
	- Cuando la mujer fue violada?.....	1	2	9		
	- Cuando la mujer fue embarazada por su padre o su hermano?	1	2	9		
	- Cuando es soltera y el hombre no quiere casarse?.....	1	2	9		
	- Cuando no puede mantener y educar a los hijos?	1	2	9		
	- Cuando la mujer lo decida por cualquier motivo?	1	2	9		
702	¿Cuál piensa Ud que es la posición de la Iglesia Católica respecto de la planificación familiar? ¿Está la iglesia a favor, en contra, o es neutral?	FAVOR.....	1	EN CONTRA.....	2	
		NEUTRAL.....	3	NS/NR.....	9	→ 704
703	¿Piensa Ud que la Iglesia Católica debería mantener o cambiar esta posición?	MANTENERLA	1	CAMBIARLA	2	
		NS/NR.....	9			
704	¿Respecto de la planificación familiar? ¿Cree usted que el Gobierno está a favor, en contra, o es neutral?	FAVOR.....	1	CONTRA.....	2	
		NEUTRAL.....	3	NS/NR.....	9	
705	¿Está Ud. a favor o en contra de que se de a los jóvenes educación sexual en los colegios?	DE ACUERDO.....	1	EN CONTRA.....	2	→ 708
		DEPENDE.....	3	NS/NR.....	9	→ 708
706	¿Y las clases de educación sexual deberían darse como parte de la materia de religión o en otra materia?	RELIGION.....	1	MATERIA APARTE	2	
		OTRA MATERIA.....	3	CUALQUIER MATERIA.....	4	
		NS/NR.....	9			
707	¿Y estaría Ud a favor o en contra en que en estas clases se expliquen los métodos de planificación familiar?	DE ACUERDO.....	1	EN CONTRA.....	2	
		DEPENDE.....	3	NS/NR.....	9	
708	¿Ha ido Ud. alguna vez a la consulta de planificación familiar de los EBAIS, Puestos de Salud o Clínicas de la Caja?	SI.....	1	NO.....	2	→ 713
709	¿Hace cuánto tiempo usó este servicio por última vez?	MENOS DE 3 AÑOS	1	3 AÑOS O MAS	2	→ 713
710	¿En dónde usó este servicio? LUGAR:	CODIGO				

711	<p>En el lugar donde Ud. obtiene los métodos de planificación familiar...</p> <p>- El personal es cortés y considerado?</p> <p>- Atienden rápido?</p> <p>- Explican cómo usar el método y sus efectos?</p> <p>- Respetan la dignidad y el pudor de la mujer?</p> <p>- Informan y dan a escoger otros métodos?</p> <p>- Dan suficiente cantidad del método?</p> <p>- Se preocupan de la salud de la mujer?</p> <p>- Se preocupan de que la mujer quede bien protegida y no se embarace?</p>	<p>SI NO NS/NR</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p> <p>..... 1 2 9</p>	
712	<p>¿Tiene Ud sugerencias para mejorar el servicio? DETALLE:</p>	CODIGO	
713	<p>En general ¿Está Ud a favor o en contra de la planificación familiar?</p>	<p>DE ACUERDO 1</p> <p>EN CONTRA 2</p> <p>DEPENDE 3</p> <p>NS/NR 9</p>	<p>→ 716</p> <p>→ 716</p>
714	<p>¿Le parece a Ud bien que se haga propaganda a la planificación familiar?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS/NR 9</p>	
715	<p>¿Si de Ud. dependiera, que método preferiría Usted usar? ENTREVISTADORA: SI CONTESTA "NINGUNO" INDAGUE ¿POR QUE?</p>	<p>NINGUNO 00</p> <p>PASTILLA 01</p> <p>DIU 02</p> <p>CONDON 03</p> <p>INYECCION 04</p> <p>VAGINALES 05</p> <p>NORPLANT 06</p> <p>ESTERIL. FEMEN 07</p> <p>ESTERIL. MASC 08</p> <p>BILLINGS 09</p> <p>RITMO 10</p> <p>RETIRO 11</p> <p>OTRO 12</p> <p>NS/NR 99</p>	
716	<p>¿En qué mes y año tuvo usted su primera relación sexual (COITO)?</p> <p>INDAGUE: SI CONTESTA NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, VERIFIQUE 603 Y 609</p>	<p>MES </p> <p>AÑO </p> <p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 2222</p> <p>NS/NR 9999</p>	<p>→ 801</p>
717	<p>¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo esa primera relación sexual?</p>	<p>EDAD </p> <p>NO SABE 98</p>	
718	<p>¿Usó usted o su pareja algún método anticonceptivo para que Ud. no quedara embarazada en esa primera relación sexual?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	<p>→ 721</p>

719	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual?	PÍLDORA.....1 DIU.....2 CONDÓN.....3 INYECCIÓN.....4 MÉTODOS VAGINALES.....5 NORPLANT Ó IMPLANTE.....6 MÉTODO BILLINGS.....9 RITMO.....10 RETIRO.....11 COITO ANAL/ORAL.....12 OTRO.....13 (ESPECIFIQUE) NS/NR.....99	→ 801
720	¿Dónde consiguieron ese método que usaron en su primera relación?	LA CAJA1 MINISTERIO DE SALUD (PUESTO O EBAS).....2 LA FARMACIA.....3 CONSULTORIO DE MÉDICO PARTICULAR.....4 SUPER/PULPERIA5 AMIGO/VECINO/PARIENTE.....6 OTRO.....8 NS/NR.....9	→ 801
721	¿Por qué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO.....1 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO2 CREÍA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD.....3 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA.....4 QUERÍA EMBARAZARSE5 CONOCÍA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABÍA DONDE OBTENERLOS6 EL COMPAÑERO SE OPUSO.....7 QUERÍA USARLO PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO.....8 COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS9 OTRO.....88 NO SABE/NO RECUERDA.....98 NO RESPONDE99	

VIII. ESTADO CONYUGAL

801	¿Alguna vez ha estado Ud. casada o conviviendo con un hombre?	SI1 NO2	→ 807
802	¿Y actualmente está Ud. casada, vive con un hombre, es viuda, o está divorciada o separada?	CASADA.....1 UNIDA2 VIUDA3 DIVORCIADA.....4 SEPARADA.....5	→ 804
803	¿Su esposo (compañero) vive aquí con Ud. o está viviendo en otra parte?	CON ELLA.....1 VIVIENDO APARTE.....2	
804	¿Ha estado Ud. casada o viviendo con un hombre una o varias veces?	UNA1 VARIAS2	
805	¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos Ud. y su (primer) esposo o compañero? SI NO RECUERDA INDAGUE: ¿qué edad tenía Ud. cuando comenzaron a vivir juntos? EDAD	MES..... AÑO.....	
806	¿Cuando comenzaron a vivir juntos, estaban casados por la iglesia, lo civil o no estaban casados?	IGLESIA1 CIVIL.....2 NO CASADOS3	

807	<p>SI NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES (VERIFIQUE P716 = 2222) PASE A 901</p> <p>Ahora necesitamos saber otros datos sobre su vida sexual con el fin de entender mejor la planificación familiar y la fecundidad.</p> <p>¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales en las 4 últimas semanas?</p>	<p>NUMERO DE VECES </p>	
808	<p>¿Y en la última semana cuántas veces ha tenido relaciones sexuales?</p>	<p>NUMERO DE VECES </p>	
809	<p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>HOY, ANOTE 00 ANOCHES, ANOTE 01</p>	<p>HACE DIAS 1 </p> <p>HACE SEMANAS 2 </p> <p>HACE MESES 3 </p> <p>HACE AÑOS 4 </p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO 996</p>	

IX. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

901	<p>VEA EN 609 SI ELLA O EL ESTAN ESTERILIZADOS</p>	<p>ESTERILIZADO/A 1</p> <p>NO ESTERILIZADO/A 2</p>	→ 906
902	<p>VEA EN 802 SI ESTA CASADA O UNIDA</p>	<p>CASADA/UNIDA 1</p> <p>NO CASADA/UNIDA 2</p>	→ 908
903	<p>Ahora le voy a preguntar algunas cosas acerca del futuro</p> <p>VEA EN 301 SI ESTA EMBARAZADA</p> <p>NO EMBARAZADA O NO SABE: ¿Le gustaría a Ud. tener un/otro hijo o preferiría no tener un/más hijos?</p> <p>EMBARAZADA: Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER UN (OTRO)HIJO 1</p> <p>NO MAS 2</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3</p> <p>INDECISA O NO SABE 8</p>	→ 906
904	<p>VEA EN 301 SI ESTA EMBARAZADA.</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE: ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar a partir de ahora antes de tener un/otro hijo?</p> <p>EMBARAZADA: ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después de que el niño nazca antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES 1 </p> <p>AÑOS 2 </p> <p>PRONTO/AHORA 994</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 995</p> <p>OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 998</p>	→ 906
905	<p>VEA 317: SI NO TIENE HIJOS VIVOS MARQUE "96". DE OTRO MODO PREGUNTE:</p> <p>¿Cuántos años quisiera que tuviera su hijo menor antes de tener el otro hijo?</p>	<p>EDAD DEL MENOR AÑOS </p> <p>NO TIENE NIÑOS VIVOS 96</p> <p>NO SABE 98</p>	

