

# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-93) EL SALVADOR, C.A.

## I. IDENTIFICACION

<b>A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA</b> DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ CANTON: _____ AREA: 1. METROPOLITANA _____ 2. RESTO URBANO _____ 3. RURAL _____	<b>B. IDENTIFICACION MUESTRAL</b> QUESTIONARIO No.: _____ SECTOR No.: _____ SEGMENTO No.: _____ VIVIENDA No.: _____
--	---

(Sr., Sra., Srita.) Buenos (días/tardes/noches):  
 Estamos haciendo un estudio de la salud de la mujer y el niño de El Salvador, para lo cual estamos entrevistando a muchas mujeres de todo el país. Nos gustaría tener su cooperación.

¿Cuál es la dirección exacta de esta casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre del jefe del hogar? \_\_\_\_\_

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA						
NUMERO DE LA VISITA	1	2	3	4		
CODIGO DE ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	_____	_____	_____
FECHA DE LA VISITA	DIA _____ MES _____	DIA _____ MES _____	DIA _____ MES _____	DIA _____ MES _____	DIA _____ MES _____	DIA _____ MES _____
HORA DE LA ENTREVISTA	INICIAL _____ FINAL _____	_____	_____	_____	_____	_____
RESULTADO *	_____	_____	_____	_____	_____	_____
* CODIGO DE RESULTADO : 1. Entrevista Completa 2. Entrevista Incompleta 3. No hay elegible (MEF) 4. Moradores Ausentes 5. MEF seleccionada ausente 6. Entrevista Rechazada 7. Rechazo Parcial 8. Vivienda Desocupada 9. Otro _____ (Especifique)						

D. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

E. DATOS DE PROCESAMIENTO		
CODIGO FECHA	CRITICADO EN EL CAMPO POR: _____ / _____	CRITICADO EN LA OFICINA POR: _____ / _____
		DIGITADO POR: _____ / _____

II. SELECCION DE LA ENTREVISTADA

200. ¿Cuántas personas (Incluyendo niños)  
residen habitualmente en esta  
vivienda?

No. TOTAL DE VARONES — —  
No. TOTAL DE HEMBRAS — —  
No. TOTAL DE PERSONAS — —

- LEA: ¿Puede declíme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad  
que viven habitualmente en esta casa, empezando con la de más edad?  
- SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA.  
- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE  
MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

	Nombre de la Mujer en Edad Fértil	Edad	Estado Civil	Ultimo grado escolar que aprobó						
				0. NINGUNO	1. PRIMAR.	2. SECUND.	3. BACHILL.	4. SUPERIOR		
1.			1. ACOMPAÑADA		0	2	3	4	5	6
2.			2. CASADA		1	2	3	4		
3.			3. VIUDA		1	2	3	4		
4.			4. SEPARADA		1	2	3	4		
5.			5. DIVORCIADA		1	2	3	4		
6.			6. SOLTERA		1	2	3	4		
7.										
8.										

201. ¿Entonces, en esta casa viven . . .  
mujeres de 15 a 49 años de edad?

No. DE MEF —

ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
0	1	2	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5	5

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENTREVISTADORA: FIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA.  
 LEA A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: la hemos escogido a ud. para ser  
 entre las mujeres de este caso, la hemos escogido a ud. por proporcione sera  
 entrevistada. Toda la informacion que ud. nos proporcione sera  
 estrictamente confidencial, y su nombre no aparecera en ningun  
 informe de los resultados de este estudio.

300. ¿Por favor dígame, en qué mes y año nació Usted? MES --- AÑO ---

301. ¿Entonces qué edad cumplió en su último cumpleaños? EDAD ---

SUME AÑO EN 300 Y EDAD EN 301, Y ANOTE EL TOTAL.  
 SI LA MUJER YA CUMPLIO AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 93.  
 SI LA MUJER TODAVIA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 92.  
 INDAGUE Y CORRIJA SI EL TOTAL NO ES CORRECTO. CHEQUEE SI EDAD ES  
 CONSISTENTE CON LA PAGINA ANTERIOR. SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO  
 ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.

302. ¿Dónde vivía usted a mediados de 1988 (hace 5 años)?  
 EL SALVADOR  
 DEPTO. \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
 CANTON \_\_\_\_\_  
 888888. AQUÍ MISMO \_\_\_\_\_

OTRO PAIS \_\_\_\_\_

303. ¿Cuál fue el grado o año más alto de estudios que usted aprobó? (Een que nivel de estudios?)  

NIVEL	GRADO O AÑO
0. NINGUNO	0
1. PRIMARIA	1 2 3 4 5 6
2. SECUNDARIA	1 2 3 4
3. BACHILLERATO	1 2 3 4
4. SUPERIOR	1 2 3 4+

304. ¿Es usted cotizante o beneficiaria del Seguro Social?  
 1. COTIZANTE  
 2. BENEFICIARIA  
 3. NO

305. ¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?  
 1. SI  
 2. NO → 400

306. ¿Trabaja fuera o dentro del hogar?  
 1. FUERA DEL HOGAR  
 2. DENTRO DEL HOGAR

IV. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

LEA A LA ENTREVISTADA:  
 Ahora deseamos obtener informacion de todos los embarazos y nacimientos  
 que usted haya tenido en toda su vida hasta la fecha.

400. ¿Actualmente está Ud. embarazada?  
 1. SI → 402  
 2. NO  
 9. NO SABE

401. ¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?  
 1. SI → 404  
 2. NO → 417

402. ¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?  
 MESES ---  
 1. SI → 414  
 2. NO

404. Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?  
 A. HIJOS EN CASA ---  
 B. HIJAS EN CASA ---  
 C. TOTAL HIJOS EN CASA ---  
 (SI NO TIENE ANOTE 00)

405. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?  
 A. HIJOS FUERA DE CASA ---  
 B. HIJAS FUERA DE CASA ---  
 C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA ---  
 (SI NO TIENE ANOTE 00)

406. ¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?  
 1. SI  
 2. NO → 408

407. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?  
 A. HIJOS QUE MURIERON ---  
 B. HIJAS QUE MURIERON ---  
 C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON ---

408. Hablando de todos los embarazos que Ud. ha tenido en su vida, ¿tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?

1. SI \_\_\_\_\_ → 411  
2. NO \_\_\_\_\_

409. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en nacidos muertos? No. de MORTINATOS \_\_\_\_\_

410. ¿Presentó el (los) niño (s) algunos signos de vida, por ejemplo, respiró o lloró?

1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 406, 407, 408 Y 409 EXPLIQUE A LA MUJER: "para nuestro estudio, queremos incluir este niño como un nacido vivo."

411. Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de completar su sexto mes. ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes? (abortos)

1. SI \_\_\_\_\_ → 413  
2. NO \_\_\_\_\_

412. Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido antes de completar el sexto mes de embarazo? No. DE PERDIDAS \_\_\_\_\_

413. PASE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 400, 404C, 405C, 407C, 409 Y 412.

400. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTA EMBARAZADA, MARQUE 0 AQUÍ). \_\_\_\_\_

404C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA \_\_\_\_\_

405C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA \_\_\_\_\_

407C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON \_\_\_\_\_

409. MORTINATOS \_\_\_\_\_

412. PERDIDAS \_\_\_\_\_

SUMA TOTAL	_____
NUMERO DE PARTOS MULTIPLES	_____

414. ¿El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene) fue porque lo deseaba?

1. SI \_\_\_\_\_ → 416  
2. NO \_\_\_\_\_  
9. NO SABE \_\_\_\_\_

415. ¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?

1. NO QUERIA TENER MAS HIJOS \_\_\_\_\_  
2. QUERIA ESPERAR UN POCO MAS \_\_\_\_\_

416. VEA EN 400 SI LA ENTREVISTADA ESTA EMBARAZADA

1. EMBARAZADA \_\_\_\_\_ → 421  
2. NO EMBARAZADA \_\_\_\_\_  
9. NO SABE \_\_\_\_\_

417. ¿Desea Ud. actualmente un embarazo?

1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_  
9. NO SABE \_\_\_\_\_

418. VEA EN 404C Y 405C SI TIENE HIJOS VIVOS

1. TIENE HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_ → 420  
2. NO TIENE HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_

419. ¿Cuántos hijos desea tener en toda su vida?

\_\_\_\_\_ → 422

420. ¿Cuántos hijos más desea tener?

\_\_\_\_\_ → 422

421. ¿Además del hijo que está esperando, cuántos hijos más desea tener?

\_\_\_\_\_

422. ENTREVISTADORA: MARQUE LO CORRESPONDIENTE

1. ENTREVISTADA NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA \_\_\_\_\_ → p. 34, 800

2. ENTREVISTADA CON MAS DE UN HIJO NACIDO VIVO \_\_\_\_\_ → 423

3. ENTREVISTADA SOLO TIENE UN HIJO NACIDO VIVO \_\_\_\_\_ → 425

4. ENTREVISTADA SOLO TIENE EL EMBARAZO ACTUAL \_\_\_\_\_ → p. 34, 800

5. ENTREVISTADA HA TENIDO SOLO MORTINATOS O ABORTOS \_\_\_\_\_ → p. 29, 701

→ 423. ¿En qué mes y año tuvo Ud. el PRIMER hijo o hija nacido(a) vivo(a), aunque después haya muerto? MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

424. ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 404C, 405C Y 407C.

404C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA \_\_\_\_\_

405C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA \_\_\_\_\_

407C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON \_\_\_\_\_

PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: Ud. ha tenido en total... hijos nacidos vivos? SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS \_\_\_\_\_

V. SALUD EN LA NIÑEZ

500. VEA EN 425C SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE ENERO DE 1988.  
 1. ANTES DE ENERO DE 1988  
 2. A PARTIR DE ENERO DE 1988 → 503
501. VEA 425 ¿HAY HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1988 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD? (COLUMNA f)  
 1. SI → p. 19, 601  
 2. NO

502. VEA EN 413 SI HAY PERDIDAS O MORTINATOS  
 1. SI → p. 29, 701  
 2. NO → p. 34, 800
503. ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO  
 ¿El parto de (NOMBRE) fue por cesarea o no?  
 1. VAGINAL → 505  
 2. CESAREA

504. ¿Por qué le hicieron la cesárea?  
 1. SANGRAMIENTO SEVERO  
 2. LABOR DURO DEMASIADO TIEMPO  
 3. BEBE EN POSICION DIFICIL  
 4. PARTO ATRASADO  
 5. PROBLEMAS CON PARTOS ANTERIORES  
 6. PREFERENCIA PERSONAL  
 7. CESAREA ANTERIOR  
 8. OTRO (Especifique)

FASE A 507

505. ¿Nació de cabeza, de pies o atravesado(a)?  
 1. DE CABEZA  
 2. DE PIES  
 3. ATRAVESADO

506. ¿Le hicieron una herida (epiotomía) para facilitar el parto? (le unieron)  
 1. SI  
 2. NO

507. ¿Durante el parto de (NOMBRE) o inmediatamente después, fue operada para no tener más hijos?  
 1. SI, DURANTE EL PARTO  
 2. SI, INMEDIATAMENTE DESPUES  
 3. NO

508. ¿Le dió pecho a (NOMBRE)?  
 1. SI → 510  
 2. NO

423. Ahora, quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Especimen por el menor.  
 - ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA COLUMNA a. EMPUECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).  
 - LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.  
 - EN COLUMNA f: ANOTE DIAS SI LA EDAD ≤ 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD > 1 MES Y ≤ 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI EDAD > 2 AÑOS.

PERGUNTAS	a. ¿Qué nombre le puso?	b. ¿Hombre o mujer?	c. ¿En qué fecha nació?	d. ¿Está vivo(a)?	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (en meses) cuando murió?	g.
1 ULTIMO NACIDO VIVO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
2 PENULTIMO NACIDO VIVO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
3 ANTEPE- NULTIMO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
4 CUARTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
5 QUINTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
6 SEXTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
7 SEPTIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
8 OCTAVO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
9 NOVENO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
10 DECIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 8. 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	
11 ONCEAVO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA MES AÑO	1. SI → 500 2. NO	MES AÑO	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS	SI NACIO ANTES DE 1983, FASE A 500.	

509. ¿Porqué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?

- 01. MADRE NO QUERIA
- 02. NIÑO MURIO
- 03. NIÑO ENFERMO
- 04. LECHE INSUFICIENTE/NO LE BAJÓ LA LECHE
- 05. DEBIA TRABAJAR
- 06. NIÑO NO QUERIA
- 07. INCONVENIENTE
- 08. LA MADRE ENFERMO
- 09. PEZON INVERTIDO O LESIONES
- 20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

PASE A 521

510. ¿Al cuánto tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle pecho?

- 1. MIN. \_\_\_\_\_
- 2. HORAS \_\_\_\_\_
- 3. DIAS \_\_\_\_\_
- 998. NS/NR \_\_\_\_\_

511. ¿A los cuántos meses le empezó a dar otro tipo de leche a (NOMBRE)?

- MESES \_\_\_\_\_
- 00. MENOS QUE UN MES
- 95. NUNCA LE DIO \_\_\_\_\_
- 96. NO LE DA TODAVIA \_\_\_\_\_ → 513

512. ¿Le dió esta leche en una pacha, en vaso, o con cuchara?

- 1. PACHA \_\_\_\_\_
- 2. VASO \_\_\_\_\_
- 3. CUCHARA \_\_\_\_\_
- 8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

513. ¿A los cuántos meses le dió comida? (sólidos, purés, licuados o colados)

- MESES \_\_\_\_\_
- 00. MENOS QUE UN MES
- 95. NUNCA LE DIO \_\_\_\_\_
- 96. NO LE DA TODAVIA \_\_\_\_\_

514. VEA EN 425d SI HIJO SE MURIO

- 1. MUERTO \_\_\_\_\_ → 516
- 2. VIVO \_\_\_\_\_

515. ¿Está dándole pecho actualmente?

- 1. SI \_\_\_\_\_ → 518
- 2. NO \_\_\_\_\_

516. ¿Porqué dejó de darle pecho?

- 01. NIÑO SE ENFERMO
- 02. NIÑO SE MURIO
- 03. LECHE INSUFICIENTE
- 04. DEBIA TRABAJAR
- 05. NIÑO NO QUERIA
- 06. INCONVENIENTE
- 07. LA MADRE ENFERMO
- 08. PROBLEMAS CON PECHO
- 09. EDAD DE DESTETE
- 10. QUEDO EMBARAZADA
- 11. EMPÉZO ANTICONCEPTIVOS
- 20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

517. ¿Hasta que edad le dió pecho?

- 1. DIAS \_\_\_\_\_
- 2. MESES \_\_\_\_\_

PASE A 521

518. Durante las últimas 24 horas, ¿cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE)?

- \_\_\_\_\_ VECES

519. Durante las últimas 24 horas, ¿cuántas veces le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente:

- Agua? . . . . . \_\_\_\_\_
- Otros líquidos? . . . . . \_\_\_\_\_
- Atoles o purés? . . . . . \_\_\_\_\_
- Comida sólida? . . . . . \_\_\_\_\_

520. ¿Durante las últimas 24 horas, cuál fue el tiempo más largo que pasó sin darle pecho?

- 1. MINUTOS \_\_\_\_\_
- 2. HORAS \_\_\_\_\_

521. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?

- MESES \_\_\_\_\_
- 00 EN EL MISMO MES
- 97 NO LE HA VUELTO

522. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?

- MESES \_\_\_\_\_
- 00 EN EL MISMO MES
- 97 NO HA VUELTO

523. VEA 425c: CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO 1988

\_\_\_\_\_

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ULTIMO NACIDO VIVO	SEGUNDO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
524. NOMBRE (VEA 425):					
525. ESTA VIVO (VEA 425, COL. d):	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO
526. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	1. SI 2. NO → 530	1. SI 2. NO → 530	1. SI 2. NO → 530	1. SI 2. NO → 530	1. SI 2. NO → 530
527. ¿Dónde se hizo el control? 1. ESTABLECIMIENTO DE MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/MEDICO PRIVADO 4. PARTERA 8. OTRO _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __
528. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES __	MESES __	MESES __	MESES __	MESES __
529. ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES __	No. DE CONTROLES __	No. DE CONTROLES __	No. DE CONTROLES __	No. DE CONTROLES __
530. Durante este embarazo, ¿le vacunaron contra el tétano? (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)	1. SI 2. NO → 532 9. NO RECUERDA	1. SI 2. NO → 532 9. NO RECUERDA	1. SI 2. NO → 532 9. NO RECUERDA	1. SI 2. NO → 532 9. NO RECUERDA	1. SI 2. NO → 532 9. NO RECUERDA
531. ¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante este embarazo?	No. DE VACUNAS __ (PASE A 533)	No. DE VACUNAS __	No. DE VACUNAS __	No. DE VACUNAS __	No. DE VACUNAS __
532. ¿Le pusieron alguna vacuna antitetánica en los últimos 10 años?	1. SI 2. NO 9. NO RECUERDA				
533. ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? 01. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 02. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS 03. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S. 04. HOSP. O CLINICA PARTICULAR 05. CASA DE PARTERA 06. CASA PROPIA CON PARTERA 07. CASA PROPIA CON OTROS 08. CASA PROPIA CON MADRE 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __

534. ¿Fue el parto antes del tiempo, de tiempo, o se pasó de la fecha?	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO → 536 3. ATRAZADO 9. NO SABE → 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO → 536 3. ATRAZADO 9. NO SABE → 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO → 536 3. ATRAZADO 9. NO SABE → 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO → 536 3. ATRAZADO 9. NO SABE → 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO → 536 3. ATRAZADO 9. NO SABE → 536
535. ¿Cuántas semanas?	SEMANAS __	SEMANAS __	SEMANAS __	SEMANAS __	SEMANAS __
536. ¿Cuanto pesó (NOMBRE) al nacer?	(lbs.) (ons.)	(lbs.) (ons.)	(lbs.) (ons.)	(lbs.) (ons.)	(lbs.) (ons.)
537. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era pequeño, mediano o grande?	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 4. GRANDE 9. NO SABE
538. ¿Le dió pecho a (NOMBRE)?		1. SI 2. NO → 541	1. SI 2. NO → 541	1. SI 2. NO → 541	1. SI 2. NO → 541
539. ¿Al cuánto tiempo después de nacer empezó a darle el pecho?		1. MIN. ___ 2. HORAS ___ 3. DIAS ___	1. MIN. ___ 2. HORAS ___ 3. DIAS ___	1. MIN. ___ 2. HORAS ___ 3. DIAS ___	1. MIN. ___ 2. HORAS ___ 3. DIAS ___
540. ¿Hasta que edad le dió pecho a (NOMBRE)?		1. DIAS ___ → 542 2. MESES ___	1. DIAS ___ → 542 2. MESES ___	1. DIAS ___ → 542 2. MESES ___	1. DIAS ___ → 542 2. MESES ___
541. ¿Porqué nunca le dió pecho a (NOMBRE)? CODIGOS: 01. MADRE NO QUERIA 02. NIÑO MUERTO 03. NIÑO ENFERMO 04. LECHE INSUFICIENTE/NO LE BAJÓ 05. DEBIA TRABAJAR 06. NIÑO NO QUERIA 07. INCONVENIENTE 08. LA MADRE ENFERMO 09. PECHO INVERTIDO O LESIONES 10. OTRAS RAZONES		CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __	CODIGO __
542. ¿Después que nació (NOMBRE) le llevó para control de niño sano?	1. SI 2. NO → 526 SGTE COL.	1. SI 2. NO → 526 SGTE COL.	1. SI 2. NO → 526 SGTE COL.	1. SI 2. NO → 526 SGTE COL.	1. SI 2. NO → 526 SGTE PAGINA
543. ¿Al cuánto tiempo después de nacido le llevó a control por primera vez?	1. DIAS ___ 2. SEMANAS ___ 3. MESES ___	1. DIAS ___ 2. SEMANAS ___ 3. MESES ___	1. DIAS ___ 2. SEMANAS ___ 3. MESES ___	1. DIAS ___ 2. SEMANAS ___ 3. MESES ___	1. DIAS ___ 2. SEMANAS ___ 3. MESES ___
544. ¿A dónde le llevó a control? CODIGOS: 1. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 2. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS 3. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S. 4. HOSP. O CLINICA PARTICULAR 8. OTRO: _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO __  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO __  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO __  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO __  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO __  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)

ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1988 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR (SEGUN DATOS DE PREGUNTAS 524 Y 525 DE P. 12):

Nombres	Está Vivo	
	SI	NO
1. El último	1	2
2. El Pénultimo	1	2
3. Tercer Anterior	1	2
4. Cuarto Anterior	1	2
5. Quinto Anterior	1	2

PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	CUADRO PARA SELECCION DEL NIÑO A INVESTIGAR				
	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
0	1	2	3	4	5
1	1	2	2	4	3
2	1	1	3	1	4
3	1	2	1	2	5
4	1	1	2	3	1
5	1	2	3	4	2
6	1	1	1	1	3
7	1	2	2	2	4
8	1	1	3	3	5
9	1	2	1	4	1
	1	1	2	1	2

545. A. NUMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: \_\_\_\_\_

B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: \_\_\_\_\_

C. ESTA VIVO:

1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_

546. Hablando de (NOMBRE), ¿Tuvo Ud. algún control después del parto? \_\_\_\_\_

1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_ → 549

547. ¿Cuánto tiempo después del parto tuvo Ud. su primer control?

1. DIAS \_\_\_\_\_  
2. SEMANAS \_\_\_\_\_  
3. MESES \_\_\_\_\_

548. ¿Dónde tuvo ese control?

1. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS
2. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS
3. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S.
4. HOSF. O CLINICA PARTICULAR
5. FARMERIA
6. OTRO: \_\_\_\_\_ (Especifique)
9. NO SABE/NO RECUERDA

549. VEA 545C; ESTA VIVO (NOMBRE) 1. SI \_\_\_\_\_ → p. 19, 600  
2. NO \_\_\_\_\_

550. ¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente? 1. SI \_\_\_\_\_ → p. 19, 600  
2. NO \_\_\_\_\_

551. ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas? (INCLUYENDO ESTE DIA) 1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO NO SABE \_\_\_\_\_ → 563  
9. NO SABE \_\_\_\_\_

552. ¿Cuántos días le duró la diarrea? DIAS \_\_\_\_\_

00. MENOS DE UN DIA

553. ¿Todavía tiene diarrea? 1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO NO SABE \_\_\_\_\_  
9. NO SABE \_\_\_\_\_

554. ¿Cuántos asientos líquidos hacía en un período de 24 horas? No. DE ASIENTOS \_\_\_\_\_

555. ¿Los asientos tenían ligeros o sangre? 1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO NO SABE \_\_\_\_\_  
9. NS/NR \_\_\_\_\_

556. Durante la diarrea, ¿tuvo:

a. Piel reseca o arrugada?	SI	NO	NS/NR
b. Ojos hundidos y secos?	1	2	9
c. Mollera hundida?	1	2	9
d. Labios secos?	1	2	9

557. ¿Hizo algo para aliviarle? 1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_ → 562

558. ¿Le atendió (VIÓ) un médico o enfermera? 1. SI \_\_\_\_\_  
2. NO \_\_\_\_\_





569. Por qué no hizo nada?

1. NO FUE NECESARIO, NO ERA GRAVE
2. DESCUIDO, NO TUVO TIEMPO
3. NO TENIA REMEDIO (S) PARA DARLE
4. NO PUDO IR AL SERVICIO DE SALUD/MEDICO
5. DIFICULTAD ECONOMICA
6. SERVICIO DE SALUD/MEDICO MUY LEJOS O POCO ACCESIBLE
7. MALA ATENCION
8. OTRA \_\_\_\_\_
9. NO SABE/NO RECUERDA (Especifique)

570. Ahora hablemos de las vacunas, ¿Podría mostrarme el carnet o tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?

571. ENTREVISTORA: REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: Le han puesto la (VACUNA/DOSIS) a (NOMBRE). SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

	SEGUN CARNET		SEGUN MADRE	
	SI	NO	¿Tiene la (VACUNA)?	SI NO NS/NR
	SI	NO	SI	NO
- BCG	1	2	1	2
- DPT - 1	1	2	1	2
- DPT - 2	1	2	1	2
- DPT - 3	1	2	1	2
- DPT (Refuerzo)	1	2	1	2
- POLIO - 1	1	2	1	2
- POLIO - 2	1	2	1	2
- POLIO - 3	1	2	1	2
- POLIO (Refuerzo)	1	2	1	2
- SARAMPION	1	2	1	2

VI. AUTOPSIA VERBAL

600. VEA 425 ¿HAY HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1988 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD? (COLUMNA f) 1. SI  
2. NO → p. 29, 700

601. NUMERO DE HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1988 Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD

602. ENTREVISTADORA: VEA 425 (COLUMNAS e, c y f) Y ANOTE EL NUMERO DE LA LINEA EN CUADRO 425, EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, Y LA EDAD DEL NACIDO MAS RECIENTE QUE MURIO.

EL NACIDO MAS RECIENTE QUE MURIO

LINEA EN 425 \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_

MESES \_\_\_\_\_

AÑO \_\_\_\_\_

EDAD CUANDO MURIO \_\_\_\_\_

1. DIAS \_\_\_\_\_

2. MESES \_\_\_\_\_

3. AÑOS \_\_\_\_\_

LEA: Ahora deseo hacer unas preguntas sobre (NOMBRE):

603. VEA EN 602 SI NACIO A PARTIR DE ENERO DE 1988. 1. ANTES DE ENERO DE 1988  
2. A PARTIR DE ENERO DE 1988 → 608

604. ¿Fue el parto de (NOMBRE) antes del tiempo, de tiempo, o se pasó de la fecha? 1. ANTES DEL TIEMPO  
2. DE TIEMPO  
3. ATRASADO  
9. NO SABE → 606

605. ¿Cuántas semanas? SEMANAS \_\_\_\_\_  
→ 606

606. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era pequeño, mediano o grande? 1. PEQUEÑO  
2. MEDIANO  
3. GRANDE  
9. NO SABE/NO RECUERDA

607. ¿Dónde tuvo el parto? 01. HOSPITAL O CENTRO DEL MSPAS  
02. OTRO ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS  
03. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL ISSS  
04. HOSPITAL O CLINICA PARTICULAR  
05. CASA DE PARTERA  
06. CASA PROPIA CON PARTERA  
07. CASA PROPIA CON OTROS  
08. CASA PROPIA CON MADRE  
20. OTRO \_\_\_\_\_  
98. NO SABE/NO RECUERDA (Especifique)

608. ¿Qué alimentación recibió (el niño/la niña) en la semana antes de morir? (PARA CADA TIPO DE ALIMENTACION CIRULE EL CODIGO 1 ó 2 SEGUN LA RESPUESTA DE LA ENTREVISTADA).

	MENCIONADA	NO MENCIONADA
A. PECHO	1	2
B. FORMULA	1	2
C. OTRA LECHE	1	2
D. OTROS LIQUIDOS	1	2
E. SOLIDOS	1	2



PREGUNTAS PARA NIÑOS, QUE FALLECIERON A LOS 29 O MAS DIAS DE EDAD.

	SI	NO	NS/NR
613. Durante la semana antes de que muriera:			
¿El niño, podía mamar?	1	2	9
¿Tenía el pecho huido?	1	2	9
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada?	1	2	9
¿Tenía tos convulsiva (como chifladora)?	1	2	9
¿Tenía los labios azules o morados?	1	2	9
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días?	1	2	9
¿Tenía tumblores?	1	2	9
¿Tenía escalofríos?	1	2	9
¿Sudaba mucho?	1	2	9
¿Tenía los ojos rojos y llorosos?	1	2	9
¿Tenía erupciones o ronchas en la piel?	1	2	9
¿Tenía haridas o rasaduras en los labios?	1	2	9
¿Tenía el pelo rojo o delgado?	1	2	9
¿Tenía la piel reseca o arrugada?	1	2	9
¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal?	1	2	9
- ¿Cuántos asientos hacia en 24 horas?			
- ¿Tenía lígones o sangre en la diarrea?	1	2	9
¿Tenía vómitos?	1	2	9
- ¿Tenía vómitos después de toser?	1	2	9
¿Tenía el estómago hinchado?	1	2	9
¿Podía orinar?	1	2	9
¿Tenía la espalda dura o como doblada?	1	2	9
¿Tenía convulsiones o ataques?	1	2	9
¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
¿Podía mover las piernas?	1	2	9
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9
	V		
¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto?:			
- BCG (la que se pone en el hombro izquierdo cuando nacen o en el primer control)	1	2	9
- DPT (Triple)	1	2	9
- POLIO	1	2	9
- SARAMPION	1	2	9

(Especifique)

614. ¿Tiene la partida de defunción de (NOMBRE)? 1. SI 2. NO → 617

615. ¿Me permitiría verla? 1. MUESTRA CERTIFICADO 2. NO LO MUESTRA → 617

616. ANOTE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGUN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION.

PASE A 619

617. ¿Le dijeron a Ud. la causa de muerte de (NOMBRE)? ¿Qué fue?

PASE A 619

618. USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL; CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE; CAUSA PRIMARIA --- CAUSA SECUNDARIA ---

- 01. Accidente
- 02. Prematuz/bajo peso al nacer
- 03. Trámas neonatal
- 04. Trauma del nacimiento/asfíxia perinatal
- 05. Infeción aguda de vías respiratorias
- 06. Diarrea/deshidratación
- 07. Malaria (Paludismo)
- 08. Sarampion
- 09. Tosferina
- 10. Meningitis
- 11. Anomalias congénitas
- 12. Otras complicaciones perinatales
- 13. Mala nutrición
- 14. Sepais/Falla de órganos múltiples
- 20. Otro (Especifique)
- 98. No especificado



## c. Durante los días antes de que muriera:

	SI	NO	NS/NR
¿El niño, podía mamar?	1	2	9
¿Tenía los labios azules o morados?	1	2	9
¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada?	1	2	9
¿Tenía tos?	1	2	9
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días?	1	2	9
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal?	1	2	9
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas?	1	—	2
- ¿Tenía lígones o sangre en la diarrea?	1	2	9
¿Tenía vómitos?	1	2	9
¿Tenía la piel reseca o arrugada?	1	2	9
¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
¿Podía orinar?	1	2	9
¿Tenía la espalda tiesa o como doblada?	1	2	9
¿Tenía infección en el ombligo?	1	2	9
¿Tenía convulsiones o ataques?	1	2	9
¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
¿Podía mover las piernas?	1	2	9
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9

(Especifique)

PASE A 632

## PREGUNTAS PARA NIÑOS, QUE FALLECIERON A LOS 29 O MAS DIAS DE EDAD.

	SI	NO	NS/NR
631. Durante la semana antes de que muriera:			
¿El niño, podía mamar?	1	2	9
¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada?	1	2	9
¿Tenía tos convulsiva (como chifladores)?	1	2	9
¿Tenía los labios azules o morados?	1	2	9
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días?	1	2	9
¿Tenía temblores?	1	2	9
¿Tenía escalofríos?	1	2	9
¿Sudaba mucho?	1	2	9
¿Tenía los ojos rojos y llorosos?	1	2	9
¿Tenía erupciones o ronchas en la piel?	1	2	9
¿Tenía heridas o rajaduras en los labios?	1	2	9
¿Tenía el pelo rojo o delgado?	1	2	9
¿Tenía la piel reseca o arrugada?	1	2	9
¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal?	1	2	9
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas?	1	—	2
- ¿Tenía lígones o sangre en la diarrea?	1	2	9
¿Tenía vómitos?	1	2	9
- ¿Tenía vómitos después de toser?	1	2	9
¿Tenía el estómago hinchado?	1	2	9
¿Podía orinar?	1	2	9
¿Tenía la espalda dura o como doblada?	1	2	9
¿Tenía convulsiones o ataques?	1	2	9
¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
¿Podía mover las piernas?	1	2	9
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9

(Especifique)

¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto?:

- BCG (la que se pone en el hombro izquierdo cuando nacen o en el primer control) . . . . . 1 2 9
- DPT (Triple) . . . . . 1 2 9
- POLIO . . . . . 1 2 9
- SARAPION . . . . . 1 2 9







POST PARTO			
¿Como consecuencia del parto, durante los 40 días (La diésta) después del parto tuvo alguno de los siguientes problemas?			
PROBLEMAS	735. ¿Tuvo este Problemas?	736. ¿Cuanto tiempo le duró?	
a. Sangramiento intenso de la vagina	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
b. Fiebre o calentura alta	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
c. Orinarse sin querer	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
d. Infección de los pechos	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
e. Convulsiones o ataques	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
f. Dolor o ardor al orinar	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
g. Dolor de hemorroides o almorrantas (cuando se inflaman las venas del ano)	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
h. Flujos o líquidos vaginales con mal olor	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
i. Divisios	1. SI _____ 2. NO _____ 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	
j. Dolor al tener relaciones sexuales	1. SI _____ 2. NO _____ 8. NO TUVO RELACIONES 9. NS/NR _____	1. DIAS _____ 2. SEMANAS _____ 3. MESES _____ 777. AUN TIENE _____	

728. Como resultado de este embarazo, ¿Tuvo después alguno de los siguientes problemas:	SI	NO	NS/NR
a. Le quitaron la matriz (histerectomía)?	1	2	9
b. Sangramiento intenso?	1	2	9
c. Reglas irregulares?	1	2	9
d. No pudo salir embarazada?	1	2	9
e. Inflamación o infección?	1	2	9
PASE A 800			
729. ¿En su último embarazo, cuánto tiempo duró el trabajo del parto? (desde las primeras contracciones)	77. MÁS QUE 3 DIAS		
	78. NO TUVO TRABAJO → 733		
730. ¿Tuvieron que romper la fuente para empezar o apurar el trabajo del parto?	1. SI	2. NO	9. NO SABE O NO RECUERDA
731. ¿Le dieron medicinas o remedios para empezar o apurarlo?	1. SI	2. NO	9. NO SABE O NO RECUERDA
732. ¿Y para aliviar el dolor, tomó algo?	1. SI	2. NO	9. NO SABE O NO RECUERDA
733. Durante el parto ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas:	SI	NO	NS/NR
a. Sangramiento intenso?	1	2	9
b. Presión alta?	1	2	9
c. Convulsiones o ataques?	1	2	9
d. Desmayos?	1	2	9
e. Fuertes dolores de cabeza?	1	2	9
f. Vision borrosas?	1	2	9
g. Fiebres o escalofríos?	1	2	9
h. Vómitos?	1	2	9
i. Vómito con sangre?	1	2	9
j. Rompimiento del útero?	1	2	9
k. Rompimiento de la vagina?	1	2	9
l. Sentir mareos o debilidad?	1	2	9
m. Placenta previa?	1	2	9
734. ¿Le sobaron el estómago durante el parto?	1. SI	2. NO	9. NO SABE O NO RECUERDA

VIII. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar. Es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION.

METODO	800. Ha oído hablar de...? (SI NO HA OÍDO, PASE A SIGUIENTE METODO)		801. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE METODO)		802. Usa Actualmente? (últimos 30 días)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
01. Píldoras o pastillas anti-conceptivas	1	2	1	2	1	2
02. DIU, Aparatito o T de Cobre	1	2	1	2	1	2
03. Condón o Preservativo	1	2	1	2	1	2
04. Inyección anticonceptiva	1	2	1	2	1	2
05. Métodos vaginales (jaleas/espumas/diáfragma/cremas/ovulos/tabletas)	1	2	1	2	1	2
06. NORPLANT o implante	1	2	1	2	1	2
07. Esterilización femenina	1	2	1	2	1	2
08. Vasectomía o esterilización masculina	1	2	1	2	1	2
09. Método de Billings	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, Calendario o control de la menstruación	1	2	1	2	1	2
11. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2	1	2

803. ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 800, 801 Y 802 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE

1. LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE → 823
2. LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS → 812
3. LA ENTREVISTADA HA USADO METODO PERO NO USA ACTUALMENTE

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODO PERO QUE NO USAN ACTUALMENTE

804. ¿Cuál fué el último método que usó (Ud. o su pareja)?

01. PASTILLAS
  02. DIU
  03. CONDÓN
  04. INYECCION
  05. METODOS VAGINALES
  06. NORPLANT
  07. ESTERILIZACION FEMENINA
  08. VASECTOMIA
  09. METODO BILLINGS
  10. RITMO
  11. RETIRO
  98. NO RECUERDA/NO SABE
- INDAGUE Y CORRIJA → 802

805. ¿Dónde obtuvo el último método que Ud. usó?

01. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
02. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
03. ADS PUESTO PRO-FAMILIA
04. ADS CLINICA PRO-FAMILIA
05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
06. FARMACIA
07. PARTERA
08. MERCADO
09. IGLESIA
20. OTRO (Especifique)
98. NO RECUERDA/NO SABE

PASE A 807

806. ¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. ADS CLINICA PRO-FAMILIA
4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
5. IGLESIA
6. ESPOSO/COMPAÑERO
8. OTRO (Especifique)
9. NO SABE

807. ¿Porqué razón dejó de usarlo?

01. PARA EMBARAZARSE
02. NO HABIA DONDE LO OBTENIA
03. LE QUEDA LEJOS
04. NO TUVO DINERO PARA COMPRAR
05. TUVO EFECTOS COLATERALES
06. NO FUE EFICAZ / LE FALLO
07. EL COMPANERO SE OPUSO
08. DIFICULTAD DE USO
09. FATALISMO (NO VALE LA PENA)
10. DESCUIDO
11. SIN VIDA SEXUAL
12. MALA CALIDAD DE ATENCION
13. RAZONES RELIGIOSAS
20. OTRA \_\_\_\_\_ (Especifique)
98. NO RECUERDA/NO SABE

808. ¿Cuál fue el primer método que usó (Ud. o su pareja)?

01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION
05. METODOS VAGINALES
06. NORPLANT
08. VASECTOMIA
09. METODO BILLINGS
10. RITHO
11. RETIRO
20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
98. NO RECUERDA/NO SABE

809. ¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE DEL METODO)?

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ → 811  
98. NO SABE/NO RECUERDA

810. ¿Que edad tenía cuando comenzó a usarlo?

EDAD \_\_\_\_\_

811. Cuando usted comenzó a usar el primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía?

HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO PERO QUE NO USAN ACTUALMENTE Y ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON

812. VEA EN 400 SI ESTA EMBARAZADA

1. EMBARAZADA \_\_\_\_\_ → 817
2. NO EMBARAZADA
9. NO SABE

813. ¿Hay alguna razón por la cual Ud. no puede quedar embarazada aunque quisiera?

1. SI \_\_\_\_\_ → 815
2. NO \_\_\_\_\_
9. NO SABE \_\_\_\_\_

814. ¿Cuál es la razón?

1. FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS \_\_\_\_\_ → 900
2. MENOPAUSIA
3. YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO
4. YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA
5. SIN VIDA SEXUAL \_\_\_\_\_ → 817
6. AMAMANTAMIENTO \_\_\_\_\_ → 815
8. OTRA \_\_\_\_\_ (Especifique)

815. ¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente?

01. DESEA EMBARAZO \_\_\_\_\_ → 817
02. POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO
03. SIN VIDA SEXUAL
04. FATALISMO (NO VALE LA PENA)
05. MIEDO A EFECTOS COLATERALES
06. TUVO EFECTOS COLATERALES
07. NO TIENE DINERO PARA COMPRAR
08. FALTA DE CONOCIMIENTO DE METODO
09. LE QUEDA LEJOS \_\_\_\_\_ → 900
10. RAZONES RELIGIOSAS
11. EL COMPANERO SE OPONE
12. FOR EDAD AVANZADA
13. NO LE GUSTA \_\_\_\_\_
14. DIFICULTAD DE USO
15. MALA CALIDAD DE ATENCION
20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
98. NO SABE O NO RESPONDE

816. ¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente?

1. SI \_\_\_\_\_ → 818
2. NO \_\_\_\_\_
9. NO SABE/NO RESPONDE

817. ¿Y en el futuro, le gustaría usar algún método?

1. SI \_\_\_\_\_ → 900
2. NO \_\_\_\_\_ → 819
9. NO SABE/NO RESPONDE

818. ¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?

- 01. PASTILLAS \_\_\_\_\_
- 02. DIU \_\_\_\_\_
- 03. CONDON \_\_\_\_\_
- 04. INYECCION \_\_\_\_\_
- 05. METODOS VAGINALES \_\_\_\_\_
- 06. NORPLANT \_\_\_\_\_
- 07. ESTERILIZACION FEMENINA \_\_\_\_\_
- 08. VASECTOMIA \_\_\_\_\_
- 09. METODO DE BILLINGS \_\_\_\_\_
- 10. RITMO \_\_\_\_\_
- 11. RETIRO \_\_\_\_\_
- 20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

819. ¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?

- 1. SI \_\_\_\_\_
- 2. NO \_\_\_\_\_

820. ¿Sabe dónde puede ir para conseguir este método?

- 1. SI \_\_\_\_\_
- 2. NO \_\_\_\_\_

821. ¿A qué lugar iría?

- 01. ESTABLECIMIENTO MSPAS
- 02. ESTABLECIMIENTO ISSS
- 03. ADS PUESTO PROFAMILIA
- 04. ADS CLINICA PROFAMILIA
- 05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
- 06. FARMACIA
- 07. ELIA MISMA O SU COMPANERO
- 08. PARTERA
- 09. MERCADO
- 10. IGLESIA
- 11. AMIGA/VECINO/PARIENTE
- 20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

822. ¿Cuánto tiempo tardaría Usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?

- 1. MINUTOS \_\_\_\_\_
- 2. HORAS \_\_\_\_\_

PASE A 900

SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

823. ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO QUE USA (VEA 802)

- 01. PASTILLAS \_\_\_\_\_
- 02. DIU \_\_\_\_\_
- 03. CONDON \_\_\_\_\_
- 04. INYECCION \_\_\_\_\_
- 05. METODOS VAGINALES \_\_\_\_\_
- 06. NORPLANT \_\_\_\_\_
- 07. ESTERILIZACION FEM. \_\_\_\_\_
- 08. VASECTOMIA \_\_\_\_\_
- 09. METODO DE BILLINGS \_\_\_\_\_
- 10. RITMO \_\_\_\_\_
- 11. RETIRO \_\_\_\_\_

824. ¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)?

- MES \_\_\_\_\_
- AÑO \_\_\_\_\_
- 98. NO SABE/NO RECUERDA \_\_\_\_\_

825. ¿Qué edad tenía cuando le operaron (a Ud. o a él)?

- EDAD \_\_\_\_\_

826. ¿Dónde fue a que le hicieran la operación?

- 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
- 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
- 3. CLINICA PRO-FAMILIA (ADS)
- 4. HOSPITAL/CLINICA PRIVADA
- 8. OTRO LUGAR \_\_\_\_\_ (Especifique)
- 9. NO SABE/NO RECUERDA

PASE A 830

827. ¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?

- 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
- 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
- 3. ADS CLINICA PRO-FAMILIA
- 4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
- 5. IGLESIA
- 6. ESPOSO/COMPANERO
- 8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
- 9. NO SABE

PASE A 830

828. ¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?

- 01. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
- 02. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
- 03. ADS PUESTO PRO-FAMILIA
- 04. ADS CLINICA PRO-FAMILIA / CLINICA O MEDICO PARTICULAR
- 05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
- 06. FARMACIA
- 07. PARTERA
- 08. MERCADO
- 09. IGLESIA
- 20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
- 98. NO SABE \_\_\_\_\_

829. ¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?

- 1. MINUTOS \_\_\_\_\_
- 2. HORAS \_\_\_\_\_

830. Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener más hijos, unas para espaciar o posponer los embarazos y unas por otras razones. ¿Para qué lo usa Ud.?

831. Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?

832. ¿Cuál método preferiría usar Ud.?

1. YA NO QUIERE TENER MAS HIJOS
2. PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS
3. PARA PROTECCION DE EST
4. POR OTRAS RAZONES DE SALUD
5. OTRA \_\_\_\_\_ (Especifique)
9. NO SABE/NO RESPONDE

1. EL MISHO \_\_\_\_\_ → 834
2. PREFERIRIA OTRO \_\_\_\_\_
3. NO USARIA NINGUNO \_\_\_\_\_ → 834
9. NO SABE \_\_\_\_\_

01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION
05. METODOS VAGINALES
06. NORPLANT
07. ESTERILIZACION FEMENINA
08. VASECTOMIA
09. METODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
98. NO SABE

833. ¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?

01. FALTA DE DINERO
02. ES MAS PRACTICO PARA ELLA
03. ES MAS BARATO
04. SIN DIFICULTAD DE USO
05. RECOMENDACION MEDICA
06. RECOMENDACION (AMIGA/PARIENTE)
07. RAZONES RELIGIOSAS
08. FALTA DE TIEMPO
09. PROTECCION DE EST
10. ES DEFINITIVO
20. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
98. NO SABE

834. ¿Cuál fue el primer método que usó?

01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION
05. METODOS VAGINALES
06. NORPLANT
07. ESTERILIZACION FEMENINA
08. VASECTOMIA
09. METODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
98. NO RECUERDA

835. ¿En qué mes y año comenzó a usarlo?

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ → 837  
98. NO SABE/NO RECUERDA

836. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?

EDAD \_\_\_\_\_

837. Cuando usted comenzó a usar ese primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía?

HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_

IX. ACTIVIDAD SEXUAL

900. ¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual?

1. UNA SEMANA ANTES DE QUE LA REGLA COMIENCE
2. DURANTE LA REGLA
3. UNA SEMANA DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE
4. DOS SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE
5. TRES SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE
6. NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
9. NO SABE O NO RESPONDE

901. ¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual?

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ → 903  
2222. NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES → 914  
98. NO SABE O NO RECUERDA  
9999. NO RESPONDE → 904

902. ¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?

EDAD \_\_\_\_\_

903. ¿Usó Usted o su pareja algún método anticonceptivo en esa ocasión?

1. SI
2. NO

904. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?

1. DIAS \_\_\_\_\_
2. SEMANAS \_\_\_\_\_
3. MESES \_\_\_\_\_
4. AÑOS \_\_\_\_\_
555. ANTES DEL ÚLTIMO PARTO

905. ES MENOS DE 4 SEMANAS O MAS DE 4 SEMANAS

1. MENOS \_\_\_\_\_ → 909
2. MAS \_\_\_\_\_
9. NO SABE \_\_\_\_\_

906. ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas?

No. DE VECES \_\_\_\_\_

907. VEA EN 802 SI USA CONDONES

1. USA CONDONES \_\_\_\_\_ → 909
2. NO USA CONDONES \_\_\_\_\_

908. ¿Cuántas condones recuerda haber usado en estas últimas 4 semanas?

No. \_\_\_\_\_

909. ¿Se ha hecho alguna vez el examen de cáncer en la matriz? (citología o papanicolaou)

1. SI \_\_\_\_\_
2. NO \_\_\_\_\_ → 914
9. NO SABE/NO RESPONDE \_\_\_\_\_

910. ¿Cuándo fue la última vez?

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

911. ¿Dónde se lo hizo?

1. ESTABLECIMIENTO MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO ISSS
3. ADS CLINICA PROFAMILIA
4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
5. INSTITUTO DE CANCER
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
9. NO RECUERDA/NO SABE

912. ¿Supo el resultado del examen?

1. SI \_\_\_\_\_
2. NO RECUERDA \_\_\_\_\_

913. ¿Cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se lo hicieron y la fecha en que supo el resultado?

1. DIAS \_\_\_\_\_
2. MESES \_\_\_\_\_

914. ¿En qué fecha le comenzó su última regla?

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

95. YA NO MENSTRUÓ \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

96. ANTES DEL ÚLTIMO (ACTUAL) EMBARAZO

97. NUNCA HA MENSTRUADO

915. ¿Es Usted acompañada, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?

1. ACOMPAÑADA \_\_\_\_\_
2. CASADA \_\_\_\_\_
3. VIUDA \_\_\_\_\_
4. SEPARADA \_\_\_\_\_
5. DIVORCIADA \_\_\_\_\_
6. SOLTERA \_\_\_\_\_

916. ¿Ha estado Usted casada o acompañada alguna vez?

1. SI \_\_\_\_\_
2. NO \_\_\_\_\_

917. ¿En qué mes y año se casó/accompañó Usted por primera vez?

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

918. ¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que se casó o acompañó?

EDAD \_\_\_\_\_

919. ¿Cuál fue el grado o año más alto que aprobó su (último) esposo? (¿En qué nivel de estudios?)

NIVEL \_\_\_\_\_ GRADO O AÑO \_\_\_\_\_

0. NINGUNO \_\_\_\_\_
1. PRIMARIA \_\_\_\_\_
2. SECUNDARIA \_\_\_\_\_
3. BACHILLERATO \_\_\_\_\_
4. SUPERIOR \_\_\_\_\_

X. MORTALIDAD MATERNA

1000. ¿Usted tiene o ha tenido hermanas?

1. SI \_\_\_\_\_
2. NO \_\_\_\_\_

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas de la misma madre. No incluye a las adoptadas o que son hermanas solo de padre, sino que de la misma madre. Por favor, dígame los nombres de todas sus hermanas, incluyendo a las que ya fallecieron y a las que están viviendo en otra parte. Comencemos por la de más edad.

	1	2	3	4	5
1001. ¿Cuál es el nombre de su hermana de mayor edad, la que le sigue, etc...?					
NOTE EL NOMBRE					
1002. ¿(HOMBRE) está viva todavía?	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. SE/RE →	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. SE/RE →	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. SE/RE →	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. SE/RE →	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. SE/RE →
(SOLAMENTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	SGTE. COLUMBIA	SGTE. COLUMBIA	SGTE. COLUMBIA	SGTE. COLUMBIA	SGTE. COLUMBIA
1003. SI ESTA VIVA: ¿Qué edad tiene (HOMBRE)? (En años cumplidos?)	EDAD _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	EDAD _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	EDAD _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	EDAD _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	EDAD _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)
1004. SI FALLECIO: ¿Hace cuántos años falleció (HOMBRE)?	AÑOS _____ 00. < 1 AÑO	AÑOS _____ 00. < 1 AÑO	AÑOS _____ 00. < 1 AÑO	AÑOS _____ 00. < 1 AÑO	AÑOS _____ 00. < 1 AÑO
1005. ¿Cuántos años tenía (HOMBRE) cuando falleció?	AÑOS _____ 5 10 AÑOS 2 35 AÑOS	AÑOS _____ 5 10 AÑOS 2 35 AÑOS	AÑOS _____ 5 10 AÑOS 2 35 AÑOS	AÑOS _____ 5 10 AÑOS 2 35 AÑOS	AÑOS _____ 5 10 AÑOS 2 35 AÑOS
1006. ¿Estuvo embarazada alguna vez?	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. SE/RE →	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. SE/RE →	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. SE/RE →	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. SE/RE →	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. SE/RE →
1007. ¿Murid (HOMBRE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. SE/RE →	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. SE/RE →	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. SE/RE →	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. SE/RE →	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. SE/RE →
1008. ¿Murid (HOMBRE) dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo?	1. SI → 1011 2. NO → 1012 9. SE/RE →	1. SI → 1011 2. NO → 1012 9. SE/RE →	1. SI → 1011 2. NO → 1012 9. SE/RE →	1. SI → 1011 2. NO → 1012 9. SE/RE →	1. SI → 1011 2. NO → 1012 9. SE/RE →
1009. ¿Murid (HOMBRE) por causa relacionado con el embarazo o parto o fue por otra causa?	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. SE/RE	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. SE/RE	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. SE/RE	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. SE/RE	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. SE/RE
1010. ¿Cuántos hijos(as) tuvo (HOMBRE) en toda su vida?	HIJOS _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	HIJOS _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	HIJOS _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	HIJOS _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)	HIJOS _____ (FASE A SGTE. COLUMBIA)

	6	7	8	9	10
1001. ¿Cuál es el nombre de la que le sigue, etc...?					
1002. ¿(MORABE) está viva todavía?	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1003. ¿(MORABE) estuvo alguna vez embarazada?	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1004. ¿(MORABE) estuvo alguna vez embarazada después de terminar un embarazo?	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1007 2. NO → 1008 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1005. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1006. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1007. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1008. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1009. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA
1010. ¿(MORABE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA	1. SI → 1009 2. NO → 1010 9. NS/IR V. SOTE. COLUMBIA

1011. ¿Entonces, ha tenido en total... hermanas de madre, incluyendo las que han fallecido y las que están viviendo en otra parte?

SI...1  NO...2

→ INDAGUE Y HAGA LAS CORRECCIONES CORRESPONDIENTES Y PASE DESPUES A 1100

PASE A 1100

XI. CONOCIMIENTO DE SIDA

1100. Ahora, le haré algunas preguntas sobre el SIDA. ¿Piensa que una persona pueda estar contagiada de SIDA y no tener síntomas (señales) de la enfermedad?

1. SI  
2. NO  
3. NUNCA HA OIDO HABLAR DE SIDA  
4. NO CREE QUE SIDA EXISTE  
9. NO SABE

1101. ¿Cree Ud. que el SIDA se contagia: (LEA LAS ALTERNATIVAS)

a. Al besar la frente  
b. Al besar la boca  
c. Al donar o dar sangre  
d. Cuando le ponen sangre (transfusión)  
e. Al dar la mano a una persona  
f. Al tener relaciones sexuales entre los hombres  
g. Al tener relaciones sexuales entre un hombre y una mujer  
h. Al ser picado por un zancudo  
i. Al ser inyectado con agujas o jeringas no descartables o ya usadas  
j. Al usar hojas de afaitar/Gillette usadas por otra persona  
k. Al nacer los niños de una madre con SIDA  
l. Al dar la pecho a su niño una madre con SIDA

SI NO NS/IR

1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9  
1 2 9

1102. ¿Existe curación para el SIDA?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE

1103. ¿Cree que Usted tiene algún riesgo o peligro de contagiarse de SIDA?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE

1104. ¿Diría que tiene mucho o poco riesgo?

1. MUCHO  
2. POCO  
9. NO SABE

XII. VIVIENDA

1200. ¿De qué tipo de servicio de agua disponen en esta casa?

1. CHORRO EN LA CASA
2. CHORRO EN EL PATIO (COMUN)
3. CHORRO PUBLICO
4. CHORRO DE VECINO
5. POZO PRIVADO
6. POZO PUBLICO
7. RIO, LAGO O MANANTIAL
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)
9. NO SABE \_\_\_\_\_

1201. ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta casa, principalmente para dormir?

— —

1202. ¿Podría decirme si en esta vivienda tienen:

	SI	NO
a. Luz eléctrica?	1	2
b. Televisor?	1	2
c. Refrigeradora?	1	2
d. Teléfono?	1	2
e. Automóvil?	1	2

1203. ¿Qué combustible usan generalmente para cocinar?

0. NO COCINAN
1. ELECTRICIDAD
2. GAS PROPANO
3. KEROSENE (GAS)
4. LENA
5. CARBON DE LENA
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

1204. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa?

0. NO TIENE
1. LETRINA
2. INODORO
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)

1205. MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

1. CONCRETO (PLAFON)
2. TEJA DE BARRO O CEMENTO
3. LAMINA DE ASBESTO (DURALITA)
4. LAMINA METALICA
5. PAJA O PALMA
6. PLASTICO O CARTON
8. OTRO MATERIAL \_\_\_\_\_ (Especifique)

1206. MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

1. CONCRETO O MIXTO
2. BAHARQUE
3. ADOBE
4. MADERA
5. LAMINA
6. PAJA O PALMA
8. OTRO MATERIAL \_\_\_\_\_ (Especifique)

1207. MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

1. LADRILLO DE CEMENTO
2. LADRILLO DE BARRO
3. CEMENTO
4. TIERRA
8. OTRO \_\_\_\_\_ (Especifique)



XIII. ANTROPOMETRIA

ANOTE TODOS LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1988 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR (SEGUN DATOS DE 524 Y 525, PAGINA 12)

	ULTIMO NACIDO VIVO	PRIMILTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
NOMBRE					
1300. ESTA VIVO (VEA 525, PG 12)	1. VIVO 2. MUERTO SGTE. COLUMBIA	1. VIVO 2. MUERTO V SGTE. COLUMBIA	1. VIVO 2. MUERTO V SGTE. COLUMBIA	1. VIVO 2. MUERTO V SGTE. COLUMBIA	1. VIVO 2. MUERTO V 1308
1301. FECHA DE NACIMIENTO (VEA 425 COLUMBIA e)	DIA ___ MES ___ AÑO ___	DIA ___ MES ___ AÑO ___	DIA ___ MES ___ AÑO ___	DIA ___ MES ___ AÑO ___	DIA ___ MES ___ AÑO ___
1302. EDAD EN MESES DE 3 MESES	1. < 3 MESES 2. 2 3 MESES (PASE A SOTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. 2 3 MESES (PASE A SOTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. 2 3 MESES (PASE A SOTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. 2 3 MESES (PASE A SOTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. 2 3 MESES (PASE A 1308)
1303. Estatura (en cms.)	___	___	___	___	___
1304. Medición del niño	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO
1305. Peso (en Egs.)	___	___	___	___	___
1306. Fecha de medición del peso y la talla	DIA ___ MES ___	DIA ___ MES ___	DIA ___ MES ___	DIA ___ MES ___	DIA ___ MES ___
1307. Resultado	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique

1308.

SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1302, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA ANTROPOMETRISTA VENDRA A LA CASA A MEDIR LOS NIÑOS ESCRITOS ARRIBA.

AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO. REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO Y LA HORA.

¡GRACIAS!

NOMBRE DE ENTREVISTADORA QUE TOMO MEDIDAS: \_\_\_\_\_

CODIGO: \_\_\_\_\_