

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-98)
EL SALVADOR, C.A.
CUESTIONARIO DEL HOGAR

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	
DEPARTAMENTO:	_____ -- --
MUNICIPIO:	_____ -- --
CANTÓN:	_____ -- --
ÁREA:	
1.	URBANA
2.	RURAL

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	
CUESTIONARIO N°:	_____
SECTOR N°:	_____
SEGMENTO N°:	_____
SEGMENTO CORRELATIVO N°:	_____
VIVIENDA N°:	_____

(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 ésta casa? _____

¿Cuál es el nombre del jefe o la jefa del hogar? _____

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA															
NÚMERO DE LA VISITA		1	2	3	4	___									
CÓDIGO DE LA ENTREVISTADORA		___	___	___	___	___									
FECHA DE LA VISITA		DÍA ___ MES ___	DÍA ___ MES ___	DÍA ___ MES ___	DÍA ___ MES ___	DÍA ___ MES ___									
HORA DE LA ENTREVISTA	INICIAL	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___									
	FINAL	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___									
RESULTADO		___	___	___	___	___									
<p>• CÓDIGO DE RESULTADO:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Entrevista Completa</td> <td style="width: 50%;">6. Moradores ausentes</td> </tr> <tr> <td>2. Entrevista Incompleta</td> <td>7. No hay elegible (No hay MEF)</td> </tr> <tr> <td>3. Entrevista Rechazada</td> <td>8. MEF seleccionada ausente</td> </tr> <tr> <td>4. Rechazo Parcial</td> <td>9. Otro: _____</td> </tr> <tr> <td>5. Vivienda desocupada</td> <td style="text-align: right;">(especifique)</td> </tr> </table>						1. Entrevista Completa	6. Moradores ausentes	2. Entrevista Incompleta	7. No hay elegible (No hay MEF)	3. Entrevista Rechazada	8. MEF seleccionada ausente	4. Rechazo Parcial	9. Otro: _____	5. Vivienda desocupada	(especifique)
1. Entrevista Completa	6. Moradores ausentes														
2. Entrevista Incompleta	7. No hay elegible (No hay MEF)														
3. Entrevista Rechazada	8. MEF seleccionada ausente														
4. Rechazo Parcial	9. Otro: _____														
5. Vivienda desocupada	(especifique)														

D. OBSERVACIONES: _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	CÓDIGO	DÍA	MES
CRITICADO EN EL CAMPO POR:	___	___	___
DIGITADO POR:	___	___	___

I. SELECCION DE LA ENTREVISTADA

100 ¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?

No. TOTAL DE PERSONAS __
 No. TOTAL DE VARONES __
 No. TOTAL DE HEMBRAS __

LEA: ¿Puede decirme 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 Y CIRCULE EL CÓDIGO 7 EN RESULTADO DE LA VISITA.
- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLÓN UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

Nombre de la Mujer en Edad Fértil (MEF).	Edad (años cumplidos)	Estado Conyugal (Civil)	Ultimo grado escolar que aprobó	
			NIVEL	GRADO
		1. ACOMPARADA	0. NINGUNO	0
		2. CASADA	1. PRIMAR.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		3. VIUDA	2. BACHILL.	1 2 3 4
		4. SEPARADA	3. SUPERIOR	1 2 3 4+
		5. DIVORCIADA	9. NO SABE	9
		6. SOLTERA		
		9. NO SABE		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

101 ¿Entonces, en esta casa viven en total.... mujeres de 15 a 49 años de edad? TOTAL DE MEF __ __

CUADRO PARA SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

102. NÚMERO DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA

__ __

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-98)
EL SALVADOR, C.A.
CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACIÓN

SEGMENTO CORRELATIVO N°: __ __	VIVIENDA N°: __	CUESTIONARIO N°: __ __ __
--------------------------------	-----------------	---------------------------

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

200. VEA EN 102 DE CUESTIONARIO DEL HOGAR EL NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA N° ____

ENTREVISTADORA: PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA. LEA A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE:

Entre las mujeres de ésta casa, la hemos escogido a usted para entrevistarla. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio.
--

201	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació usted?	MES __ __	AÑO __ __
202	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?		AÑOS __ __

TOTAL __ __

SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 98.
SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 97.
SI EL TOTAL NO ES CORRECTO INDAGUE Y CORRIJA.

Revise si la edad es consistente con la registrada en el cuadro del listado de mef de la sección 1, del cuestionario del hogar. Si la edad de la mujer que está entrevistando no es de 15 a 49 años, borre los datos del cuadro de mujeres en edad fértil (MEF), agradezca su atención y termine la entrevista si no hay más mujeres en edad fértil.

SI EN EL HOGAR HAY MÁS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, CORRIJA LOS DATOS DEL CUADRO DE MEF EN EL HOGAR (PAGINA ANTERIOR), CORRIJA LA PREGUNTA 101, SELECCIONE A LA MEF A ENTREVISTAR E INICIE CON ELLA LA ENTREVISTA.

203	¿En dónde vivía usted a mediados de 1993 (hace 5 años)?	<u>EL SALVADOR</u> DEPTO: _____ -- -- MUNICIPIO: _____ -- -- CANTÓN: _____ -- -- 888888. AQUÍ MISMO OTRO PAÍS: _____ -- --
PARA USO DE LA OFICINA. AREA DE RESIDENCIA:		1. URBANA 2. RURAL
204	¿Ha asistido usted alguna vez a la escuela o colegio?	1. SÍ 2. NO -----> 208
205	¿Estudia actualmente?	1. SÍ -----> 207 2. NO
206	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	AÑOS __ 99. NS/NR
207	¿Cuál fue el grado o alto más alto de estudios que usted aprobó? (¿En qué nivel de estudios?)	NIVEL GRADO 0. NINGUNO 0 1. PRIMAR. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 2. BACHILL. 1 2 3 4 3. SUPERIOR 1 2 3 4+
208	¿Cuál es su religión?	0. NO TIENE 1. CATÓLICA 2. PROTESTANTE: _____ (especifique) 8. OTRA: _____ (especifique)
209	¿Es usted cotizante o beneficiaria del Seguro Social?	1. COTIZANTE 2. BENEFICIARIA 3. NO
210	¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	1. SÍ 2. NO -----> 212
211	¿Trabaja fuera o dentro del hogar?	1. FUERA DEL HOGAR 2. DENTRO DEL HOGAR
212	REVISE EL NOMBRE DEL JEFE O JEFA DEL HOGAR EN PRIMERA PAGINA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI ES ELLA MISMA CIRCULE EL CÓDIGO 1, CASO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Qué es de usted (NOMBRE DEL JEFE O JEFA DEL HOGAR)?	0. NINGÚN PARENTE¿CO I. ELLA ES LA JEFA DEL HOGAR 2. CÓN YUGE 3. PADRE 4. MADRE 5. PATRONO(A) (ES EMPLEADA DOMÉSTICA) 8. OTRO PARENTE: _____ (especifique)

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

LÉALE A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y nacimientos que usted haya tenido en toda su vida hasta la fecha.

- | | | |
|------|--|--|
| 300 | ¿Está usted embarazada actualmente? | 1. SI ----> 302
2. NO
9. NO SABE |
| 301 | ¿Ha estado usted embarazada alguna vez? | 1. SI -----> 305
2. NO -----> 316 |
| 302 | ¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? | __ __ MESES
99. NO SABE |
| 303 | En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? | 1. QUERÍA ENTONCES
2. ESPERAR MAS TIEMPO
3. NO LO QUERÍA |
| 304 | ¿Es su primer embarazo? | 1. SI -----> 316
2. NO |
| 305 | Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted? | A. HIJOS EN CASA __ __
B. HIJAS EN CASA __ __
C. TOTAL HIJOS EN CASA __ __

(SI NO TIENE ANOTE 00) |
| 306 | ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con usted? | A. HIJOS FUERA DE CASA __ __
B. HIJAS FUERA DE CASA __ __
C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA __ __

(SI NO TIENE ANOTE 00) |
| 307. | ¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo? | 1. SI
2.NO ----->309 |
| 308. | ¿ Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto? | A. HIJOS QUE MURIERON __ __
B. HIJAS OUE MURIERON __ __
C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON __ __ |
-
-

309	Hablando de todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo? (mortinato)	1. SI 2. NO ----->314
310	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en nacidos muertos?	___ ___ MORTINATOS
311	¿Presentó(aron) el(los) niño(s) que nació(eron) muerto(s) algunos signos de vida, por ejemplo, respirar o llorar?	1. SI 2. 2. NO

SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 307, 308, 309 Y 310.
EXPLIQUE A LA MUJER: "Para nuestro estudio, vamos a incluirle(s) entre los que nacieron vivos".

312	¿En qué mes y año tuvo el parto del (ultimo) que nació muerto?	MES ___ ___ AÑO ___ ___ 99.99 NS/NR
-----	--	---

SI EN PREGUNTA 310 REPORTÓ SÓLO 1 MORTINATO PASE A PREGUNTA 314

313	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto?	MES ___ ___ AÑO ___ ___ 99.99 NS/NR
-----	--	---

314	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de completar su sexto mes, ¿Ha perdido usted alguno antes de completar su sexto mes? (abortos)	1. SI 2. NO-----> 316
-----	--	--------------------------

315	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido?	___ ___ PÉRDIDAS
-----	--	------------------

316	PASE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS: 300, 305C, 306C, 308C, 310 y 315.	300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTÁ EMBARAZADA, ANOTE 0 AQUÍ). ___
-----	--	--

PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE:

305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA ___ ___

¿Usted ha tenido en total ___ ___ embarazos?

306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA ___ ___

308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON ___ ___

SI LA SUMA TOTAL COINCIDE CON EL NÚMERO DE EMBARAZOS, CONTINÚE CON PREGUNTA 317

310. MORTINATOS ___ ___

315. PÉRDIDAS ___ ___

SI LA SUMA TOTAL NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MÚLTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINÚE

SUMA TOTAL ___ ___
NÚMERO DE PARTOS MÚLTIPLES ___ ___

317	VEA EN 316 SI LA ENTREVISTADA ESTA EMBARAZADA	1. EMBARAZADA ----->322 2. NO EMBARAZADA 9. NO SABE
318	¿Desea usted actualmente un embarazo?	1. SI 2. NO 9. NO SABE
319	VEA EN 316 SI TIENE HIJOS VIVOS	1. TIENE HIJOS VIVOS ----->321 2. NO TIENE HIJOS VIVOS
320	¿Cuántos hijos desea tener en toda su vida?	__ __ HIJOS ----->323
321	¿Cuántos hijos más desea tener?	__ __ HIJOS ----->323
322	Además del hijo que está esperando, ¿Cuántos hijos más desea tener?	__ __ HIJOS
323	VEA 316 Y ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 305C, 306C Y 308C.	305C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA __ __ 306C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA __ __ 308C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON __ __
	PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE:	
	¿Usted ha tenido en total __ __ hijos(as) nacidos(as) vivos(as)?	SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS __ __
324	VEA 323 (SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS)	1. SUMA TOTAL = 00 -----> 500 PAG. 20 2. SUMA TOTAL ES MAYOR QUE 00.

325. Ahora, Quisiera hacer una lista de los hi)os e hijas nacidos(as) vivos(as) que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor o la menor, o sea el último o la última qua nació.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA COLUMNA 'a'. EMPIECE POR EL ÚLTIMO NACIDO VIVO EN FILA '1' Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS. TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILLS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.
- EN COLUMNA 'f': ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR DE 2 AÑOS ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS

A ¿Qué nombre le puso?	D ¿Hombre o mujer?	C ¿En qua fecha nació?	D ¿Está vivo(a)?	E ¿En qué mes y año murió?	F ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
1. ÚLTIMO NACIDO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 2) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
2. PEÚLTIMO NACIDO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 3) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
3. ANTEPENÚLTIMO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 4) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
4. CUARTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 5) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
5. QUINTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 6) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
6. SEXTO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 7) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
7. SÉPTIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 8) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
8. OCTAVO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 9) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
9. NOVENO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 10) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --

A ¿Qué nombre le puso?	D ¿Hombre o mujer?	C ¿En qua fecha nació?	D ¿Está vivo(a)?	E ¿En qué mes y año murió?	F ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
10. DÉCIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 11) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
11. UNDÉCIMO ANTERIOR	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 12) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
12. DÉCIMO SEGUNDO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 13) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
13. DÉCIMO TERCERO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A FILA 14) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --
14. DÉCIMO CUARTO	1. HOMBRE 2. MUJER	DIA -- MES -- AÑO --	1. SI (PASE A 326) 2. NO	MES -- AÑO --	DIA -- MES -- AÑO --

ENTREVISTADORA:

REVISE SI EL TOTAL DE FILAS UTILIZADAS COINCIDE CON LA SUMA TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN PREGUNTA 323 Y REVISE QUE EL AÑO EN COLUMNA 'c' SEA DESCENDENTE. ADEMÁS, REVISE SI EL TOTAL DE FILAS UTILIZADAS EN COLUMNA "f", COINCIDE CON EL TOTAL DE NACIDOS VIVOS QUE MURIERON REGISTRADOS EN 308C.

SOLO SI SE CUMPLEN ESTAS CONDICIONES PASE A PREGUNTA 326, SI ALGUNA DE ELLAS NO SE CUMPLE INDAGUE, CORRIJA Y CONTINÚE EN PREGUNTA 326.

326	VEA 325e Y 325f, SI HAY HIJOS QUE MURIERON Á PARTIR DE ENERO DE 1993 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (COLUMNA f)	1. SI 2. NO _____ > 400
327	COPIE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS PARA EL NACIDO MÁS RECIENTE QUE MURIÓ.	NOMBRE _____ No. DE LÍNEA EN 325 _____ EDAD CUANDO MURIÓ (325f) 1. DÍAS __ __ 2. MESES __ __ 3. AÑOS __ __
328	(NOMBRE) TENIA MENOS DE 29 DÍAS DE EDAD CUANDO MURIÓ	1. SI _____ > 400 2. NO

329	¿Murió (NOMBRE) por una enfermedad o por un accidente?	1. ENFERMEDAD		
		2. ACCIDENTE -----> 400		
330	Durante la semana antes de que muriera (NOMBRE)	1. SI		
	A. Tuvo diarrea, tat; decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal?	2. NO----->331		
		9. NS/NR		
	B. Cuántos asientos hacía en 24horas?	1. MENOS DE 3----->331		
		2. 3 Ó MÁS		
		9. NS/NR		
		SI	NO	NS/NR
	C. Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
	D. Tenía la piel reseca o arrugada?.	1	2	9
	E. Podía orinar?	1	2	9
	F. Tenía la mollera hundida?	1	2	9
	G. Tenía vómitos?	1	2	9
	H. Tenía el estómago hinchado?	1	2	9
331	Durante la semana antes de que muriera:	SI	NO	NS/NR
	A. Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada?	1	2	9
	B. Tenía tos convulsiva (como chifladora)?	1	2	9

SI RESPONDIÓ SÍ (CÓDIGO 1) EN 331a Ó 331b CONTINUE, CASO CONTRARIO PASE A 333

332		SI	NO	NS/NR
	A. Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	B. Tenía los labios azules o morados?.	1	2	9
	C. Tuvo fiebre o calentura por mas de dos días?	1	2	9
	D. Tenía escalofríos?	1	2	9
	E. Tenía temblores?	1	2	9
	F. Sudaba mucho?	1	2	9
333	¿Supo de que murió?	1. SI		
		2. NO----->400		
334	¿De que murió?	_____		

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

400. VEA EN 325c SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1993. 1. ANTES DE ENERO DE 1993 -----> 500
PAG. 20
2. A PARTIR DE ENERO DE 1993

ENTREVISTADORA: ANTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO: _____

401 Antes del parto de (NOMBRE), ¿Recibió usted orientación sobre lactancia materna? 1. SI
2. NO ----- > 403

402 La persona que le dio la mayor orientación, ¿Era médico(a). enfermera(o), partera(o), promotor(a) u otra persona? 1. MÉDICO(A)
2. ENFERMERA(O)
3. PARTERA(O)
4. PROMOTOR(A) DEL MSPAS
5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____
(especifique)
8. OTRO(A): _____
(especifique)
9. NS/NR

403 ¿Le dio o le ha dado pecho a (NOMBRE)? 1. SI -----> 406
2. NO

404 ¿Porqué nunca le dio pecho a (NOMBRE)? 1. NIÑO MURIÓ
2. NIÑO SE ENFERMÓ
3. NIÑO NO QUERÍA
4. MADRE NO QUERÌ A
5. LECHE INSUFICIENTE / NO LE BAJÓLA LECHE
6. DEBÍA TRABAJAR / ESTUDIAR
7. LA MADRE ENFERMÓ
8. PEZÓN INVERTIDO O LESIONES
9. POR INDICACIÓN DE PERSONAL DE SALUD
10. INFLUENCIA DE LA FAMILIA
88. OTRO _____
(especifique)
99. NS/NR

405 VEA EN 325d, SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTA VIVO O MUERTO 1. VIVO ----- > 414
2. MUERTO -----> 420

406 ¿Al cuánto tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle pecho? 1. MIN. — —
2. HORAS . — —
3. DÍAS. — —
999.NS/NR

407 VEA EN 325d, SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTA VIVO O MUERTO 1. VIVO
2. MUERTO -----> 420

408	¿Está dándole pecho actualmente?	1. SÍ ----- > 411 2. NO
409	¿Porqué dejó de darle pecho?	1. NIÑO SE ENFERMÓ 2. NIÑO NO QUERÍA 3. EDAD DE DESTETE 4. LECHE INSUFICIENTE 5. PROBLEMAS CON PECHO 6. LA MADRE ENFERMÓ 7. QUEDÓ EMBARAZADA 8. EMPEZÓ ANTICONCEPTIVOS 9. INCONVENIENTE 10. DEBÍA TRABAJAR / ESTUDIAR 11. POR INDICACIÓN DE PERSONAL DE SALUD 12. INFLUENCIA DE LA FAMILIA 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NS / NR
410	¿Hasta qué edad le dio pecho?	1. DÍAS _____ 2. MESES _____
PASE A 414		
411	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE)?	____ VECES 99. NS/NR
412	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuántas veces le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente:	NÚMERO DE VECES
	A. Agua?	____
	B. Leche que no era de su pecho?	____
	C. Otros líquidos?	____
	D. Atoles o purés?	____
	E. Comida sólida?	____
413	Durante las últimas 24 horas, ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó sin darle pecho?	1. MINUTOS _____ 2. HORAS _____ 999.NS/NR
414	VEA EN 325c EL AÑO DE NACIMIENTO	1. AÑO 1993, 1994, 1995 ----->420 2. AÑO 1996 ----->418 3. AÑO 1997 4. AÑO 1998 ----->420
415	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a sentarse con ayuda?	____ MESES 00. AÚN NO SE SIENTA----->417 99. NO RECUERDA

416	¿Y sin ayuda?	__ __ MESES 00. AÚN NO SE SIENTA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA
417	¿Y a los cuántos meses empezó a gatear?	__ __ MESES 00. AÚN NO GATEA 99. NO RECUERDA
PASE A 420		
418	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a caminar con ayuda?	__ __ MESES 00. AÚN NO CAMINA-----> 420 99. NO RECUERDA
419	¿Y sin ayuda?	__ __ MESES 00. AÚN NO CAMINA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA
420	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	__ __ MESES 00. EN EL MISMO MES 97. NO HA VUELTO
421	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	__ __ MESES 00. EN EL MISMO MES 97. NO HA VUELTO
422	VEA EN 325c: CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993	__ __

VEA 325 Y ANOTE RN PREGUNTAS 423 Y 429 EL NOMBRE Y ESTADO DR SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS		1	2	3	4	5
		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
423.	NOMBRE (VEA 325A)					
429.	ESTÁ VIVO (VEA 325d)	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO	1. VIVO 2. MUERTO
425.	Quando salud embarazada de (NOMBRE). ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar mas tiempo o no quería el embarazo?	1. QUERÍA ENTONCES ESPERAR MÁS TIEMPO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO L0 QUERIA	1. QUERÍA ENTONCES ESPERAR MÁS TIEMPO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO L0 QUERIA	1. QUERÍA ENTONCES ESPERAR MÁS TIEMPO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO L0 QUERIA	1. QUERÍA ENTONCES ESPERAR MÁS TIEMPO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO L0 QUERIA	1. QUERÍA ENTONCES ESPERAR MÁS TIEMPO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO L0 QUERIA
426.	¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	1. SI 2. NO -----> 410	1. SI 2. NO -----> 410	1. SI 2. NO -----> 410	1. SI 2. NO -----> 410	1. SI 2. NO -----> 410
427.	¿Dónde se hizo el control?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL / CLINICA/ MÉDICO PRIVADO PARTERA 4. OTRO: _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL / CLINICA/ MÉDICO PRIVADO PARTERA 4. OTRO: _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL / CLINICA/ MÉDICO PRIVADO PARTERA 4. OTRO: _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL / CLINICA/ MÉDICO PRIVADO PARTERA 4. OTRO: _____ (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL / CLINICA/ MÉDICO PRIVADO PARTERA 4. OTRO: _____ (especif.) 9. NS/NR
428.	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	__ __ MESES	__ __ MESES	__ __ MESES	__ __ MESES	__ __ MESES
429.	En total, ¿Cuántos controles tuvo?	__ __CONTROLES	__ __CONTROLES	__ __CONTROLES	__ __CONTROLES	__ __CONTROLES
430.	Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétano? (Para que no le dieran convulsiones al niño)	1. SI 2. NO-----433 9. NO RECUERDA--433	1. SI 2. NO-----433 9. NO RECUERDA--433	1. SI 2. NO-----433 9. NO RECUERDA--433	1. SI 2. NO-----433 9. NO RECUERDA--433	1. SI 2. NO-----433 9. NO RECUERDA--433
431.	¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante este embarazo?	__ VACUNAS -----> 433 9. NS/NR	__ VACUNAS -----> 433 9. NS/NR	__ VACUNAS -----> 433 9. NS/NR	__ VACUNAS -----> 433 9. NS/NR	__ VACUNAS -----> 433 9. NS/NR
432.	¿Le pusieron alguna vacuna antitetánica en los últimos 10 años?	1. SI 2. NO 9. NO RECUERDA				

433.	¿En qué lugar tuvo el parto de(NOMBRE)?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(0) 5. EN CASA CON TROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO ----- (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(0) 5. EN CASA CON TROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO ----- (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(0) 5. EN CASA CON TROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO ----- (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(0) 5. EN CASA CON TROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO ----- (especif.) 9. NS/NR	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. EN CASA CON PARTERA(0) 5. EN CASA CON TROS 6. EN CASA SIN NADIE -----> 436 8. OTRO ----- (especif.) 9. NS/NR
434.	¿Cuánto pagó por la atención del parto de (NOMBRE)?	----- COLONES 00000. GRATIS ----->436 99999. NS/NR -----> 436				
435.	Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR				
436.	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses, antes de tiempo o después de tiempo?	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES-----438 3. DESPUÉS DE TIEMPO-----438 9. NS/NR-----438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES-----438 3. DESPUÉS DE TIEMPO-----438 9. NS/NR-----438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES-----438 3. DESPUÉS DE TIEMPO-----438 9. NS/NR-----438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES-----438 3. DESPUÉS DE TIEMPO-----438 9. NS/NR-----438	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES-----438 3. DESPUÉS DE TIEMPO-----438 9. NS/NR-----438
437.	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA	__ __ SEMANAS 99. NO RECUERDA
438.	¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en la primera semana después del parto?	1. SI 2. NO----- SIG. COL. 9. NS/NR-----SIG. COL.	1. SI 2. NO----- SIG. COL. 9. NS/NR-----SIG. COL.	1. SI 2. NO----- SIG. COL. 9. NS/NR-----SIG. COL.	1. SI 2. NO----- SIG. COL. 9. NS/NR-----SIG. COL.	1. SI 2. NO----- PAG. 14 9. NS/NR----- PAG. 14
439.	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?	1. -----SIG. COL. (lbs.) (onz.) 2. -----SIG. COL. (kg) (gr.) -- 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. -----SIG. COL. (lbs.) (onz.) 2. -----SIG. COL. (kg) (gr.) -- 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. -----SIG. COL. (lbs.) (onz.) 2. -----SIG. COL. (kg) (gr.) -- 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. -----SIG. COL. (lbs.) (onz.) 2. -----SIG. COL. (kg) (gr.) -- 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE	1. -----SIG. COL. (lbs.) (onz.) 2. -----SIG. COL. (kg) (gr.) -- 99.999. NO RECUERDA EXACTAMENTE
440.	¿Piensa que pesó menos de 5 libras y media?	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	1. SI 2. NO

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO A INVESTIGAR					
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS (VEA 423)				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

441

A. NÚMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: _____

B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____

C. ESTA VIVO?

1. SI
2. NO

PARA LITERALES B y C: VEA DATOS DE PREGUNTAS 423 Y 424 EN LA PAGINA 12

442

¿El parto de (NOMBRE) fue por cesárea o no?

1. SI (CESAREA)
2. NO (VAGINAL/NORMAL)

443

Hablando de (NOMBRE), ¿Tuvo usted algún control después del parto?

1. SI
2. NO ----->446

444

¿Cuánto tiempo después del parto tuvo usted su primer control?

1. DÍAS
2. SEMANAS
3. MESES
- 999.NS/NR

445

¿Dónde tuvo ese control?

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO
8. OTRO: _____
(especifique)
9. NS/NR

446

Después que nació (NOMBRE), ¿Le llevó a control?

1. SI
2. NO -----> 450

447	¿A dónde le llevó a control ?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
448.	¿Al cuánto tiempo después de nacer le llevó a control por primera vez?	1. DÍAS -- 2. SEMANAS -- 3. MESES -- 999.NS/NR
449.	¿Estaba sano(a) o enfermo(a)?	1. SANO 2. ENFERMO
450	En el año después del parto de (NOMBRE), ¿Se esterilizó o usó usted o su pareja algún método para evitar un nuevo embarazo?	1. SI 2. NO ----- >453
451	¿Cuál método usó?	1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDÓN 4. INYECCIÓN 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA 8. VASECTOMÍA 9. MÉTODO DE BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NS/NR
452.	¿Al cuanto tiempo después del parto inició con ese método anticonceptivo?	1. DÍAS -- 2. MESES -- 999.NS/NR
453.	VEA EN 441C SI ESTA VIVO EL NIÑO SELECCIONADO	1. SI 2. NO----->500 PAG. 20.
454.	¿Vive (NOMBRE) con usted actualmente?	1. SI 2. NO----->500 PAG. 20.
455	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en los últimos quince días? (INCLUYENDO ESTE DÍA)	1. SI 2. NO-----> 470

456	¿Cuántos días le duró la diarrea?	__ DÍAS 0. MENOS DE UN DÍA / COMENZÓ HOY -----> 470 99. NS/NR		
457	¿Todavía tiene diarrea?	1. SI 2. NO		
458	¿Cuántos asientos líquidos hacia en un periodo de 24 horas?	__ __ASIENTOS		
459	¿Los asientos tenían sangre?	1. SI 2. NO		
460	¿En los días que tuvo diarrea el(la) niño(a): (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Tenía fiebre o calentura alta? (38.5°C o más)	1	2	9
	B. Estuvo intranquilo, irritable?	1	2	9
	C. Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
	D. Lloraba sin lágrimas?	1	2	9
	E. Tenía la piel (el pellejito) reseca(o) o arrugada(o)?	1	2	9
	F. Tenía la mollera hundida?	1	2	9
	G. Tenía los labios secos?	1	2	9
	H. Bebía agua u otros líquidos con sed o desesperación?	1 --461	2	9
	I. Estaba desgano para beber agua u otros líquidos?	1	2	9
461	Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE), ¿Le dio... (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Purgantes?	1	2	9
	B. Medicinas de Plantas?	1	2	9
	C. Suero casero?	1	2	9
	D. Otros remedios caseros?	1	2	9
	E. Sales de rehidratación o suero oral?	1	2	9
	F. Le pusieron suero en las venas?	1	2	9
	G. Antibióticos?	1	2	9
	H. Antidiarreicos?	1	2	9
	I. Le hospitalizaron?	1	2	9
	J. Recibió otro tratamiento: _____ (especifique)	1	2	9
Antibióticos:		Ampicilina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetrón-sulfa, etc.		
Antidiarreicos:		Kaopectate, Kaolimpectrina, Intestinomicina, Yodoclorina, Yodoquin, etc.		

462	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	1. SI 2. NO ----- > 464
463	¿Dónde consultó?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 4. PROMOTOR DEL MSPAS 5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____ (especifique) 6. FARMACIA 8. OTRO: _____ (especifique)
464	VEA 461 SI CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO "1".	1. CIRCULÓ CÓDIGO 1 2. CIRCULÓ SOLO CÓDIGOS "2" Ó "9" -----> 468
465	¿Cuánto gastó en total para aliviarle? (Incluyendo la consulta)	___ __ COLONES 0000. NADA ----- > 467 9999. NS/NR ----- > 467
466	¿Considera que gastó mucho, poco o lo normal?	1. MUCHO 2. POCO 3. LO NORMAL
477	VEA EN 461e SI MENCIONÓ QUE LE DIO SALES DE REHIDRATACIÓN O SUERO ORAL AL NIÑO	1. MENCIONÓ -----> 469 2. NO MENCIONÓ
468	¿Porqué no le dio sales de rehidratación o suero oral?	0. NO LAS CONOCE 1. SE LE TERMINARON 2. NO SABÍA QUE ERAN BUENAS 3. NO LES TIENE FE / NO SIRVEN / NO CURAN 4. NO SE LAS RECETARON 5. NO LE GUSTAN AL NIÑO 6. LE DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 7. NO TENIAN DISPONIBLES DONDE CONSULTÓ 8. NO FUE GRAVE LA DIARREA 88. OTRA: _____ (especifique)
469	Durante la enfermedad, ¿Usted le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?	1. MÁS LÍQUIDOS 2. MENOS LÍQUIDOS 3. MISMA CANTIDAD 99. NS/NR
470	¿Ha tenido tos o dificultad al respirar (NOMBRE) en los últimos quince días? (INCLUYENDO ESTE DÍA)	1. SI 2. NO ----- > 481
471	¿Cuántos días estuvo enfermo?	___ __ DÍAS 0. MENOS DE UN DIA / COMENZÓ HOY -----> 461 33. MAS DE UN MES 99. NS/NR

472	Todavía tiene ésta enfermedad?	1. SI 2. NO		
473	(NOMBRE) (LEALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Estuvo cansado(a) o se le hundía el pecho?.	1	2	9
	B. Hacia ruido al respirar?	1	2	9
	C. Tenia hervor de pecho?.	1	2	9
	D. Fiebre o calentura alta? (38.5°C ó mas)	1	2	9
	E. Le daban ataques?	1	2	9
	F. Pasaba con mucho sueño o intranquilo?	1	2	9
474	Durante esta enfermedad ... (LEALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Le puso gotas de agua de o manzanilla en la nariz?	1	2	9
	B. Le bajó la fiebre con paños húmedos?	1	2	9
	C. Le dio mas líquidos que de costumbre?	1	2	9
	D. Le dio antibióticos?	1	2	9
	E. Le dio aspirina / antifebriles?	1	2	9
	F. Le hospitalizaron?	1	2	9
	G. Le dio algo mas?: _____ (especifique)	1	2	9
----- Antibidticos: Ampicilina, Tetraciclina, Amoxicilina, Trimetrón-sulfa, etc.				
475	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad?	1. SI 2. NO -----> 477		
476	¿Dónde consultó?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 4. PROMOTOR DEL MSPAS 5. PROMOTOR(A) DE ONG: _____ (especifique) 6. FARMACIA 88. OTRO: _____ (especifique)		
477.	VEA 474 SI CIRCULÓ AL MENOS UN CÓDIGO "1"	1. CIRCULÓ CÓDIGO "1" 2. CIRCULÓ SOLO CÓDIGOS "2" O "9" ----->480		
478	¿Cuánto gastó en total para aliviarle? (Incluyendo la consulta)	__ __ COLONES 0000. NADA -----> 481 999.99. NS/NR -----> 481		
479.	¿Considera que gastó mucho, poco o lo normal?	1. MUCHO 2. POCO 3. LO NORMAL		

480.	¿Cuál fue la principal razón por la que no hizo nada?	0. NO FUE NECESARIO/NO ERA GRAVE 1. DESCUIDO 2. NO TENÍAREMEDIO(S) PARA DARLE 3. NO TUVO TIEMPO/DEMASIADO OCUPADA 4. FALTA DE DINERO 5. POR LA DISTANCIA/FALTA DE TRANSPORTE 6. MALA ATENCIÓN 7. NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS 8. OTRA: _____ (especifique) 9. NS/NR
------	---	---

481.	Ahora hablaremos de las vacunas, ¿Podría mostrarme el(los) carnet(s) o tarjeta(s) de vacunación de (NOMBRE)? (PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)	0. NO TIENE/NO MOSTR6 1. CARNET DEL MSPAS 2. CARNET DEL ISSS 8. OTROS CARNETS: _____ (especifique)
------	---	--

482 **ENTREVISTADORA:**
 TRASLADÉ CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNET ANOTADA CON TINTA, PARA CADA DOSIS: DÍA, MES Y AÑO.

SI TIENE MAS DE UN CARNET, REVÍSELOS TODOS Y TRASLADÉ LA INFORMACIÓN REQUERIDA ANTES DE PREGUNTAR A LA MADRE, COMO SE LE INDICA A CONTINUACIÓN.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA CON TINTA EN EL CARNET, O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNET, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (NOMBRE DE LA VACUNA)?, MENCIONANDO LA FORMA DE APLICACIÓN. SEGUN SEA LA RESPUESTA, CIRCULE LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TITULO SEGÚN MADRE..

	SEGÚN CARNET						SEGÚN MADRE		
	TIENE DOSIS		DÍA	MES	AÑO	¿Tiene la (VACUNA) ?			
	SI	NO				SI	NO	NS/NR	
BCG (Inyectada en el brazo i¿Quierdo)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
DPT - 1 (Inyectada en la nalguita o glúteo)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
DPT - 2	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
DPT - 3	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
DPT (Refuerzo)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
POLIO - 1 (Vacuna tomada en gotitas)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
POLIO - 2	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
POLIO - 3	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
POLIO (Refuerzo)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
SARAMPIÓN (Inyectada en nalguita, a los 9 meses)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	
MMR (Es la vacuna contra las Paperas, Rubeola y Sarampión)	1	2	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1	2	9	

V. MORBILIDAD MATERNA

500	¿Se ha hecho alguna vez la prueba del cáncer o citología?	1. SI 2. NO -----> 506 9. NS/NR -----> 506
501	¿Cuándo fue la última vez?	__ __ MES __ __ AÑO 99.99. NS/NR
502	¿Dónde se lo hizo?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. ADS CLÍNICA PRO-FAMILIA 4. CLÍNICA O MEDICO PRIVADO 5. INSTITUTO DE CANCER 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
503	¿Supo el resultado?	1. SI 2. NO -----> 506 3. AÚN NO ES LA FECHA-----> 506 9. NO RECUERDA -----> 506
504	¿Cuál fue el resultado?	1. NEGATIVO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
505	¿Y cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se tomó la citología y la fecha en que supo el resultado?	1. DÍAS __ __ 2. SEMANAS __ __ 3. MESES __ __ 999.NS/NR
506	VEA EN 316 PAG. 4 SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO PERDIDAS O MORTINATOS, SI SOLO NACIDOS VIVOS, SI SOLO TIEN- EL EMBARAZO ACTUAL O NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA	1. PERDIDAS O MORTINATOS 2. SOLO NACIDOS VIVOS -----> 509 3. NUNCA EMBARAZADA O SOLO EMBARAZO ACTUAL- -----> 600 PAG. 26
507	Con su último embarazo, tuvo un hijo nacido vivo, nacido muerto o fue una pérdida o aborto?	1. NACIDO VIVO -----> 509 2. NACIDO MUERTO 3. PERDIDA (ABORTO)
508	¿En qué fecha terminó su último embarazo?	MES __ __ AÑO __ __ -----> 510
509	VEA EN 325c PAG. 6 LA FECHA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO	MES __ __ AÑO __ __
510	LA FECHA ES ANTES DE ENERO DE 1996 O A PARTIR DE ENERO DE 1996	1. ANTES DE ENERO DE 1996 -----> 600 PAG. 26 2. A PARTIR DE ENERO DE 1996
	Durante el embarazo que terminó en (MES y AÑO) ¿Tomó tabletas de hierro?	1. SI 2. NO -----> 514 9. NS/NR -----> 514

512	¿A los cuántos meses empezó a tomarlas?	__ MESES 99. NS/NR		
513	¿Cuántos meses las tomó durante el embarazo?	__ MESES 99. NS/NR		
514	VEA EN 507 CÓMO TERMINÓ EL ÚLTIMO EMBARAZO	1. PÉRDIDA (ABORTO) 2. NACIDO MUERTO -----> 525 3. NACIDO VIVO -----> 533		
515	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar mas tiempo o no quería el embarazo?	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MAS TIEMPO 3. NO LO QUERIA		
516	¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada?	1. SI 2. NO		
517	¿A los cuántos meses se le vino su último embarazo?	__ MESES 9. NS/NR		
518	Cuando tuvo la pérdida del embarazo. ¿Tuvo usted... (LEALE UNA A UNA)		SI	NO
	A. Dolores intensos del vientre?	1	2	9
	B. Sangramiento intenso? (hemorragia).	1	2	9
	C. Fiebre o calentura alta?.	1	2	9
	D. Sangramiento o manchado prolongado?	1	2	9
	E. Flujos o líquidos vaginales con mal olor?	1	2	9
519	¿Recibió atención cuando tuvo la pérdida?	1. SI 2. NO -----> 524 9. NS/NR -----> 524		
520	¿En qué lugares le atendieron? (PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)	1. HOSPITAL DEL MSPAS 2. HOSPITAL DEL ISSS 3. HOSPITAL PRIVADO 4. UNIDAD DE SALUD DEL MSPAS 5. UNIDAD MEDICA (CLÍNICA) DEL ISSS 6. CLÍNICA/CONSULTORIO PRIVADO 7. EN CASA 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR -----> 523		

SI EN ALGÚNA DE LAS RESPUESTAS MENCIONÓ HOSPITAL, CONTINÚE CON 521, CASO CONTRARIO PASE A 522

521	¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizada?	__ DÍAS 00. MENOS DE UN DÍA		
PASE A 523				
522	¿Porqué no fue a un hospital?	1. NO LO CONSIDERÓ NECESARIO 2. DEMASIADO LEJOS/FALTA DE TRANSPORTE 3. PRIVACIDAD/ANONIMATO 4. POR PENA O VERGÜENZA 5. FALTA DE DINERO 6. NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS 7. PAREJA/PARIENTES NO LE PERMITIERON 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR		
523	¿Y para su tratamiento (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Recibió antibióticos?	1	2	9
	B. Le hicieron legrado o raspado?	1	2	9
	C. Le pusieron sangre? (Transfusión)	1	2	9
	D. Le dieron o le hicieron algo más? _____ (especifique)	1	2	9
524	Como consecuencia de este embarazo (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Tuvo reglas irregulares?	1	2	9
	B. Tuvo problemas para salir embarazada?	1	2	9
	C. Le quitaron la matriz? (histerectomía)	1	2	9
	D. Tuvo otro problema?: _____ (especifique)	1	2	9
PASE A 600				
525	En ese embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	1. QUERÍA ENTONCES 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA		
526	Durante ese mismo embarazo, ¿Tuvo algún control prenatal? control? 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS	1. SI 2. NO -----> 530.		
530	¿Dónde tuvo su control?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 4. PARTERA 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR		

528	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	__ __ MESES
529.	En total, ¿Cuántos controles tuvo?	__ __CONTROLES
530	Ese parto, ¿Fue a los 9 meses de tiempo o después de tiempo?	1. ANTES DE TIEMPO 2. A LOS 9 MESES ----->532 3. DESPUES DE TIEMPO----->532 99. NS/NR ----->532
531	¿Cuántas semanas antes de lo esperado tuvo el parto?	__ __SEMANAS 99. NO RECUERDA
532	¿En que lugar tuvo el parto?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 4. CASA DE PARTERA(O) 5. CASA PROPIA CON PARTERA(O) 6. CASA PROPIA CON OTROS 7. CASA PROPIA SIN NADIE 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
533	¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada?	1. SI 2. NO 9. NS/NR
534	Antes de ese embarazo, ¿Le dijo alguien que usted tenía la presión alta?	1. SI 2. NO 9. NS/NR
535.	Y durante ese embarazo, ¿Le tomaron presión?	1. SI 2. NO ----->537 9. NO RECUERDA ----->537
536.	¿La presión era alta, normal o baja?	1. ALTA 2. NORMAL 3. BAJA 9. NO RECUERDA
537	¿Durante ese embarazo... (LEALE UNA A UNA)	SI NO NS/NR
	A. Tuvo anemia? (falta de hierro)	1 2 9
	B. Se le hincharon, los pies?.	1 2 9
	C. Se le hinchó la cara?	1 2 9
	D. Tuvo visión borrosa?	1 2 9
	E. Tuvo dolor de cabeza fuera lo normal?	1 2 9
	F. Tuvo desmayos o pérdida de conocimiento?	1 2 9
	G. Tuvo ardor o dolor al orina?	1 2 9
	H. Tuvo ataques o convulsiones?	1 2 9

538	En los últimos tres meses de su embarazo, ¿Tuvo sangramiento vaginal?	SI NO -----> 540 NS/NR -----> 540
539	Con el sangramiento que tuvo, ¿Manchó sólo la ropa interior, Manchó también la ropa exterior o manchó hasta la ropa de cama?	1. ROPA INTERIOR 2. ROPA EXTERIOR 3. ROPA DE CAMA 9. NS/NR
540	Su ultimo parto, ¿Fue por cesárea o no?	1. SI (CESAREA) -----> 544 2. NO (VAGINAL/NORMAL)
541	¿Nació de cabeza, de pies o de nalgas?	1. DE CABEZA 2. DE PIES 3. DE NALGAS 9. NS/NR
542	¿Le hicieron una herida (episiotomía) para facilitar el parto? (le unieron)	1. SI 2. NO
543	¿La placenta salió sin ayuda? (espontáneamente)	1. SI 2. NO 9. NS/NR
PASE A 546		
544	¿Porqué le hicieron la cesárea?	1. SANGRAMIENTO SEVERO 2. LABOR DURÓ DEMASIADO TIEMPO 3. BEBE EN POSICIÓN ANORMAL 4. PARTO ATRASADO 5. PROBLEMAS CON PARTOS ANTERIORES 6. PREFERENCIA PERSONAL 7. CESAREA ANTERIOR 8. OTRO: _____ (especifique)
545	La cesárea, ¿Fue programada o de emergencia?	1. PROGRAMADA -----> 551 2. DE EMERGENCIA
546	En su ultimo embarazo, ¿Se le rompió la fuente antes de que le comenzaran los dolores de parto?	1. SI 2. NO -----> 548
547	¿Cuánto tiempo antes de los dolores de parto se le rompió la fuente?	__ __ HORAS 99. NS/NR
548	En su ultimo embarazo, ¿Cuánto tiempo duró el trabajo del parto desde las primeras contracciones fuertes?	__ __ HORAS 77. MAS DE 1 DÍA 78. NO TUVO TRABAJO -----> 550 99. NS/NR

549	Le dieron medicina para empezar o apurar el trabajo de parto?	1. SI 2. NO 9. NS/NR		
550	¿Durante el parto... (LEALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Tuvo sangramiento intenso?	1	2	9
	B. Rompimiento del útero?	1	2	9
	C. Presión alta?	1	2	9
	D. Convulsiones o ataques?	1	2	9
	E. Desmayos?.	1	2	9
	F. Fuertes dolores de cabeza?	1	2	9
	G. Visión borrosa?.	1	2	9
	H. Fiebres o escalofríos?	1	2	9
	I. Dolor en la boca del estómago?.			
551	En los primeros días después del parto, ¿Le dieron tabletas de hierro?	1. SI 2. NO		
552	¿Y vitaminas?	1. SI 2. NO		
553	¿Como consecuencia del parto, durante los 40 días después... (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Tuvo sangramiento intenso de la vagina?	1	2	9
	B. Fiebre o calentura alta?	1	2	9
	C. Flujos o líquidos vaginales con mal olor?	1	2	9
	D. Dolor o ardor al orinar?	1	2	9
	E. Infección de los pechos?	1	2	9
554	¿En esos 40 días (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Le pusieron sangre? (Transfusión).	1	2	9
	B. Le hicieron legrado/raspado?	1	2	9
	C. Le dieron antibióticos?	1	2	9
555	¿Como resultado del parto.. (LÉALE UNA A UNA)	SI	NO	NS/NR
	A. Tuvo después, reglas irregulares?	1	2	9
	B. Tuvo problemas para salir embarazada?	1	2	9
	C. Le quitaron la matriz? (histerectomía)	1	2	9
	D. Tuvo otro problema? _____ (especifique)	1	2	9

VI. PLANIFICACIÓN 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.

- 600 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DEL MÉTODO)?
(MENCIONE UNO A UNO)
- 601 ¿Ha usado alguna vez (NOMBRE DEL MÉTODO)?
(MENCIONE UNO A UNO LOS QUE CONOCE)
- 602 ¿Usa actualmente (NOMBRE DEL MÉTODO)?
(ÚLTIMOS 30 DIAS) (MENCIONE UNO A UNO LOS MÉTODOS QUE HA(N) USADO)

	MÉTODO	600. HA OÍDO HABLAR		601. ALGUNA VEZ HA USADO		602. USA ACTUALMENTE	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.	Las Píldoras o pastillas anticonceptivas?	1	2	1	2	1	2
2.	El DIU, Aparatito o T de Cobre?	1	2	1	2	1	2
3.	El Condón O preservativo?	1	2	1	2	1	2
4.	La Inyección anticonceptiva?	1	2	1	2	1	2
5.	Los Métodos vaginales (Jaleas/Espumas/Diafragma /Cremas/6vulos/Tabletas) ?	1	2	1	2	1	2
6.	El NORPLANT o Implante? (Barritas en el brazo)	1	2	1	2	1	2
7.	La Esterilización Femenina?	1	2	1	2	1	2
8.	La Vasectomía o Esterilización Masculina?	1	2	1	2	1	2
9.	El Método de Billings?	1	2	1	2	1	2
10.	El Ritmo, Calendario o control de la menstruación?	1	2	1	2	1	2
11.	El Método del Retiro? (El se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2	1	2
12.	El Método de Lactancia y Amenorrea? (MELA)	1	2	1	2	1	2

OBSERVACIONES: _____

ENTREVISTADORA: _____

ANTES DE PASAR A LA SIGUIENTE PAGINA REVISE QUE EN 600 TODOS LOS MÉTODOS TENGAN CIRCULADO UNOS 2 CÓDIGOS, QUE EN 601 TODOS LOS MÉTODOS CON CÓDIGO 1 EN 600 TENGAN CIRCULADO UNO DE LOS 2 CÓDIGOS Y QUE EN 602 TODOS LOS MÉTODOS CON CÓDIGO 1 EN 601, TENGAN CIRCULADO UNO DE LOS 2 CÓDIGOS.

603	VEA PREGUNTAS 601 Y 602 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	
	LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE-----> 621	
	LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS -----> 610	
	LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODO PERO NO USA ACT'UALMENTE	
604	¿Cuál fue el último método que usó? (usted o su pareja)	<ol style="list-style-type: none"> 1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDON 4. INYECCION 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA 8. VASECTOMIA 9. MÉTODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NS/NR
605	¿Por qué razón dejó de usarlo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. PARA EMBARAZARSE 2. SIN VIDA SEXUAL 3. TUVO EFECTOS COLATERALES 4. MIEDO A EFECTOS COLATERALES 5. EL COMPANERO SE OPUSO 6. RECOMENDACIÓN MEDICA 7. NO FUE EFICAZ / LE FALLÓ 8. NO TUVO DINERO PAPA COMPRAR 9. DESCUIDO 88. OTRA: _____ (especifique) 99. NS/NR
606	¿Cuál fue el primer método que usó?	<ol style="list-style-type: none"> 1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDON 4. INYECCION 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA 8. VASECTOMIA 9. MÉTODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NS/NR
607	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	MES __ __ AÑO __ __ 99.99 NS/NR
608	¿Y qué edad tenía usted entonces?	__ __ AÑOS 99. NS/NR

609.	Cuando usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO), ¿Cuántos hijos a hijas vivos tenía?	__ HIJOS VIVOS 99. NS/NR
610.	VEA EN 316, PAG. 4 SI ESTA EMBARAZADA	1. EMBARAZADA -----> 615 2. NO EMBARAZADA/NO SABE
611.	¿Hay alguna razón por la cual usted no puede quedar embarazada aunque quisiera?	1. SI 2. NO ----->613 9. NO SABE ----->613
612.	¿Cuál es la razón? SI RESPUESTA ES ALGUNA DE 1 A 5 PASAR A PREG 700 EN PÁGINA 35	1. FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS 2. MENOPAUSIA 3. YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO 4. YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA 5. ELLA/EL ES ESTERIL 6. SIN VIDA SEXUAL -----> 615 7. LACTANDO -----> 615 8. OTRA: _____ (especifique)
613.	¿Porque no está usando usted algún método anticonceptivo actualmente?	1. DESEA EMBARAZO -----> 615 2. POSTPARTO O LACTANDO-> 615 3. SIN VIDA SEXUAL -----> 615 4. POR EDAD AVANZADA -----> 700 PAG.35 5. MIEDO A EFECTOS COLATERALES 6. TUVO EFECTOS COLATERALES 7. EL COMPANERO SE OPONE 8. RAZONES RELIGIOSAS 88. OTRA: _____ (especifique) 99. NS/NR
614	¿Desea usted usar algún método anticonceptivo actualmente?	1. SI -----> 616 2. NO 9. NS/NR
615.	Y en el futuro, ¿Le gustaría usar algún método?	1. SI 2. NO -----> 700 PAG.35 9. NS/NR -----> 617

616	¿Cuál método preferirla o está pensando usar?	1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDÓN 4. INYECCIÓN 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA 8. VASECTOMIA 9. MÉTODO DE BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NO SABE
SI RESPUESTAES ALGÚNA DE 1 A 12 PASAR A PREG 618		
617	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir métodos anticonceptivos?	1. SI -----> 619 2. NO -----> 700 PAG. 35
618	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?	1. SI 2. NO -----> 700 PAG. 35
619	¿A que lugar iría?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. PUESTO PRO-FAMILIA (ADS) 4. CLÍNICA PRO-FAMILIA (ADS) 5. CLÍNICA O MEDICO PRIVADO 6. FARMACIA 7. ELLA MISMA O SU COMPANERO 8. PROMOTOR(A) MSPAS 9. PROMOTOR(A) ONG: _____ (especifique) 10. IGLESIA 88. OTRO: _____ (especifique)
620	¿Cuánto tiempo tardaría normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?	___ __ MINUTOS ___ __ HORAS
(PASE A 700 PAG. 35)		
621	VEA 602 Y MARQUE EL MÉTODO QUE USA. ESTA USANDO MAS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MAS EFECTIVO.	1. PASTILLAS 2. DIU -----> 628 3. CONDÓN -----> 631 4. INYECCIÓN -----> 637 5. MÉTODOS VAGINALES-----> 650 6. NORPLANT -----> 650 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA-----> 642 8. VASECTOMÍA -----> 642 9. MÉTODO DE BILLINGS -----> 647 10. RITMO -----> 647 11. RETIRO -----> 648 12. MELA -----> 649

622	¿Por cuánto tiempo ha tomado las pastillas anticonceptivas sin interrupción?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __
623.	¿Podría mostrarme el sobre de pastillas que está tomando?	1. MOSTRÓ EL SOBRE 2. NO LO MOSTRÓ
624	SI VIO EL SOBRE, CIRCULE EL CÓDIGO DE LA MARCA, SIN PREGUNTAR. SI NO LO VIO, PREGUNTE: ¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente?	1. NO CONOCE LA MARCA 2. EUGYNON 3. GYNOVIN 4. LO-FEMENAL 5. MICROGYNON 6. MINIGYNON 7. MINULET 8. NEOGYNON 9. NORDETTE 10. NORIDAY 11. NORMINEST 12. OVRAL 13. PERLA 14. TRINORDIOL 15. TRIQUILAR 88. OTRA: _____ (especifique)
625	¿Cuánto le cuesta cada sobre (ciclo) de estas pastillas?	-- -- COLONES 00.00. GRATIS -----> 627 99.99. NS/NR -----> 627
626	¿Este precio le parece, caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR
627	¿Qué debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla anticonceptiva?	1. TOMAR DOS PASTILLAS EL DÍA SIGUIENTE Y CONTINUAR EL MISMO SOBRE 2. CONTINUAR TOMANDO LAS PASTILLAS Y USAR OTRO MÉTODO 3. USAR OTRO MÉTODO HASTA INICIAR UN NUEVO CICLO 4. ESPERAR LA MENSTRUACIÓN Y SEGUIR EL USO CON UN NUEVO SOBRE 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
628	¿Por cuánto tiempo ha estado usando el DIU o aparatito?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __

629	¿Cuánto pagó por la puesta del DIU?	___ COLONES 000. GRATIS -----> 651 999. NS/NR -----> 651
630	Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR
PASE A 651		
631	¿Cuánto tiempo tiene de usar los condones como método anticonceptivo?	1. MESES __ 2. AÑOS __
632.	¿Cuál es la marca de condones que usa mayormente?	0. SIN MARCA (NO LOGO) 1. CONDOR 2. COWBOY 3. DUREX 4. PANTHER 5. PRIME 6. PREVENTOR 7. ROUGH RIDER 8. SULTÁN 9. TOUCH 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NS/NR
633	¿Esta marca viene en unidades, sobres de tres u otra cantidad?	1. UNIDADES 2. SOBRES DE TRES 8. OTRA CANTIDAD: _____ (especifique) 9. NS/NR ----- >636
634	¿Cuánto les cuesta cada condón / sobre de condones?	___ COLONES 00.00. GRATIS ----->636 99.99. NO SABE ----->636
635.	Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR
636.	¿Cuántos condones recuerda haber usado en las últimas 4 semanas?	___ CONDONES PASE A 651
637.	¿Por cuánto tiempo ha usado la inyección sin interrupción?	1. MESES __ 2. AÑOS __

638	¿Cuál es la marca de inyección que usted usa actualmente?	1. CICLOFEMINA 2. DEPOPROVERA 3. DEPROXONE 4. MESIGYNA 5. NOMAGEST 6. NORISTERAT 7. NOVULAR 8. TOPASEL 9. YECTAMES 88. OTRA: _____ (especifique) 99. NS/NR
639.	¿Cuánto le cuesta cada inyección?	____. ____ COLONES 000.00. GRATIS ----->651 999.99. NS/NR ----->651
640.	Este precio, ¿Incluye la jeringa?	1. SI 2. NO 9. NS/NR
641.	Este precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR
PASE A 651		
642.	¿En que mes y año le operaron?	MES __ AÑO __ 99.99 NS/NR
643.	¿Qué edad tenía usted cuando le operaron?	__ __ AÑOS
644.	¿Cuánto pagó por la operación?	__ . __ COLONES 00.00. GRATIS ----->646 99.99. NS/NR ----->646
645	Ese precio, ¿Le parece caro, apropiado o barato?	1. CARO 2. APROPIADO (ESTA BIEN) 3. BARATO 9. NS/NR
646.	¿Adónde fue a que le hicieran la operación?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. CLSNICA PRO-FAMILIA (ADS) 4. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 8. OTRO LUGAR: _____ (especifique) 9. NS/NR

647	¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual? (ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES DIFERENTE QUE OPCIONES 1-6, LEA OPCIONES 1-6)	1. UNA SEMANA ANTES DE QUE LA REGLA COMIENZE 2. DURANTE LA REGLA 3. UNA SEMANA DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE 4. DOS SEMANAS DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE 5. TRES SEMANAS DESPUÉS DE QUE LA REGLA COMIENZE 6. NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NS/NR
648	¿Cuánto tiempo ha usado (NOMBRE DEL MÉTODO QUE USA) sin interrupción?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __
649	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL MÉTODO QUE USA) antes de iniciar el uso?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. CLINICA PRO-FAMILIA (ADS) 4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR 5. IGLESIA 6. ESPOSO/COMPANERO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO SABE PASE A 653
650	¿Cuánto tiempo ha usado este método sin interrupción?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __
651	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. PUESTO PRO-FAMILIA (ADS) 4. CLINICA PPO-FAMILIA (ADS) 5. CLINICA O MEDICO PARTICULAR 6. FARMACIA 7. PROMOTOR(A) MSPAS 8. PROMOTOR(A) ONG: _____ (especifique) 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NO SABE-----> 653
652	¿Cuánto tiempo tarda normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?	1. MINUTOS __ __ 2. HORAS __ __
653	Si en este momento usted pudiera elegir, ¿Preferiría usar otro método o seguiría usando el mismo?	1. PREFERIRÍA OTRO 2. EL MISMO -----> 656 3. NO USARÍA NINGUNO-----> 656 9. NO SABE -----> 656

654	¿Cuál método preferiría usar?	1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDÓN 4. INYECCIÓN 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA 8. VASECTOMIA 9. MÉTODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NO SABE
655	¿Porque está usando el método actual en vez del que prefiere?	1. FALTA DE DINERO 2. ES MAS PRACTICO PARA ELLA 3. ES MAS BARATO 4. SIN DIFICULTAD DE USO 5. RECOMENDACIÓN MEDICA 6. RECOMENDACIÓN (AMIGA/PARIENTE) 7. RAZONES RELIGIOSAS 8. FALTA DE TIEMPO 9. TAMBIEN PROTEGE DE EST 10. ES DEFINITIVO 11. NO HAY CERCA 12. PREFERENCIA DEL CONYUGE 13. MIEDO A EFECTOS COLATERALES 14. FALTA DE INFORMACIÓN 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NO SABE
656.	¿Cuál fue el primer método que usted usó?	1. PASTILLAS 2. DIU 3. CONDÓN 4. INYECCIÓN 5. MÉTODOS VAGINALES 6. NORPLANT 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA--->700 8. VASECTOMIA -----> 700 PAG.35 9. MÉTODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 12. MELA 99. NO RECUERDA
657	¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	MES __ AÑO __ 99.99 NS/NR
658	¿Y qué edad tenía entonces?	__ AÑOS 99. NS/NR
659	¿Cuándo usted comenzó a usar (NOMBRE DEL MÉTODO), ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía? HIJOS VIVOS	__ HIJOS VIVOS 99. NS/NR

VII. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS

700	VEA PREGUNTA 202 PAG. 1 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	1. TIENE DE 15 A 19 AÑOS 2. TIENE DE 20 A 24 AÑOS -----> 703 3. TIENE DE 25 A 49 AÑOS -----> 740 PAG. 40
701	¿Recibió o ha recibido información sobre: (LEALE UNA A UNA)	ENTREVISTADORA: DESPUES DE LEER. TODOS LOS TEMAS DE LA PREGUNTA 701 HAGA LA PREGUNTA 702 SOLO PARA LOS TEMAS QUE TENGAN CIRCULADO EL CÓDIGO "1" (PRIMERA COLUMNA)
702	¿La información sobre (TEMA), la recibí de un familiar, en la escuela o colegio, o de otras personas?	SI NO NS/NR FAMILIAR ESCUELA/ COLEGIO OTRO
	77. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo)?	1 2 9 1 2 3
	78. El aparato reproductor femenino?	1 2 9 1 2 3
	79. El aparato reproductor masculino?	1 2 9 1 2 3
	80. La menstruación o regla?	1 2 9 1 2 3
	81. Las relaciones sexuales?	1 2 9 1 2 3
	82. El embarazo y el parto?	1 2 9 1 2 3
	83. Los métodos anticonceptivos?	1 2 9 1 2 3
	84. Las enfermedades venéreas?	1 2 9 1 2 3
	85. El SIDA?	1 2 9 1 2 3
	86. La lactancia materna?	1 2 9 1 2 3
	87. Cuestiones de Género?	1 2 9 1 2 3
703	De las edades que le voy a mencionar, ¿Podría decirme en cuáles tendría la mujer mayores problemas para su salud al salir embarazada: Las menores de 20 años, las de 20 a 34 ó las mayores de 34 años? (PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)	1. MENORES DE 20 AÑOS 2. DE 20 A 34 AÑOS 3. MAYORES DE 34 AÑOS 9. NO SABE
704	¿Cuánto tiempo debería esperar la mujer entre un embarazo y otro?	1. MESES ___ ___ 2. AÑOS ___ ___ 9. NS/NR
705	¿A partir de cuál o cuántos hijos considera que existe más riesgo con el embarazo?	1. A PARTIR DEL 1° 2. A PARTIR DEL 2° 3. A PARTIR DEL 3° 4. A PARTIR DEL 4° 5. A PARTIR DEL 5°. 6. A PARTIR DEL 6°. Ó MAS 8. OTRA RESPUESTA: _____ (especifique) 9. NS/NR

706	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	MES __ AÑO __ 22.22. NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES -----> 746 99.99. NS/NR
707.	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	__ __ AÑOS
708.	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo la primera relación sexual? (coito)	__ AÑOS 99. NO SABE
709.	¿Qué era de usted esa persona en ese momento?	1. ESPOSO/COMPANERO 2. NOVIO 3. AMIGO 4. FAMILIAR 5. DESCONOCIDO 6. PADRASTRO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
710.	¿Usaba usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?	1. SI 2. NO -----> 712
711.	¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?	1. PASTILLAS 2. CONDON 3. INYECCION 4. MÉTODOS VAGINALES 5. MÉTODO BILLINGS 6. RITMO 7. RETIRO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO RECUEPDA
PASE A 713		
712.	¿Porque no usaron algún método en esa primera relación para evitar tener hijos?	1. NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO 2. NO CONOCÍA NINGUN MÉTODO 3. CREIA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS SON MALOS PARA LA SALUD 4. LA RELIGION NÓ SE LO PERMITIA 5. QUERIA EMBARAZARSE 6. CONOCIA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABIA DONDE OBTENERLOS 7. EL COMPANERO SE OPUSO 8. QUERÍA USARLO, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO 9. COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 10. FUE VIOLACIÓN 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NS/NR

713	VEA EN 316 PAG. 4 SI HA TENIDO EMBARAZO (SI SUMA TOTAL ES DIFERENTE DE CERO IGUAL A CERO)	1. DIFERENTE DE CERO 2. IGUAL A CERO -----> 742
714	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	__ __ AÑOS
715	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada?	1. SI -----> 717 2. NO
716	¿Porqué no?	1. ERA LA PRIMERA VEZ 2. NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES 3. USÓ ANTICONCEPTIVOS 4. CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL 5. CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD 6. SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA 8. OTRA: _____ (especifique)
717	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar mas tiempo o no quería el embarazo?	1. QUERÍA EN ESE MOMENTO 2. ESPERAR MÁS TIEMPO 3. NO LO QUERÍA 9. NS/NR
718	¿Que edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	__ __ AÑOS 99. NO SABE
719	¿Que era de usted esa persona?	1. ESPOSO/COMPAÑERO----->723 2. NOVIO 3. AMIGO 4. FAMILIAR 5. DESCONOCIDO 6. PADRASTRO 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
720	¿Con quién vivía cuando se dio cuenta del primer embarazo?	1. PADRES 2. PARIENTES 3. AMIGOS(AS) 4. SOLA 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE

721	¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. QUERÍAN CASAMIENTO / LE OBLIGARON A CASARSE 2. ACEPTARON EMBARAZO EN FORMA NORMAL 3. FAMILIA IBA A CRIAR AL NIÑO 4. LA CORRERON DE LA CASA 5. QUE NO LO TUVIERA 6. NO LO SUPIERON 7. INDIFERENCIA 8. OTRA: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
722	¿Cuál fue la reacción de su pareja cuando supo que usted estaba embarazada?	<ol style="list-style-type: none"> 0. NO SUPO 1. CONTENTO 2. ENOJADO 3. PREOCUPADO 4. QUE LO TUVIERA SOLA 5. FUE VIOLADA 6. INDIFERENCIA 7. SE CASARÍA / ACOMPAÑARÍA 8. OTRA: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
723	¿Tuvo (ha tenido) algún control prenatal en su primer embarazo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO -----> 725
724	¿A los cuántos meses de embarazo se hizo el primer control?	___ MESES
725	¿Cuántos meses le duró el (tiene de) embarazo?	___ MESES
726	Con su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, nacido muerto, o fue una pérdida o aborto?	<ol style="list-style-type: none"> 1. NACIDO VIVO 2. NACIDO MUERTO 3. PÉRDIDA (ABORTO) 4. AÚN EMBARAZADA -----> 728
727	¿Con quién vivía después de que terminó este embarazo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. ESPOSO / COMPAÑERO 2. PADRES 3. PARIENTES 4. AMIGOS(AS) 5. SOLA 8. OTRO: _____ (especifique) 9. NO RESPONDE
728	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO ----- > 734 3. NUNCA ESTUDIÓ ----- > 734
729	¿Interrumpió sus estudios?	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO

730	VEA EN 726 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	1. YA TERMINÓ 2. AÚN EMBARAZADA ----->734
731	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	1. SI ----- >733 2. NO
732	¿Porqué no siguió asistiendo?	1. NO TENIA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO 2. YA NO LE QUEDABA TIEMPO 3. EL NIÑO ERA MUY ENFERMO 4. OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPAÑERO 5. ACOSO SEXUAL 6. NO LA ADMITIERON/FUE EXPULSADA 7. PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 8. TENIA QUE TRABAJAR 9. CAMBIÓ DE RESIDENCIA 88. OTRA: _____ (especifique) PASE A 734
733	¿Al cuarto tiempo después de que terminó este embarazo volvió a asistir a clases?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __ 777. AUN NO ASISTE
734	Al momento que supo que estaba embarazada, ¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?	1. SI 2. NO-----> 742
735	¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?	1. SI 2. NO
736	VEA EN 730 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO	1. YA TERMINÓ 2. AUN EMBARAZADA-----> 742
737	¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?	1. SI -----> 739 2. NO
738	¿Porqué no volvió a trabajar?	1. NO TENIA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO 2. YA NO LE QUEDABA TIEMPO 3. EL NIÑO ERA MUY ENFERMO 4. OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPANERO 5. ACOSO SEXUAL 6. FUE DESPEDIDA 7. PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA 8. ERA EMPLEO TEMPORAL 9. CAMBIÓ DE RESIDENCIA 88. OTRO: _____ (especifique) PASE A 742

739	¿Al cuánto tiempo después de que terminó el embarazo volvió a trabajar?	1. MESES __ __ 2. AÑOS __ __
PASE A 742		
740	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?	MES __ AÑO __ 22.22. NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES -----> 746 99.99. NS/NR
741	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	__ __ AÑOS
742	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual (coito)?	1. DIAS __ __ 2. SEMANAS __ __ 3. MESES __ __ 4. AÑOS __ __ 555. ANTES DEL ÚLTIMO PARTO/EMBARAZO 999. NS/NR
743	¿Alguna vez ha sido forzada por alguien a tener relaciones sexuales?	1. SI 2. NO -----> 746
744	¿Por quién o quiénes? (PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)	1. ESPOSO/COMPAÑERO 2. PADRE 3. HERMANO 4. PADRASTRO 5. OTROS PARIENTES 6. AMIGOS/VECINOS 7. PATRONOS 8. COMPAÑEROS DE TRABAJO 9. DESCONOCIDOS 88. OTRO: _____ (especifique) 99. NS/NR
745	¿Qué edad tenía cuando esto le sucedió la primera vez?	__ __ AÑOS 99. NS/NR
746	¿Hace cuántos meses tuvo su última regla?	__ __ MESES 44. ESTE MES/MES PASADO 45. YA NO MENSTRÚA 46. ANTES DEL ÚLTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 47. NUNCA HA MENSTRUADO

747	¿Está usted acompañada, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	1. ACOMPAÑADA 2. CASADA 3. VIUDA -----> 751 4. SEPARADA-----> 751 5. DIVORCIADA-----> 751 6. SOLTERA -----> 751
748	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	__ __ AÑOS 99. NS/NR
749	¿Cuál fue el grado o alto más alto de estudios que aprobó su esposo / compañero? (¿En qué nivel de estudios?)	NIVEL GRADO 0.NINGUNO 0 1.PRIMAR. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 2.BACHILL. 1 2 3 4 3.SUPERIOR 1 2 3 4+ 9NO SABE 9
750	¿Está de acuerdo él en que usted use anticonceptivos o la esterilización?	1. SI 2. NO 9. NS/NR
751	¿Cuántas veces ha estado usted casada o acompañada?	_ VECES 0. NINGUNA -----> 800
752	¿En qué mes y año se casó/acompañó usted (por primera vez)?	MES __ AÑO __ 99.99 NO RECUERDA
753	¿Qué edad tenía usted cuando se casó o acompañó (por primera vez)?	__ __ AÑOS

VIII. . ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS/SIDA)

800 ¿Ha oído hablar de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual? 1. SI
2. NO ----- > 802

801 ¿De cuales enfermedades venéreas o de transmisión sexual ha oído hablar?

ENTREVISTADORA

EN COLUMNA P. 801 CIRCULE EL CÓDIGO 1 PARA CADA ENFERMEDAD QUE MENCIONE EXPONTANEAMENTE LA ENTREVISTADA.

PARA CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA 802. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO, CIRCULE EL CÓDIGO 3.

ENFERMEDAD	P. 801 EXPONTANEO	P. 802 ¿Ha oído hablar de.... (NOMBRE DE ENFERMEDAD)	
		DIRIGIDO	NO CONOCE
A. SIFILIS (CHANCRO)	1	2	3
A. GONORREA (PURGACIÓN)	1	2	3
B. SIDA	1	2	3
C. HERPES GENITAL	1	2	3
D. CONDILOMAS (CABALLITOS)	1	2	3
E. LEUCORREA (FLUJOS)	1	2	3
F. OTRAS: (especifique)	1	2	3

SI TODOS LOS LITERALES TIENEN CIRCULADO EL CÓDIGO 3, PASE A 900

803 ¿Que complicaciones pueden dar estas enfermedades en la salud de la mujer?

(PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)

1. INFERTILIDAD / ESTERILIDAD
2. ABORTOS
3. PARTOS PREMATUROS
4. DEFECTOS CONGÉNITOS
5. LA MUERTE
8. OTRAS: _____
(especifique)
9. NS/NR

804 Si usted padeciera o sospechara que tiene alguna de estas enfermedades, ¿A dónde iría para recibir tratamiento?

0. NUNCA HA PENSADO EN ESO
1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA
4. PROMOTOR MSPAS
5. PROMOTOR ONG: _____
(especifique)
6. FARMACIAS
7. FAMILIAR/AMIGO
8. OTRO: _____
(especifique)
9. NS/NR

805 VEA EN PREGUNTAS 801 Y 802 SI HA OÍDO HABLAR DEL SIDA.

1. CONOCE ESPONTÁNEO
2. CONOCE DIRIGIDO
3. NO CONOCE ----- > 900

806	¿Piensa que una persona puede estar contagiada de SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	1. SI 2. NO 9. NO SABE		
807	¿Existe curación para el SIDA?	1. SI 2. NO 9. NO SABE		
808	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de contagiarse de SIDA?	1. SI 2. NO-----> 810 9. NO SABE -----> 810		
809	¿Diría que tiene mucho o poco riesgo?	1. MUCHO 2. POCO 9. NO SABE		
810	¿Cuales formas conoce usted, para que un hombre o una mujer pueda evitar el SIDA? (PUEDE CIRCULAR MAS DE UNA RESPUESTA)	1. USAR CONDONES 2. TENER UN SOLO COMPAÑERO/FIDELIDAD 3. NO SALIR CON PROSTITUTAS 4. NO TENER RELACIONES CON HOMBRES MUJERIEGOS 5. NO TENER RELACIONES POR EL ANO 6. NO TENER RELACIONES CON HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES CON OTROS HOMBRES 7. NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS 8. NO UTILIZAR JERINGAS USADAS POR INFECTADOS 9. NO USAR TRANSFUSIONES INSEGURAS 10. NO TENER SEXO ORAL 11. NO TENER RELACIONES SEXUALES 12. OTRA: _____ (especifique) 99. NS/NR		
811	¿Cree usted que una persona se puede contagiar de SIDA... (LEALE UNA A UNA)		SI	NO
	A. Al besar la frente?	1	2	9
	A. Al besar la boca?	1	2	9
	B. Cuando le ponen sangre? (transfusión)	1	2	9
	C. Al dar la mano a una persona?	1	2	9
	D. Al tener relaciones sexuales entre los hombres?	1	2	9
	E. Al tener relaciones sexuales entre un hombre y una	1	2	9
	F. Al ser picado por un zancudo?	1	2	9
	G. Al ser inyectado con agujas o jeringas no descartables o ya usadas?	1	2	9
	H. Al usar hojas de afeitar/Gillette usadas por otra	1	2	9
	I. Al nacer los niños de una madre con SIDA?	1	2	9
	J. Al darle pecho a su niño una madre con SIDA?	1	2	9

812.	VEA EN 706 Ó 740 SEGÚN CORRESPONDA, SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	1. SI 2. NO -----> 900
813	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón?	0. NO CONOCE EL CONDÓN --> 900 1. SI 2. NO -----> 815 3. NO RESPONDE -----> 816
814	¿Ha usado el condón para.. (LÉALE UNA A UNA)	SI NO NO SABE
	A. Evitar el embarazo?	1 2 9
	C. El SIDA?	1 2 9
	D. Otras enfermedades de transmisión sexual?	1 2 9
	E. por otra razón?: _____ (especifique)	1 2 9
PASE A 816		
815	¿Porqué razón nunca ha usado el condón?	0. NO HA VUELTO A TENER RELACIONES 1. NO SABE DONDE OBTENERLO 2. DIFÍCIL DE OBTENER 3. ES CARO/COSTO 4. TIENE UNA SOLA PAREJA 5. USA OTRO MÉTODO 6. DISMINUYE EL PLACER/ES INCÓMODO 7. NO ES SEGURO 8. ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO 9. SU PAREJA ES FIEL 10. A SU PAREJA NO LE GUSTA 88. OTRA: _____ (especifique)
816.	Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?	0. NO TIENE PAREJA ----->900 1. SI 2. NO 9. NO SABE
817	Y si usted fuera quien pidiera a su pareja que usaran el condón, ¿Cómo cree que reaccionaria él?	1. SE MOLESTARIA 2. ACEPTARÍA 3. ME TRATARÍA MAL 4. OTRO: _____ (especifique) 9. NO SABE

IX. . MORTALIDAD MATERNA

900 ¿Cuántas hermanas tuyas que Sean de Su misma mamá, están vivas actualmente? __ HERMANAS
00. NINGUNA -----> 902
99. NS/NR -----> 902

901 ¿Podría decirme sus nombres y los años que han cumplido, comenzando por la de mayor edad?

No	NOMBRE	AÑOS CUMPLIDOS
1	_____	__ __
2	_____	__ __
3	_____	__ __
4	_____	__ __
5	_____	__ __
6	_____	__ __
7	_____	__ __
8	_____	__ __

902 Desde 1980 hasta la fecha, ¿Cuántas hermanas tuyas que eran de su misma mamá han fallecido? __ HERMANAS
00. NINGUNA -----> 1000
99. NS/NR -----> 1000

903 ¿Podría decirme el(los) nombre(s) de la(s) hermana(s) que murió(eron), comenzando por el que murió por último?

ENTREVISTADORA:
SI MURIÓ MAS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES DEJANDO POR ULTIMO LA QUE MURIÓ PRIMERO.

ANOTE NOMBRE (S)		1	2	3	4	5
904	¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)	-- AÑOS 00. <1 AÑO	-- AÑOS 00. <1 AÑO	-- AÑOS 00. <1 AÑO	-- AÑOS 00. <1 AÑO	-- AÑOS 00. <1 AÑO
905	¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando falleció?	-- AÑOS 11 A 54 AÑOS (cont.) OTRA EDAD (sig col)	-- AÑOS 11 A 54 AÑOS (cont.) OTRA EDAD (sig col)	-- AÑOS 11 A 54 AÑOS (cont.) OTRA EDAD (sig col)	-- AÑOS 11 A 54 AÑOS (cont.) OTRA EDAD (sig col)	-- AÑOS 11 A 54 AÑOS (cont.) OTRA EDAD (sig col)
906	<p>Cuando murió (NOMBRE). ¿Estaba...(LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)</p> <p>1. En una unidad o en un hospital del Ministerio de Salud. 2. En una clínica o en un hospital del Seguro Social. 3. En un hospital o clínica privada. 4. En una casa o la partera. 5. En el camino buscando atención. 8. En otro lugar. 9. NS/NR</p>	<p>1. MSPAS 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMONO 8. OTRO(especif) 9. NS/NR</p>	<p>1. MSPAS 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMONO 8. OTRO(especif) 9. NS/NR</p>	<p>1. MSPAS 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMONO 8. OTRO(especif) 9. NS/NR</p>	<p>1. MSPAS 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMONO 8. OTRO(especif) 9. NS/NR</p>	<p>1. MSPAS 2. ISSS 3. PRIVADO 4. CASA/PARTERA 5. EN EL CAMONO 8. OTRO(especif) 9. NS/NR</p>
907	<p>Murió (NOMBRE) (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)</p> <p>1. Cuando estaba embarazada. 2. Durante un parto. 3. Durante un aborto. 4. Dentro de las 6 semanas después de terminado un embarazo. 8. En otro momento.</p>	<p>1. EMBARAZO 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/POST ABORTO 8. OTRO: _____</p>	<p>1. EMBARAZO 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/POST ABORTO 8. OTRO: _____</p>	<p>1. EMBARAZO 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/POST ABORTO 8. OTRO: _____</p>	<p>1. EMBARAZO 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/POST ABORTO 8. OTRO: _____</p>	<p>1. EMBARAZO 2. PARTO 3. ABORTO 4. POST-PARTO/POST ABORTO 8. OTRO: _____</p>
908	¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	-- __ HIJOS PASE A SIG. COL	-- __ HIJOS PASE A SIG. COL	-- __ HIJOS PASE A SIG. COL	-- __ HIJOS PASE A SIG. COL	-- __ HIJOS

X. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS NACIDOS ENTRE 1983 Y 1991.

1000 VEA EN 325c Y 325d, CUANTOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS NACIERON A PARTIR __ HIJOS DE 1983 HASTA 1991 00. NINGUNO -----> 1100

IDENTIFIQUE EN PAGINAS 6 Y 7 LOS HIJOS QUE NACIERON A PARTIR DE 1983 A 1991 (325c) Y SI ESTAN VIVOS O MUERTOS (325d) Y ANOTE EN LA LÍNEA DE PREGUNTA 1001 LOS NOMBRES DE LOS QUE ESTÁN VIVOS, EMPEZANDO POR EL MENOR DE ELLOS.

PREGUNTAS		ÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	PENÚLTIMO VIVO ANTES DE 1992	TERCERO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	CUARTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992	QUINTO ANTERIOR VIVO ANTES DE 1992
1001	NOMBRE	-----	-----	-----	-----	-----
1002	AÑO DE NACIMIENTO	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --
1003	¿Ha asistido (NOMBRE) a algún grado de primaria?	1. SI 2. NO----1011 9. NS/NR---SIG.COL.	1. SI 2. NO----1011 9. NS/NR----SIG.COL.	1. SI 2. NO----1011 9. NS/NR----SIG.COL.	1. SI 2. NO----1011 9. NS/NR----SIG.COL.	1. SI 2. NO----1011 9. NS/NR----1100
1004	¿Que edad tenía cuando comenzó el primer, grado?	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS
1005	¿Cuál es el grado de estudios más alto que ha aprobado (NOMBRE)?	__ __ 99. NS/NR	__ __ 99. NS/NR	__ __ 99. NS/NR	__ __ 99. NS/NR	__ __ 99. NS/NR
1006	¿Asiste actualmente a la escuela o colegio?	1. SI 2. NO----1009 9. NO SABE----SIG. COL	1. SI 2. NO----1009 9. NO SABE----SIG. COL	1. SI 2. NO----1009 9. NO SABE----SIG. COL	1. SI 2. NO----1009 9. NO SABE----SIG. COL	1. SI 2. NO----1009 9. NO SABE----1100
1007	¿La escuela o colegio donde estudia es pública (o) o privada (o)?	1. PÚBLICA (O) 2. PRIVADA (O)	1. PÚBLICA (O) 2. PRIVADA (O)	1. PÚBLICA (O) 2. PRIVADA (O)	1. PÚBLICA (O) 2. PRIVADA (O)	1. PÚBLICA (O) 2. PRIVADA (O)
1008	¿Cuánto paga por la colegiatura de (NOMBRE)?	____ COLONES 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	____ COLONES 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	____ COLONES 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	____ COLONES 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	____ COLONES 9999. NS/NR (PASE A SIG. COL.)
1009	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS	__ __ AÑOS

1010	¿Porqué abandonó la escuela o colegio?	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS. 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA. 5. YA NO HABÍA GRADO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. POR BAJO RENDIMIENTO. 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO. 88. OTRA: _____ (Especifique) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS. 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA. 5. YA NO HABÍA GRADO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. POR BAJO RENDIMIENTO. 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO. 88. OTRA: _____ (Especifique) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS. 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA. 5. YA NO HABÍA GRADO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. POR BAJO RENDIMIENTO. 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO. 88. OTRA: _____ (Especifique) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS. 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA. 5. YA NO HABÍA GRADO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. POR BAJO RENDIMIENTO. 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO. 88. OTRA: _____ (Especifique) 99. NS/NR (PASE A SIG. COL.)	1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS. 4. PROBLEMAS DE LA ESCUELA. 5. YA NO HABÍA GRADO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. POR BAJO RENDIMIENTO. 9. CAMBIÓ DE DOMICILIO. 88. OTRA: _____ (Especifique) 99. NS/NR (PASE A 1100.)
1011	¿Porqué no asistió (asiste a ala escuela o colegio?)	0. NO TIENE LA EDAD. 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS EN LA ESCUELA. 4. CAMBIO DE DOMICILIO. 5. CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. OTRA: _____ (Especifique) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD. 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS EN LA ESCUELA. 4. CAMBIO DE DOMICILIO. 5. CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. OTRA: _____ (Especifique) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD. 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS EN LA ESCUELA. 4. CAMBIO DE DOMICILIO. 5. CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. OTRA: _____ (Especifique) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD. 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS EN LA ESCUELA. 4. CAMBIO DE DOMICILIO. 5. CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. OTRA: _____ (Especifique) 9. NS/NR	0. NO TIENE LA EDAD. 1. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL. 2. PROBLEMAS FAMILIARES. 3. PROBLEMAS EN LA ESCUELA. 4. CAMBIO DE DOMICILIO. 5. CERRARON LA ESCUELA/COLEGIO. 6. TENÍA QUE TRABAJAR. 7. MUY LEJOS. 8. OTRA: _____ (Especifique) 9. NS/NR

XI. VIVIENDA

1100. ¿De qué tipo de servicio de agua disponen en esta casa?

1. CHORRO PARTICULAR ---->1102
2. CHORRO COMPARTIDO
(COMUN) ----->1102
3. CHORRO PUBLICO
4. CHORRO DE VECINO
5. POZO PRIVADO ----->1102
6. POZO PÚBLICO
7. RIO, LAGO O MANANTIAL
8. DE PIPA ----->1102
88. OTRO: _____
(especifique)

1101. ¿A qué distancia de aquí queda la fuente de donde obtienen el agua?

1. METROS _ _ _
2. CUADRAS _ _ _
3. KILOMETROS _ _ _

1102. El agua que toman en esta vivienda, ¿Es envasada, filtrada, aquí le ponen COLro, la hierven o la toman tal como viene?

1. ENVASADA (ELECTROPURA)
2. FILTRADA
3. LA COLRAN
4. LA HIERVEN
5. LA TOMAN TAL COMO VIENE
8. OTRO: _____
(especifique)

1103 TIPO DE VIVIENDA:

(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

1. CASA INDEPENDIENTE
2. APARTAMENTO
3. PIEZA DE CASA
INDIVIDUAL ----->1105
4. PIEZA DE MESÓN ----->1105
5. RANCHO O CHOZA
6. VIVIENDA IMPROVISADA
8. OTRO: _____
(especifique)

1104 ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene ésta casa, principalmente para dormir?

_ _ CUARTOS

97. NO TIENE DIVISIONES

1105 ¿Para cocinar, lo que mas usan es :Electricidad, gas propano, gas(Kerosene) o leña?

0. NO COCINAN
1. ELECTRICIDAD
2. GAS PROPANO
3. GAS (KEROSENE)
4. LEÑA
8. OTRO: _____
(especifique)

1106 ¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa?

0. NO TIENE
1. LETRINA
2. INODORO
8. OTRO: _____
(especifique)

1107.	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO (ANTEE LO QUE USTED OBSERVE)	1. CONCRETO (PLAFÓN) 2. TEJA DE BARRO/CEMENTO 3. LAMINA DE ASBESTO (DURALITA) 4. LAMINA METALICA 5. PAJA/PALMA 6. PLASTICO/CARTÓN 8. OTRO MATERIAL: _____ (especifique)
1108	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES (ANTEE LO QUE USTED OBSERVE)	1. CONCRETO (MIXTO) 2. BAHAREQUE 3. ADOBE 4. MADERA 5. LAMINA 6. PAJA/PALMA 7. PLASTICO/CARTGN 8. OTRO MATERIAL: _____ (especifique)
1109	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO (ANTEE LO QUE USTED OBSERVE)	1. LADRILLO DE CEMENTO 2. LADRILLO DE BARRO 3. CEMENTO 4. TIERRA 8. OTRO MATERIAL: _____ (especifique)
1110.	¿Que hacen con la basura que sale de ésta casa?	1. SERVICIO MUNICIPAL 2. SERVICIO PARTICULAR 3. LA ENTIERRAN 4. LA QUEMAN 5. LA TIRAN AL PATIO/SOLAR 6. LA TIRAN AL RIO/QUEBRADA 8. OTRO: _____ (especifique)
1111	¿Podría decirme si en esta vivienda tienen:	SI NO
	Luz electrica?	1 2
	Televisor?	1 2
	Refríaeradora?	1 2
	Telefono?	1 2
	Automóvil? (carro o pickup)	1 2
1112	VEA EN 400 PAG. 9 SI EL OLTIMO NACIDO VIVO ES A PARTIR DE ENERO DE 1993	0. NO APLICÓ 400 -----> FIN DE ENTREVISTA 1. ANTES DE ENERO DE 1993 -> FIN DE ENTREVISTA 2. A PARTIR DE ENERO DE 1993

XI. INDICADORES DE NUTRICION MATERNO INFANTIL.

VEA EN 423 Y 424 PÀG. 12 Y COPIE LOS NOMBRES DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE .1993 COMO ESTAN EN EL CUADRO.

PREGUNTAS		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1200	NOMBRE	-----	-----	-----	-----	-----
1201	ESTÀ VIVO (VEA EN 424)	1. VIVO 2. MUERTO---->SIG.COL	1. VIVO 2. MUERTO---->SIG.COL	1. VIVO 2. MUERTO---->SIG.COL	1. VIVO 2. MUERTO---->SIG.COL	1. VIVO 2. MUERTO---->1216
1202	VIVE CON USTED (NOMBRE)?	1. SI 2. NO---->SIG.COL	1. SI 2. NO---->SIG.COL	1. SI 2. NO---->SIG.COL	1. SI 2. NO---->SIG.COL	1. SI 2. NO---->1216
1203	FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 325C PÀG. 6)	1. < 3 MESES---->SIG.COL 2. De 3 a 59 MESES.-->1209 3. > 59 MESES---->SIG.COL	1. < 3 MESES---->SIG.COL 2. De 3 a 59 MESES.-->1209 3. > 59 MESES---->SIG.COL	1. < 3 MESES---->SIG.COL 2. De 3 a 59 MESES.-->1209 3. > 59 MESES---->SIG.COL	1. < 3 MESES---->SIG.COL 2. De 3 a 59 MESES.-->1209 3. > 59 MESES---->SIG.COL	1. < 3 MESES---->1216 2. De 3 a 59 MESES.-->1209 3. > 59 MESES---->1216
1204	ESTATURA (EN CMS)	-----	-----	-----	-----	-----
1205	MEDICIÒN DEL NIÑO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO	1. ACOSTADO 2. PARADO
1206	PESO (EN KGS)	-----	-----	-----	-----	-----
1207	FECHA DE MEDICIÒN DEL PESO Y TALLA.	1. DÌ A ___ __ 2. MES ___ __	1. DÌ A ___ __ 2. MES ___ __	1. DÌ A ___ __ 2. MES ___ __	1. DÌ A ___ __ 2. MES ___ __	1. DÌ A ___ __ 2. MES ___ __
1208	RESULTADO DE ANTROPOMETRÌA	1. NIÑO MEDIDO. 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÒ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. NIÑO MEDIDO. 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÒ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. NIÑO MEDIDO. 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÒ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. NIÑO MEDIDO. 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÒ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. NIÑO MEDIDO. 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÒ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)
1209	VEA EN 1202 Y ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	1. < 12 MESES 2. >= 12 MESE (PASE A SIG. COL)	1. < 12 MESES 2. >= 12 MESE (PASE A SIG. COL)	1. < 12 MESES 2. >= 12 MESE (PASE A SIG. COL)	1. < 12 MESES 2. >= 12 MESE (PASE A SIG. COL)	1. < 12 MESES 2. >= 12 MESE (PASE A 1216)
1210	VALOR DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	-----	-----	-----	-----	-----

1211	RESULTADO DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZÓ 5. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)
1212	RESULTADO DE RETINOL DEL NIÑO	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)	1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE 2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE 3. NIÑO ENFERMO 4. NIÑO AUSENTE 5. NIÑO RECHAZÓ 6. MADRE RECHAZÒ 8. OTRO: _____ (Especifique)

1213 VALOR DE HEMOGLOBINA DE LA ENTREVISTADA _____ . _____

1214 RESULTADO DE HEMOGLOBINA DE LA ENTREVISTADA

1. TOMÓ MUESTRA
2. ENTREVISTADA ENFERMA
3. ENTREVISTADA RECHAZÓ
4. ENTREVISTADA AUSENTE
8. OTRO: _____
(especifique)

1215 RESULTADO DE RETINOL DE LA ENTREVISTADA

1. TOMÓ MUESTRA SUFICIENTE
2. TOMÓ MUESTRA INSUFICIENTE
3. ENTREVISTADA ENFERMA
4. ENTREVISTADA RECHAZÓ
5. ENTREVISTADA AUSENTE
8. OTRO: _____
(especificue)

1216

SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1203, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA NUTRICIONISTA VENDRA A LA CASA A TOMAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL ESTUDIO.

AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO.

REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA.

GRACIAS!

NOMBRE DE LA PROFESIONAL QUE TOMÓ MEDIDAS: _____ CÓDIGO: ____