

# Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

## Questionario de niños(as) menores de 5 años

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR

**UF1A.** ¿En qué mes y año nació (*Nombre*)?

Fecha de nacimiento:

MES		/	AÑO				

NS

9	8	/	9	9	9	8
---	---	---	---	---	---	---

**UF1B.** ¿Qué edad tiene (*Nombre*)?

Edad:

*Si tiene menos de 1 año  
anote "00".*



Este cuestionario es para ser aplicado a la madre, padre o encargado de todos los Niños y Niñas miembros del Hogar que tengan entre 0 y 4 años de edad cumplidos (ver columna **LH3** del listado de hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño(a) sobre el que se requiere información.

<b>UF1. Número del conglomerado:</b> PROVINCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FRACCIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> RADIO: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UF2. Número del hogar:</b> PTO. MUESTRA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HOGAR: <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>UF3. Nombre del niño/a:</b> Nombre: .....	<b>UF4. Número de línea del niño/a:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>UF5. Nombre del respondente:</b> Nombre: .....	<b>UF6. Número de línea del respondente</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>UF7. Nombre y número del entrevistador/a:</b> Nombre: .....    Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UF8. Día / Mes / Año de la entrevista:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**⚠ Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado**

**🗨** Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos cinco minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

**⚠ Si ya leyó el saludo al inicio del cuestionario lea lo siguiente:**

**🗨** Me gustaría hablarle ahora sobre la salud de (*Nombre del niño/niña de UF3*) y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente cinco minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y las respuestas que nos proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

**¿Podemos comenzar?**

- SÍ**, se otorgó el permiso    ▶ comience con la entrevista.
- NO**, no se obtuvo permiso    ▶ complete **UF9**. Discuta el resultado con su jefe de campo.

<b>UF9. Resultado de la entrevista para niñas y niños menores de 5 años</b>  <i>Los códigos se refieren a la madre/encargado.</i>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> Completada	<input type="checkbox"/> <b>4</b> Incompleta
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> Ausente	<input type="checkbox"/> <b>6</b> Otro (especifique) .....
	<input type="checkbox"/> <b>3</b> Rechazo	

<b>UF10. Editada en campo por:</b> Nombre: ..... Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UF11. Supervisada por:</b> Nombre: ..... Número: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UF12. Cargada por:</b> Nombre: ..... Número: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---

**Registro y lugar de nacimiento**

<b>BR0. ¿En qué país nació....</b>  <i>Realice las preguntas para cada miembro y circule en la columna correspondiente.</i>  • <b>ESPONTÁNEA</b>		<b>BR0.1.</b> ...(Nombre)?	<b>BR0.2.</b> ...la madre de(Nombre)?	<b>BR0.3.</b> ...el padre de(Nombre)?
	Argentina	<input type="text"/> <b>01</b>	<input type="text"/> <b>01</b>	<input type="text"/> <b>01</b>
	Bolivia	<input type="text"/> <b>02</b>	<input type="text"/> <b>02</b>	<input type="text"/> <b>02</b>
	Brasil	<input type="text"/> <b>03</b>	<input type="text"/> <b>03</b>	<input type="text"/> <b>03</b>
	Chile	<input type="text"/> <b>04</b>	<input type="text"/> <b>04</b>	<input type="text"/> <b>04</b>
	Paraguay	<input type="text"/> <b>05</b>	<input type="text"/> <b>05</b>	<input type="text"/> <b>05</b>
	Perú	<input type="text"/> <b>06</b>	<input type="text"/> <b>06</b>	<input type="text"/> <b>06</b>
	Uruguay	<input type="text"/> <b>07</b>	<input type="text"/> <b>07</b>	<input type="text"/> <b>07</b>
	Otro	<input type="text"/> <b>96</b>	<input type="text"/> <b>96</b>	<input type="text"/> <b>96</b>
	NS	<input type="text"/> <b>98</b>	<input type="text"/> <b>98</b>	<input type="text"/> <b>98</b>

<b>BR1. ¿Tiene (Nombre) DNI?</b>  <i>Si responde que no, indague si alguna vez lo tramitó. Si está en trámite, marcar "Si". Si nunca lo tramitó, marcar "No"</i>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> Sí    ▶ a módulo <b>ET</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> No <input type="checkbox"/> <b>8</b> NS
--	--

<b>BR2</b> ¿(Nombre) tiene acta o partida de nacimiento?	<b>1</b> Sí ▶ a módulo <b>ET</b>	
	<b>2</b> No	
	<b>8</b> NS ▶ a módulo <b>ET</b>	
<b>BR3</b> ¿Por qué no está registrado el nacimiento de (Nombre)? • <b>ESPONTÁNEA</b> Circule la principal causa. <b>RESPUESTA ÚNICA</b>	<b>01</b> Problemas de accesibilidad al registro civil (distancia, gastos de viaje, horario)	<b>06</b> No sabía que debía registrarlo
	<b>02</b> Problemas de índole familiar	<b>07</b> No sabe dónde/cómo hay que registrarlo
	<b>03</b> No sabía que el trámite era gratuito y no tenía dinero	<b>08</b> Problemas de salud
	<b>04</b> La mamá no tenía DNI	<b>96</b> Otras
	<b>05</b> Vencimiento del plazo de inscripción	<b>98</b> NS

**Desarrollo temprano infantil (estimulación temprana) ET**

<b>ET1.</b> ¿Asiste (Nombre) a algún jardín, jardín maternal, prejardín, guardería, hogar de cuidado, centro de desarrollo infantil o cuidado infantil comunitario? <i>Si es período de vacaciones, indagar si asistirá en 2011</i>	<b>1</b> Sí
	<b>2</b> No ▶ <b>ET4</b>
	<b>8</b> NS ▶ <b>ET4</b>

<b>ET2A.</b> En una semana típica, ¿cuántos días asiste (Nombre)?	Cantidad de días: <input type="text"/>
---	--

<b>ET2B.</b> ¿Y cuántas horas asiste en un día típico? <i>En una semana normal: posterior al período de adaptación.</i>	Cantidad de horas por día: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

<b>ET3.</b> Ese establecimiento, ¿es público o privado?	<b>1</b> Público ▶ <b>ET5</b>
	<b>2</b> Privado ▶ <b>ET5</b>
	<b>8</b> NS ▶ <b>ET5</b>

<b>ET4</b> ¿Por qué no asiste? • <b>ESPONTÁNEA</b> Circule la causa principal.	<b>01</b> Prefiere que esté al cuidado de la madre/padre u otro familiar	<b>05</b> No hay vacantes en el jardín, prejardín o guardería del barrio
	<b>02</b> No lo considera necesario	<b>06</b> No se adaptó
	<b>03</b> Dificultades económicas	<b>96</b> Otras
	<b>04</b> No hay jardín, prejardín o guardería en el barrio	<b>98</b> NS

<b>ET5.</b> ¿Tiene libros para niños o libros con dibujos para (Nombre)? <i>Si Sí: indague: ¿cuántos?</i> • <b>ESPONTÁNEA</b>	Sí (menos de 10, cantidad) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sí (10 o más) <input type="text"/>
	No tiene <input type="text"/>
	NS <input type="text"/>

<b>ET6.</b> Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (Nombre) juega cuando está en casa, ¿juega con... <b>A.</b> juguetes caseros (tales como muñecas, autos u otros juguetes hechos en casa)? <b>B.</b> juguetes comprados en un negocio o industrializados? <b>C.</b> objetos del hogar (como cacerolas u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar (como palos, piedras, caracoles u hojas)? <i>Si responde "Sí", indague específicamente con qué juega el niño (anote un ejemplo por cada categoría positiva).</i>	<b>Sí</b>	<b>¿Cuál? (anote un ejemplo)</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
	<b>1</b>	.....	<b>2</b>	<b>8</b>
	<b>1</b>	.....	<b>2</b>	<b>8</b>
	<b>1</b>	.....	<b>2</b>	<b>8</b>

**ET7.** A veces los adultos que cuidan a los niños tienen que dejar la casa para ir de compras, o por otros motivos y deben dejar a los niños en casa.  
 ¿Cuántos días en la última semana dejó a (*Nombre*)...  
 Si la respuesta es 'ningún día' escriba '0'.  
 Si la respuesta es 'no sé' escriba '8'.

**A.** solo durante más de una hora?

Número de días que lo dejó solo durante más de una hora:

**B.** al cuidado de otro niño (es decir, con alguien menor de 10 años) durante más de una hora?

Número de días que lo dejó a cargo de otro niño durante más de una hora

**ET8.** En los pasados 3 días, ¿ud. o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (*Nombre*)?  
 Si "Sí", pregunte:  
 ¿Quién participó en esta actividad con (*nombre*)?  
 Circule todas las opciones que aplican.  
 Circule "Nadie" si el niño/a lo hizo solo, con alguien que no sea miembro del hogar o no hizo la actividad

	Madre	Padre	Otro	Nadie del hogar
Leer libros o mirar los dibujos de un libro con ( <i>nombre</i> )	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Contarle cuentos a ( <i>nombre</i> )	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Le cantó canciones a ( <i>nombre</i> ) o cantó con ( <i>nombre</i> ), incluso canciones de cuna	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Llevó a ( <i>nombre</i> ) a pasear fuera de la casa, a alguna plaza, parque u otro lugar	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Jugó con ( <i>nombre</i> )	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y
Le nombró, contó o dibujó cosas a ( <i>nombre</i> )	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Y

**Verifique la edad del niño/a**

- Si tiene 3 ó 4 años ▶ **ET9**
- Si tiene menos de 1, 1 ó 2 años ▶ **módulo Hitos Motores Gruesos HM**

**ET9.** Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de su niño/a. Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos del desarrollo de su niño/a.  
 ¿Puede (*Nombre*) identificar o nombrar por lo menos diez letras?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

**ET10.** ¿Puede (*Nombre*) leer hasta 4 palabras comunes?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

**ET11.** ¿Sabe (*Nombre*) el nombre y reconoce todos los números del 1 al 10?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

**ET12.** ¿Puede (*Nombre*) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palito o una piedra del piso?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

**ET13.** ¿(*Nombre*) se enferma a menudo y no puede jugar o realizar muchas actividades físicas?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	NS

<b>ET14.</b> ¿Puede ( <i>Nombre</i> ) seguir indicaciones sencillas sobre cómo hacer algo?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>ET15.</b> Cuando se le da algo para hacer, ¿puede ( <i>Nombre</i> ) hacerlo por sí solo?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>ET16.</b> ¿Se lleva ( <i>Nombre</i> ) bien con los otros niños?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>ET17.</b> ¿( <i>Nombre</i> ) patea, muerde o golpea a otros niños o adultos?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>ET18.</b> ¿( <i>Nombre</i> ) se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/> 1	Sí ▶ a módulo <b>BF</b>
	<input type="checkbox"/> 2	No ▶ a módulo <b>BF</b>
	<input type="checkbox"/> 8	NS ▶ a módulo <b>BF</b>

**Hitos motores gruesos (0, 1 ó 2 años)** **HM**

<b>HM1.</b> ¿( <i>Nombre</i> ) realiza las siguientes acciones?  <i>Muestre al entrevistado/o el/los dibujo/s de la Tarjeta 1 correspondiente a cada pregunta. Señale la figura y formule la pregunta respectiva.</i>  <i>Si contesta que sí, pase a lactancia (Excepto HM1.2.A.)</i>		Hitos o motores			Sí	No	NS	
	<b>Bloque 1</b>	<b>HM1.1.</b> ¿Camina sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶	<b>BF</b>	
<b>Bloque 2</b>	<b>HM1.2.A</b> ¿Camina con apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8				
	<b>HM1.2.B</b> ¿Se para sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶	<b>BF</b>		
<b>Bloque 3</b>	<b>HM1.3.</b> ¿Se para con apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶	<b>BF</b>		
<b>Bloque 4</b>	<b>HM1.4.</b> ¿Se sienta sin apoyo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	1 ▶	<b>BF</b>		

**Lactancia (0 a 4 años)** **BF**

<b>BF1.</b> ¿Ha sido amamantado ( <i>Nombre</i> ) alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No ▶ <b>BF3</b>
	<input type="checkbox"/> 8	NS ▶ <b>BF3</b>
<b>BF2.</b> ¿Todavía está ( <i>Nombre</i> ) siendo amamantado?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>BF3.</b> Quisiera preguntarle sobre los líquidos que ( <i>Nombre</i> ) pueda haber tomado ayer durante el día o la noche. Me interesa saber si ( <i>nombre</i> ) ingirió algo aún si fue en combinación con otra comida.  Tomó ( <i>Nombre</i> ) agua ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS
<b>BF4.</b> ¿Tomó ( <i>Nombre</i> ) jugo o bebidas de jugo ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1	Sí
	<input type="checkbox"/> 2	No
	<input type="checkbox"/> 8	NS

<b>BF5.</b> ¿Tomó ( <i>Nombre</i> ) caldo ayer, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
<b>BF6.</b> ¿Tomó ( <i>Nombre</i> ) leche de fórmula para bebés ayer, durante el día o a la noche? (Por ejemplo “Sancor Bebé”, “Nutrilon”, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>BF8</b>	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>BF8</b>	
<b>BF7.</b> ¿Cuántas veces tomó ( <i>Nombre</i> ) leche de fórmula para bebés?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
<b>BF8.</b> ¿Tomó ayer ( <i>Nombre</i> ) otra leche envasada, en polvo o leche fresca, durante el día o la noche? Excluya la leche de fórmula.	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>BF10</b>	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>BF10</b>	
<b>BF9.</b> ¿Cuántas veces tomó ( <i>Nombre</i> ) otra leche envasada, en polvo o fresca?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
<b>BF10.</b> ¿Tomó ( <i>Nombre</i> ) ayer algún otro líquido, durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	
<b>BF11.</b> ¿Tomó o comió ( <i>Nombre</i> ) ayer, durante el día o la noche, otros lácteos como...	<input type="checkbox"/> A Yogur?	<input type="checkbox"/> D Flancitos y otros postres?
	<input type="checkbox"/> B Danonino?	<input type="checkbox"/> Y Ninguno ▶ <b>BF13</b>
	<input type="checkbox"/> C Serenito?	<input type="checkbox"/> Z NS
<b>BF12.</b> ¿Cuántas veces tomó o comió ( <i>Nombre</i> ) otros lácteos?	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
<b>BF13.</b> ¿Comió ( <i>Nombre</i> ) otros alimentos sólidos o semisólidos, como por ejemplo papilla, cereales o avena, ayer, durante el día o a la noche? No considere los lácteos mencionados anteriormente.	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>BF15</b>	
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>BF15</b>	
<b>BF14.</b> ¿Cuántas veces comió ( <i>Nombre</i> ) alimentos sólidos o semisólidos ayer durante el día o la noche? <i>Excluir lácteos anteriores.</i>	Cantidad de veces: <input type="text"/>	
	4 o más <input type="text"/> 4	
<b>BF15.</b> ¿Ayer, durante el día o la noche, le dio a ( <i>Nombre</i> ) algo para beber en mamadera?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	
	<input type="checkbox"/> 2 No	
	<input type="checkbox"/> 8 NS	

## Cuidado de la salud

**CA**

<b>CA1.</b> ¿Ha llevado a ( <i>Nombre</i> ) para que le efectuaran controles estando sano durante los últimos 6 meses?  <i>Si Sí, ¿CUÁNTOS?</i>	Sí ( <i>anote cantidad</i> ) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 00 No ▶ <b>CA3</b>
	<input type="checkbox"/> 98 NS ▶ <b>CA3</b>
<b>CA2.</b> ¿Dónde le han realizado a ( <i>Nombre</i> ) la mayoría de esos controles?  • ESPONTÁNEA	<input type="checkbox"/> 1 Centro de Salud (Público) <input type="checkbox"/> 4 Consultorio medico particular
	<input type="checkbox"/> 2 Hospital (Público) <input type="checkbox"/> 5 Otros
	<input type="checkbox"/> 3 Clínica/Hospital/Sanatorio privado <input type="checkbox"/> 8 NS

<b>CA3.</b> ¿Tuvo ( <i>Nombre</i> ) diarrea en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No				
	<input type="checkbox"/> 8 NS				
<b>CA4.</b> La última vez que ( <i>Nombre</i> ) tuvo diarrea, ¿cuánto se le dio de beber (incluso leche materna): mucho menos, un poco menos, casi lo mismo, o más de lo habitual?	<input type="checkbox"/> 1 Mucho menos	<input type="checkbox"/> 5 No se le dio nada para beber			
	<input type="checkbox"/> 2 Un poco menos	<input type="checkbox"/> 6 Nunca tuvo diarrea ▶ <b>CA9</b>			
	<input type="checkbox"/> 3 Casi lo mismo	<input type="checkbox"/> 8 NS			
	<input type="checkbox"/> 4 Más de lo habitual				
<b>CA5.</b> Durante el tiempo que ( <i>Nombre</i> ) estuvo con diarrea, ¿para comer, le dio mucho menos, un poco menos, casi lo mismo, más de lo habitual, o no comió nada?  <i>Si no comió nada, indague si no come alimentos sólidos y circule 6.</i>	<input type="checkbox"/> 1 Mucho menos	<input type="checkbox"/> 5 Suspendió la comida			
	<input type="checkbox"/> 2 Un poco menos	<input type="checkbox"/> 6 Aún no come alimentos sólidos			
	<input type="checkbox"/> 3 Casi lo mismo	<input type="checkbox"/> 8 NS			
	<input type="checkbox"/> 4 Más de lo habitual				
<b>CA6.</b> Durante el episodio de diarrea, ¿le dio a ( <i>Nombre</i> ) de tomar alguna de estas cosas?:			<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
	<b>A.</b> Un polvo para preparar solución (sales de rehidratación oral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	<b>B.</b> Una solución líquida lista para usar de sales de rehidratación oral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	<b>C.</b> Una preparación casera con agua, azúcar y sal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	<b>D.</b> Agua de arroz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	<b>E.</b> Gaseosa Light, "Gatorade"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
	<b>F.</b> Crema de bismuto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	
<b>CA7.</b> ¿Se le dio alguna [otra] cosa para tratar la diarrea?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>CA9</b>				
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>CA9</b>				
<b>CA8.</b> ¿Qué [otra] cosa se le dio para tratar la diarrea?  • <b>ESPONTÁNEA</b> <i>Indague: ¿algo más?</i>  <i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i>  ..... (Nombre del medicamento)	<b>Pastilla o jarabe</b>				
	Antibiótico	<input type="checkbox"/> <b>A</b>	Otros	<input type="checkbox"/> <b>G</b>	
	Antiespasmódico	<input type="checkbox"/> <b>B</b>	Píldora o jarabe desconocido	<input type="checkbox"/> <b>H</b>	
	Zinc	<input type="checkbox"/> <b>C</b>			
	<b>Inyección</b>				
	Antibiótica	<input type="checkbox"/> <b>L</b>	No antibiótica	<input type="checkbox"/> <b>N</b>	
	Inyección desconocida	<input type="checkbox"/> <b>M</b>			
	<b>Intravenosa</b>	<input type="checkbox"/> <b>O</b>	<b>Remedio casero / medicina a base de hierbas</b>	<input type="checkbox"/> <b>X</b>	
	<b>Otros</b>	<input type="checkbox"/> <b>Q</b>			
	<b>CA9.</b> En algún momento de las últimas dos semanas, ¿ha tenido ( <i>Nombre</i> ) alguna enfermedad con tos?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
<input type="checkbox"/> 2 No					
<input type="checkbox"/> 8 NS					
<b>CA10.</b> La última vez que ( <i>Nombre</i> ) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> 1 Sí				
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>UF13 (fin cuestionario)</b>				
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>UF13 (fin cuestionario)</b>				

<b>CA11.</b> ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o mucosa?	<input type="checkbox"/> 1 Problema en el pecho
	<input type="checkbox"/> 2 Nariz tapada o resfrío ▶ <b>UF13</b> (fin cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
	<input type="checkbox"/> 6 Otros ▶ <b>UF13</b> (fin cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>UF13</b> (fin cuestionario)
<b>CA12.</b> ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>UF13</b> (fin de cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>UF13</b> (fin de cuestionario)
<b>CA13.</b> ¿De dónde buscó consejo o tratamiento? <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero no proporcione ninguna sugerencia.</i> ¿A algún otro lugar? • <b>ESPONTÁNEA</b> <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es un establecimiento público o privado, escriba el nombre del lugar.</i>	<b>Sector público</b>
	Hospital <input type="checkbox"/> <b>A</b> Agente sanitario <input type="checkbox"/> <b>D</b>
	Centro de salud <input type="checkbox"/> <b>B</b> Clínica móvil / ambulante <input type="checkbox"/> <b>E</b>
	Puesto de salud <input type="checkbox"/> <b>C</b> Otro público <input type="checkbox"/> <b>H</b>
	<b>Sector médico privado</b>
	Hospital / clínica privada <input type="checkbox"/> <b>I</b> Clínica móvil <input type="checkbox"/> <b>L</b>
	Médico privado <input type="checkbox"/> <b>J</b> Otro <input type="checkbox"/> <b>O</b>
	Farmacia <input type="checkbox"/> <b>K</b>
	<b>Otras fuentes</b>
	Pariente / amigo <input type="checkbox"/> <b>P</b> Curandero <input type="checkbox"/> <b>R</b>
Otro <input type="checkbox"/> <b>X</b>	
<b>CA14.</b> ¿Se le dio algún medicamento a (Nombre) para tratar esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ <b>UF13</b> (fin de cuestionario)
	<input type="checkbox"/> 8 NS ▶ <b>UF13</b> (fin de cuestionario)
<b>CA15.</b> ¿Qué medicamento se le dio a (Nombre)? ¿Algún otro medicamento? • <b>ESPONTÁNEA</b> <i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen.</i>	Antibiótico en pastilla / jarabe <input type="checkbox"/> <b>A</b>
	Antibiótico inyectable <input type="checkbox"/> <b>B</b>
	Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno <input type="checkbox"/> <b>P</b>
	Aspirina <input type="checkbox"/> <b>Q</b>
	Ibuprofeno <input type="checkbox"/> <b>R</b>
	Otros <input type="checkbox"/> <b>X</b>
	NS <input type="checkbox"/> <b>Z</b>
	(Nombre del medicamento)







