

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
UF1. Número de conglomerado: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	UF4. Nombre y número de la madre/ cuidadora: NOMBRE _____	
UF5. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____	UF6. Nombre y número del supervisor: NOMBRE _____	
UF7. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2 0 _____	UF8. Registre la hora:	HORAS : MINUTO _____ : _____

*Verifique la edad del encuestado en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, verifique que se obtenga el consentimiento del adulto para la entrevista (HH33 o HH39) o que no sea necesario (HL20=90). Si el consentimiento fuera necesario y no se obtuviera, no se iniciará la entrevista y deberá registrar '06' en UF17. El encuestado deberá tener, por lo menos, 15 años de edad.*

UF9. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a este encuestado para otro cuestionario?	SÍ, YA ENTREVISTADO .....	1 ⇒UF10B
	NO, PRIMERA ENTREVISTA.....	2 ⇒UF10A
UF10A. Hola, me llamo ( <b>su nombre</b> ). Somos de UNICEF y junto con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Públicas, estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de la salud y bienestar de ( <b>nombre del niño/a de UF3</b> ). La entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?	UF10B. Me gustaría hablarle ahora más en detalle sobre la salud y bienestar de ( <b>nombre del niño/a de UF3</b> ). Esta entrevista durará aproximadamente 20 minutos. De nuevo, toda información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna o desea detener la entrevista, por favor hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?	
SÍ..... 1	1 ⇒Módulo de ANTECEDENTES DEL NIÑO/A MENOR DE CINCO	
NO / NO SE PREGUNTÓ ..... 2	2 ⇒UF17	

UF17. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años.  <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>  <i>Comente con su supervisor cualquier resultado no completado.</i>	COMPLETADA ..... 01 AUSENTE ..... 02 RECHAZO..... 03 COMPLETADA PARCIALMENTE..... 04 INCAPACITADA(especifique)..... 05  NO HAY CONSENTIMIENTO DE ADULTO PARA MADRE/ CUIDADORA DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD..... 06  OTRO (especifique) _____ 96
--	--



ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<p><b>UB0.</b> Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer el Partida de Nacimiento y el DNI de (<i>nombre</i>)? Necesitaremos referirnos a estos documentos.</p>		
<p><b>UB1.</b> ¿En qué día, mes y año nació (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Cuándo es su cumpleaños?</p> <p><i>Si la madre/ cuidadora conoce la fecha exacta de nacimiento, registre también el día; de lo contrario, registre '98' para el día.</i></p> <p><i>El mes y el año deben ser anotados.</i></p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>DÍA ..... __ __</p> <p>NS DÍA .....98</p> <p>MES ..... __ __</p> <p>AÑO..... 2 0 __ __</p>	
<p><b>UB2.</b> ¿Qué edad tiene (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Cuántos años cumplió (<i>nombre</i>) en su último cumpleaños?</p> <p><i>Registre la edad en años cumplidos.</i></p> <p><i>Registre '0' si es inferior a 1 año.</i></p> <p><i>Si las respuestas a UB1 y UB2 son inconsistentes, indague más y corrija.</i></p>	<p>EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS)..... __</p>	
<p><b>UB2A.</b> ¿En qué país nació (<i>nombre</i>)?</p>	<p>ARGENTINA..... 1</p> <p>BOLIVIA ..... 2</p> <p>BRASIL ..... 3</p> <p>CHILE ..... 4</p> <p>COLOMBIA ..... 5</p> <p>PARAGUAY ..... 6</p> <p>PERÚ.....7</p> <p>URUGUAY.....8</p> <p>VENEZUELA ..... 9</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)..... 96</p>	
<p><b>UB2B.</b> Verifique las columnas HL14 Y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DEL HOGAR ¿La persona entrevistada es la madre?</p>	<p>SÍ (HL14=HL20) .....1</p> <p>NO (HL14≠HL20) .....2</p>	2 ⇒ UB2D
<p><b>UB2C.</b> ¿En qué país nació usted?</p>	<p>ARGENTINA ..... 1</p> <p>BOLIVIA..... 2</p> <p>BRASIL ..... 3</p> <p>CHILE..... 4</p> <p>COLOMBIA..... 5</p> <p>PARAGUAY ..... 6</p> <p>PERÚ ..... 7</p> <p>URUGUAY ..... 8</p> <p>VENEZUELA..... 9</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)..... 96</p> <p>NS.....98</p>	
<p><b>UB2D.</b> ¿En qué país nació la madre de (<i>nombre</i>)?</p>		



ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<b>UB2E.</b> ¿En qué país nació el padre de ( <i>nombre</i> )?	ARGENTINA ..... 1 BOLIVIA..... 2 BRASIL ..... 3 CHILE..... 4 COLOMBIA..... 5 PARAGUAY ..... 6 PERÚ ..... 7 URUGUAY ..... 8 VENEZUELA..... 9 OTRO ( <i>especifique</i> ) ..... 96 NS.....98	
<b>UB3.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2..... 1 EDAD 3 Ó 4..... 2	1 ⇒UB6A
<b>UB4.</b> Verifique el número de línea del encuestado (UF4) y el encuestado en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):	ENCUESTADO ES EL MISMO, (UF4=HH47).....1 ENCUESTADO NO ES EL MISMO, (UF4≠HH47)..... 2	2 ⇒UB6A
<b>UB5.</b> Verifique ED4A en el MÓDULO DE EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asiste el niño/a al preescolar?	SÍ, ASISTE ..... 1 NO ASISTE, PERO ASISTIÓ..... 2 NUNCA ASISTIÓ..... 3	1 ⇒UB8G2 2 ⇒UB8D 3 ⇒UB8D
<b>UB6A.</b> ¿Asiste o Asistió ( <i>nombre</i> ) a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar?	SÍ, ASISTE ..... 1 NO ASISTE, PERO ASISTIÓ..... 2 NUNCA ASISTIÓ ..... 3	1 ⇒UB8G1 3 ⇒UB8C
<b>UB7.</b> ¿En algún momento desde marzo, ¿asistió ( <i>nombre</i> ) a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar?	SÍ..... 1 NO..... 2	
<b>UB8C.</b> ¿Cuál o cuáles son las razones principales por las que ( <i>nombre</i> ) no asiste a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar?  <b>UB8D.</b> Usted ha mencionado que ( <i>nombre</i> ) NO asiste a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar  ¿Cuál o cuáles son las razones principales?	<b>PERSONALES</b> NO NECESITO, UN FAMILIAR CUIDA DE MIS HIJOS ..... A NO NECESITO, PREFIERO PAGAR A ALGUIEN PARA CUIDARLOS EN CASA ..... B NO CONFÍO, NO ME GUSTAN LOS JARDINES O ESTABLECIMIENTOS ..... C POR MIEDO A QUE SE ENFERME MUY SEGUIDO ..... D EL NIÑO/A ES MUY CHIQUITO/A ..... E MI PAREJA NO QUIERE..... F  <b>ACCESO</b> NECESITO, PERO ES MUY CARO ..... G ESTÁ LEJOS O ES COMPLICADO LLEGAR ..... H NO HABÍA CUPOS EN EL JARDÍN, CPI O GUARDERÍA DEL BARRIO MÁS CERCANO ..... I LOS HORARIOS SON INCOMPATIBLES CON MI JORNADA LABORAL ..... J NO SABÍA DE LA EXISTENCIA DE CENTROS EDUCATIVOS PARA NIÑOS TAN CHICOS..... K OTROS ( <i>especifique</i> ) ..... X NS ..... Z	
<b>UB8D1.</b> Verifique si en UB8C o UB8D se reportó alguna razón asociada con el acceso	SÍ (UB8D=G-K O UB8C=G-K ) ..... 1 NO (UB8D=A-F O UB8C=A-F) ..... 2	1 ⇒Fin

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<p><b>UB8E.</b> ¿Cree usted que en alguno de estos casos (<i>nombre</i>) podría asistir a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar?</p>	<p>SI NO NS</p>	
[A] Si tuviera que trabajar o consiguiera otro trabajo	TRABAJO ..... 1 2 8	
[B] Si fuera gratuito	GRATUITO ..... 1 2 8	
[C] Si hubiera un jardín más cerca	MÁS CERCA ..... 1 2 8	
[D] Si hubiera transporte o mayor accesibilidad	TRANSPORTE / MAYOR ACCESIBILIDAD ..... 1 2 8	1,2 U 8 ⇒ Fin
<p><b>UB8G1.</b> A lo largo de una semana, de lunes a viernes, ¿cuántos días asiste (<i>nombre</i>)?</p> <p><b>UB8G2.</b> Usted ha mencionado que (<i>nombre</i>) asiste actualmente a un establecimiento educativo, guardería, jardín maternal o preescolar</p> <p>A lo largo de una semana, de lunes a viernes, ¿cuántos días asiste (<i>nombre</i>)?</p>	CANTIDAD DE DÍAS..... ____	
<b>UB8H.</b> ¿Y cuántas horas asiste en un día típico?	CANTIDAD DE HORAS POR DÍA..... ____	
<b>UB8I.</b> ¿Almuerza ( <i>nombre</i> ) regularmente en un comedor escolar, o retira vianda de la escuela en forma gratuita?	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p><b>BR1.</b> ¿Tiene (<i>nombre</i>) partida de nacimiento?</p> <p><i>Si es 'Sí', pregunte:</i></p> <p>¿Puedo verla?</p>	<p>SÍ, VISTA ..... 1</p> <p>SÍ, NO VISTA..... 2</p> <p>NO..... 3</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>1 ⇒ Fin</p> <p>2 ⇒ Fin</p>
<b>BR2.</b> ¿El nacimiento de ( <i>nombre</i> ) fue registrado ante el registro civil?	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	1 ⇒ Fin
<b>BR3.</b> ¿Sabe cómo registrar el nacimiento de ( <i>nombre</i> )?	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO		AUH
<b>AUH00.</b> Verifique el número de línea del encuestado (UF4) en EL PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS y el encuestado en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47)	ENCUESTADO ES EL MISMO (UF4=HH47)... 1 ENCUESTADO NO ES EL MISMO (UF4≠HH47)..... 2	2 ⇒ AUH1A
<b>AUH0.</b> Verifique <b>TS2</b> en el CUESTIONARIO DE HOGAR si el hogar recibe Asignación Universal por Hijo	SI..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	2 ⇒ AUH2 8 ⇒ AUH2
<b>AUH1.</b> Usted me ha dicho que alguien en el hogar recibe Asignación Universal por Hijo ¿Me recuerda si ( <b>nombre</b> ) la recibe?	SI..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	1 ⇒ AUH11 2 ⇒ AUH2 8 ⇒ AUH2
<b>AUH1A.</b> ¿Recibe ( <b>nombre</b> ) Asignación Universal por Hijo?	SI..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	1 ⇒ AUH11
<b>AUH2.</b> ¿Alguna vez recibió ( <b>nombre</b> ) la AUH?	SÍ..... 1 NO..... 2	2 ⇒ AUH8
<b>AUH3.</b> ¿Cuáles fueron los motivos por los que ( <b>nombre</b> ) dejó de tenerla?	NO CONSIGUIÓ CERTIFICADO DE SALUD.....A NO PRESENTÓ EL CERTIFICADO.....B ANSES NO LE ACEPTÓ / NO LE APROBARON EL CERTIFICADO DE SALUD .....C EL PADRE/ MADRE/ TUTOR CONTABA CON EMPLEO FORMAL/ RELACIÓN DE DEPENDENCIA/ MONOTRIBUTISTA.....D EL PADRE/ MADRE/ TUTOR COBRABA UN INGRESO SUPERIOR AL REQUERIDO.....E TENÍA OTRO PLAN/ SUBSIDIO/ PROGRAMA/ PENSIÓN.....F PROBLEMAS CON DOCUMENTOS DE IDENTIDAD (DNI, PARTIDA DE NACIMIENTO)...G NACIÓ OTRO HERMANO.....H OTRO ( <i>especifique</i> )..... X NS.....Z	
<b>AUH4.</b> ¿Cuánto tiempo hace que ( <b>nombre</b> ) dejó de tener la Asignación Universal por Hijo? <i>Si es menos de un mes, registre '1'. De lo contrario, registre el número de meses.</i>	MESES.....1 ___ NS.....98	
<b>AUH5.</b> ¿Intentó volver a tenerla?	SI..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	2 ⇒ AUH7 8 ⇒ Fin

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO		AUH
<b>AUH6.</b> ¿Cuáles fueron los motivos por los que no se la dieron?	NO PRESENTÓ/ NO LE APROBARON CERTIFICADO DE SALUD.....A ANSES NO LE ACEPTÓ / NO LE APROBARON EL CERTIFICADO DE SALUD.....B CONTABA CON EMPLEO FORMAL/ RELACIÓN DE DEPENDENCIA.....C TENÍA OTRO PLAN/ SUBSIDIO/ PROGRAMA/ PENSIÓN.....D FALTA DE DOCUMENTACIÓN/ PROBLEMAS DE DOCUMENTOS.....E PROBLEMAS DEL ANSES.....F NO LE INFORMARON MOTIVO.....G LE DIJERON EN ANSES QUE TIENE QUE ESPERAR.....H NO TUVO RESPUESTA .....I OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ X NS.....Z	
<b>AUH6A.</b> Pase al siguiente módulo si registra alguna respuesta en AUH6.	AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-Z.....1	1 ⇒ Fin
<b>AUH7.</b> ¿Cuál es el motivo principal por el que no intentó volver a tenerla?	NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS.....1 NO LO NECESITA/HAY GENTE QUE LO NECESITA MÁS..... 2 TRÁMITES COMPLICADOS..... 3 DIFICULTAD POR LOS HORARIOS/ TURNOS DE LA ANSES..... 4 LA OFICINA DE ANSES QUEDA LEJOS.....5 NO SE LE OCURRIÓ..... 6 OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ 96	
<b>AUH7A.</b> Pase al siguiente módulo si registra alguna respuesta en AUH7.	AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE 1-96....1	1 ⇒ Fin
<b>AUH8.</b> ¿Hizo alguna vez el trámite para obtenerla?	SI..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	2 ⇒ AUH10 8 ⇒ Fin
<b>AUH9.</b> ¿Por qué no se la dieron?	NO PRESENTÓ/ NO LE APROBARON CERTIFICADO DE SALUD.....A ANSES NO LE ACEPTÓ / NO LE APROBARON EL CERTIFICADO DE SALUD.....B CONTABA CON EMPLEO FORMAL/ RELACIÓN DE DEPENDENCIA.....C TENÍA OTRO PLAN/ SUBSIDIO/ PROGRAMA/ PENSIÓN.....D FALTA DE DOCUMENTACIÓN/ PROBLEMAS DE DOCUMENTOS.....E PROBLEMAS DEL ANSES.....F NO SABE POR QUÉ/ NO LE INFORMARON MOTIVO.....G LE DIJERON EN ANSES QUE TIENE QUE ESPERAR.....H NO TUVO RESPUESTA .....I OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ X NS.....Z	
<b>AUH9A.</b> Pase al siguiente módulo si registra alguna en AUH9	SÍ, AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-Z.....1	1 ⇒ Fin

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO		AUH
<b>AUH10.</b> ¿Por qué no hizo el trámite?	CUENTA CON EMPLEO FORMAL/ EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA.....1 TIENE OTRO PLAN/ SUBSIDIO/ PROGRAMA/ PENSIÓN.....2 FALTA DOCUMENTACIÓN/ PROBLEMAS CON DOCUMENTOS.....3 LE DIJERON QUE NO LE CORRESPONDE (NO SABE EL MOTIVO)..... 4 NO LO NECESITA/ HAY GENTE QUE LO NECESITA MÁS.....5 TRÁMITES COMPLICADOS/ DIFÍCIL CONSEGUIR CERTIFICADOS.....6 FALTA DE INFORMACIÓN/ NO SABE CÓMO/ DÓNDE HACERLO.....7 LA OFICINA DE ANSES QUEDA LEJOS.....8 NO SE LE OCURRIÓ.....9 DEJÓ DE ESTUDIAR.....10 OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ 96 NS.....98	
<b>AUH10A.</b> <i>Pase al siguiente módulo si registra alguna respuesta en AUH10.</i>	AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE 1-98.....1	1 ⇒ Fin
<b>AUH11.</b> ¿En los últimos dos años tuvo alguna dificultad para conseguir o entregar certificados de salud?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS ..... 8	2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin
<b>AUH12.</b> ¿Qué tipo de dificultad?	<b>SALUD</b> PROBLEMAS PARA CONSEGUIR TURNO PARA CONTROL MÉDICO/VACUNACIÓN ..... D NO HAY SERVICIOS DE SALUD CERCA DE SU CASA ..... E <b>ANSES</b> LA OFICINA DE ANSES QUEDA LEJOS ..... F DIFICULTADES POR LOS HORARIOS/ TURNOS DE LA ANSES.....G ANSES NO LE ACEPTÓ / NO LE APROBARON EL CERTIFICADO /LIBRETA .....H <b>PERSONALES</b> NO SABÍA QUE TENÍA QUE PRESENTAR LIBRETA, O QUE TENÍA FECHA DE VENCIMIENTO PARA SU PRESENTACIÓN ..... I DIFICULTADES DEL TITULAR PARA LLEVAR AL NIÑO/A A CONTROLES /VACUNACIÓN (POR FALTA TIEMPO, DINERO, ENFERMEDAD, ETC.) ..... J POR CAMBIO DE DOMICILIO (NO LE ACEPTARON LA LIBRETA/CERTIFICADO) .....K POR PÉRDIDA DE DOCUMENTACIÓN (LIBRETA / DNI) ..... L EL TITULAR FALLECIÓ..... M EL TITULAR NO CONVIVE EN EL HOGAR .....N OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ X	
<b>AUH13.</b> ¿Esa dificultad implicó la interrupción del pago?	SÍ.....1 NO..... 2	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO		EC
<p><b>EC1.</b> ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (<i>nombre</i>)?</p>	<p>NINGUNO .....00</p> <p>NÚMERO DE LIBROS DE NIÑOS/AS..... 0__</p> <p>DIEZ O MÁS LIBROS .....10</p>	
<p><b>EC2.</b> Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (<i>nombre</i>) juega cuando está en casa.</p> <p>¿Juega con:</p> <p>[A] juguetes caseros tales como muñecas, autitos u otros juguetes hechos en casa?</p> <p>[B] juguetes comprados en un negocio o industrializados?</p> <p>[C] objetos del hogar como cacerolas u ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, caracoles u hojas?</p>	<p>S N NS</p> <p>JUGUETES CASEROS ..... 1 2 8</p> <p>JUGUETES COMPRADOS..... 1 2 8</p> <p>OBJETOS DEL HOGAR U OBJETOS DEL EXTERIOR ..... 1 2 8</p>	
<p><b>EC3.</b> A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa.</p> <p>¿Cuántos días en la última semana fue (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] dejado solo durante más de una hora?</p> <p>[B] dejado al cuidado de otro niño/a; es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?</p> <p><i>Si la respuesta es “ningún día”, registre ‘0’. Si la respuesta es “no sé”, escriba ‘98’.</i></p>	<p>NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA ..... __</p> <p>NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ A CARGO DE OTRO NIÑO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA ..... __</p>	
<p><b>EC4.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, Ó 1 ..... 1</p> <p>EDAD 2, 3 Ó 4 ..... 2</p>	1 ⇒ Fin

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO				EC	
<p><b>EC5.</b> En los pasados 3 días, ¿usted o alguien del hogar de 15 años o mayor participó en alguna de las siguientes actividades con (<i>nombre</i>):</p> <p>Si es “Sí”, pregunte: ¿Quién participó en esta actividad con (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Los padres/madres adoptivos y padrastros y madrastras que viven en el hogar y participan en actividades con el niño/a deberán ser codificados como madre o padre.</i></p> <p><i>Registre todas las opciones que correspondan.</i></p> <p>[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?</p> <p>[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?</p> <p>[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[F] ¿Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?</p>					
		MADRE	PADRE	OTRO	NADIE
	LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y
	CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y
	CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y
	LO LLEVÓ FUERA	A	B	X	Y
	JUGÓ CON	A	B	X	Y
	NOMBRÓ	A	B	X	Y
<b>EC5G.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 2..... 1				
	EDAD 3 Ó 4..... 2				1 ⇒Fin
<p><b>EC6.</b> Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (<i>nombre</i>). Los niños/as 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 (<i>nombre</i>).</p> <p>¿Puede (<i>nombre</i>) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS..... 8</p>				
<p><b>EC7.</b> ¿Puede (<i>nombre</i>) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS..... 8</p>				

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO		EC
EC8. ¿Sabe ( <i>nombre</i> ) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC9. ¿Puede ( <i>nombre</i> ) recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC10. ¿Se siente ( <i>nombre</i> ) a veces demasiado enfermo como para jugar?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC11. ¿Puede ( <i>nombre</i> ) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC12. Cuando se le da algo para hacer, ¿puede ( <i>nombre</i> ) hacerlo por sí solo/a?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC13. ¿Se lleva ( <i>nombre</i> ) bien con los otros niños/as?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC14. ¿( <i>nombre</i> ) patea, muerde o golpea a otros niños/as o adultos?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
EC15. ¿Se distrae ( <i>nombre</i> ) fácilmente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	

1

2

3

4

6

7

8

9

10

11

A

B

C

D

E

DISCIPLINA INFANTIL		UCD
<b>UCD1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 ..... 1 EDAD 1, 2, 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇨ Fin
<b>UCD2.</b> Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños o niñas la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si <u>usted o cualquier otro adulto del hogar</u> ha usado estos métodos con ( <b>nombre</b> ) <u>en el mes pasado</u> .	<p style="text-align: right;">SÍ NO</p> <p>[A] Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (<b>nombre</b>) le gusta, o no le permitió salir de la casa. LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO..... 1 2</p> <p>[B] Le explicó a (<b>nombre</b>) por qué estuvo mal su comportamiento. EXPLICÓ EL COMPORTAMIENTO ERRÓNEO..... 1 2</p> <p>[C] Lo/la sacudió. LO/LA SACUDIÓ..... 1 2</p> <p>[D] Le gritó o le gritó muy fuerte. LE GRITÓ, LE GRITÓ MUY FUERTE..... 1 2</p> <p>[E] Le dio otra cosa que hacer. LE DIO OTRA COSA QUE HACER..... 1 2</p> <p>[F] Lo/la golpeó o lo/la nalgueó sólo con la mano. LO/LA NALGUEÓ SÓLO CON LA MANO..... 1 2</p> <p>[G] Lo/la golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro. LO/LA GOLPEÓ CON UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO..... 1 2</p> <p>[H] Lo/la llamó tonto/vago/a o alguna otra cosa parecida. LO/LA LLAMÓ TONTO/A, VAGO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA..... 1 2</p> <p>[I] Lo/la golpeó o le dio una cachetada en la cara, en la cabeza o en las orejas. GOLPEÓ / DIO UNA CACHETADA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS..... 1 2</p> <p>[J] Lo/la golpeó o le dio un chirlo en la mano, en el brazo o en la pierna. LO/LA GOLPEÓ / DIO UN CHIRLO EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA ..... 1 2</p> <p>[K] Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo. LE DIO UNA PALIZA, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO ..... 1 2</p>	
<b>UCD3.</b> Verifique UF4: ¿La entrevistada es la madre o cuidadora de otro niño/a menor de 5 años o de un niño/a de 5 a 14 años seleccionado para el cuestionario de niños/as de 5-17?	SÍ .....1 NO ..... 2	2 ⇨ UCD5
<b>UCD4.</b> Verifique UF4: ¿Esta entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro niño?	SÍ .....1 NO .....2	1 ⇨ Fin
<b>UCD5.</b> ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño/una niña, se le debe castigar físicamente?	SÍ .....1 NO .....2 NS / SIN OPINIÓN .....8	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

FUNCIONAMIENTO INFANTIL		UCF
<b>UCF1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1..... 1 EDAD 2, 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇒ Fin
<b>UCF2.</b> Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener ( <b>nombre</b> ). ¿( <b>nombre</b> ) usa anteojos?	SÍ..... 1 NO..... 2	
<b>UCF3.</b> ¿Usa ( <b>nombre</b> ) alguna prótesis auditiva?	SÍ..... 1 NO..... 2	
<b>UCF4.</b> ¿Usa ( <b>nombre</b> ) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ..... 1 NO..... 2	
<b>UCF5.</b> En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que ( <b>nombre</b> ) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad <i>Repita las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</i>  Recuerde las cuatro posibles respuestas: usted diría que ( <b>nombre</b> ) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad		
<b>UCF6.</b> Verifique UCF2: ¿El niño/a usa anteojos?	SÍ, UCF2=1 ..... 1 NO, UCF2=2..... 2	1 ⇒ UCF7A 2 ⇒ UCF7B
<b>UCF7A.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver? <b>UCF7B.</b> ¿Tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER..... 4	
<b>UCF8.</b> Verifique UCF3: ¿El niño/a usa prótesis auditiva?	SÍ, UCF3=1 ..... 1 NO, UCF3=2..... 2	1 ⇒ UCF9A 2 ⇒ UCF9B
<b>UCF9A.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música? <b>UCF9B.</b> ¿Tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR..... 4	
<b>UCF10.</b> Verifique UCF4: ¿El niño/a usa algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ, UCF4=1 ..... 1 NO, UCF4=2..... 2	1 ⇒ UCF11 2 ⇒ UCF13
<b>UCF11.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	
<b>UCF12.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	1 ⇒ UCF14 2 ⇒ UCF14 3 ⇒ UCF14 4 ⇒ UCF14
<b>UCF13.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	
<b>UCF14.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para agarrar objetos pequeños con la mano?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE AGARRAR..... 4	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

FUNCIONAMIENTO INFANTIL		UCF
<b>UCF15.</b> ¿Tiene ( <i>nombre</i> ) dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDER ..... 4	
<b>UCF16.</b> Cuando ( <i>nombre</i> ) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO ..... 4	
<b>UCF17.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene ( <i>nombre</i> ) dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER ..... 4	
<b>UCF18.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene ( <i>nombre</i> ) dificultad para jugar?	NINGUNA DIFICULTAD ..... 1 CIERTA DIFICULTAD ..... 2 MUCHA DIFICULTAD ..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE JUGAR ..... 4	
<b>UCF19.</b> La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta.  En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿con qué frecuencia pateo, muerde o golpea ( <i>nombre</i> ) a otros niños/as o adultos?  ¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más?	NO LO HACE ..... 1 MENOS ..... 2 LO MISMO ..... 3 MÁS ..... 4 MUCHO MÁS ..... 5	

LACTANCIA		BD
<b>BD1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2 ..... 1 EDAD 3 Ó 4 ..... 2	2 ⇒ Fin
<b>BD2.</b> ¿Ha sido amamantado/a ( <i>nombre</i> ) alguna vez?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS ..... 8	2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin
<b>BD3.</b> ¿Todavía está ( <i>nombre</i> ) siendo amamantado/a?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS ..... 8	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p><b>CA1.</b> En las últimas dos semanas, ¿tuvo (<i>nombre</i>) diarrea?</p>	<p>SÍ .....1                      NO .....2                      NS.....8</p>	<p>2 ⇨CA14                      8 ⇨CA14</p>
<p><b>CA2.</b> Verifique BD3: ¿Está todavía el niño/a siendo amamantado?</p>	<p>SÍ O EN BLANCO, BD3=1 O EN BLANCO.... 1                      NO O NS, BD3=2 U 8..... 2</p>	<p>1 ⇨CA3A                      2 ⇨CA3B</p>
<p><b>CA3A.</b> Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye leche materna, Sales de Rehidratación Oral (SRO) y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i>                      ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p> <p><b>CA3B.</b> Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye Sales de Rehidratación Oral (SRO) y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i>                      ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1                      UN POCO MENOS..... 2                      CASI LO MISMO ..... 3                      MÁS..... 4                      NO SE LE DIO NADA PARA TOMAR ..... 5                      NO SABE .....8</p>	
<p><b>CA4.</b> Durante el tiempo que (<i>nombre</i>) estuvo con diarrea, ¿se le dio de comer menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?</p> <p><i>Si responde “menos”, indague:</i>                      ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1                      UN POCO MENOS..... 2                      CASI LO MISMO ..... 3                      MÁS..... 4                      SUSPENDIÓ LA COMIDA..... 5                      NO SE LE DIO DE COMER ..... 7                      NO SABE .....8</p>	
<p><b>CA5.</b> ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?</p>	<p>SÍ .....1                      NO .....2                      NS.....8</p>	<p>2 ⇨CA7A                      8 ⇨CA7A</p>

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p><b>CA6.</b> ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Registre todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>                  HOSPITAL PÚBLICO.....A                  CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA /CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) .....B                  AGENTE SANITARIO.....D                  CLÍNICA MÓVIL/AMBULANTE.....E                  OTRO MÉDICO PÚBLICO (especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>                  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I                  MÉDICO PRIVADO.....J                  FARMACIA PRIVADA .....K                  OTRO MÉDICO PRIVADO (especifique) _____ O                  NS PÚBLICO O PRIVADO .....W</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>                  FAMILIAR / AMIGO ..... P                  TIENDA / MERCADO / CALLE .....Q                  CURANDERO.....R                  OTRO (especifique) _____ X                  NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA7A.</b> Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre):</p> <p>[A] Un sobre para diluir en agua con el nombre de Sales de Rehidratación Oral (SRO)</p> <p>[B] Un frasco con líquido con el nombre de Sales de Rehidratación Oral (SRO)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>SOBRE PARA DILUIR.....1 2 8</p> <p>FRASCO CON LÍQUIDO.....1 2 8</p>	<p>2 ⇒CA12</p> <p>8 ⇒CA12</p>
<p><b>CA8.</b> Verifique CA7[A] y CA7[B]: ¿Se le dio al niño/a SRO?</p>	<p>SÍ, SÍ EN CA7[A] O CA7[B]..... 1</p> <p>NO, 'NO' O 'NS' EN CA7[A] Y CA7[B]..... 2</p>	<p>2 ⇒CA12</p>
<p><b>CA9.</b> ¿Dónde obtuvo usted las Sales de Rehidratación Oral?</p> <p><i>Indague para identificar la fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>                  HOSPITAL PÚBLICO.....A                  CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA /CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS).....B                  AGENTE SANITARIO.....D                  CLÍNICA MÓVIL/AMBULANTE.....E                  OTRO MÉDICO PÚBLICO (especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>                  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I                  MÉDICO PRIVADO.....J                  FARMACIA .....K                  OTRO MÉDICO PRIVADO (especifique) _____ O                  NS PÚBLICO O PRIVADO .....W</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>                  FAMILIAR / AMIGO ..... P                  TIENDA / MERCADO / CALLE .....Q                  PROFESIONAL TRADICIONAL ..... R                  OTRO (especifique) _____ X                  NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA12. ¿Se le dio otra cosa para tratar la diarrea?	SÍ .....1 NO .....2 NS.....8	2 ⇨ CA14 8 ⇨ CA14
CA13. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea?  <i>Indague: ¿Algo más?</i>  <i>Marque todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i>  _____ <i>(Nombre de la marca)</i>  _____ <i>(Nombre de la marca)</i>	<b>PASTILLA O JARABE</b> ANTIBIÓTICO .....A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA) ...B OTRA PASTILLA O JARABE.....G NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE H  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICA .....L NO ANTIBIÓTICA.....M NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .....N  INTRAVENOSA (IV).....O  REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS .....Q  OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ X	
CA14. En las dos últimas semanas, ¿ha estado ( <i>nombre</i> ) enfermo con fiebre en algún momento?	SÍ .....1 NO .....2 NS.....8	
CA16. En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido ( <i>nombre</i> ) alguna enfermedad con tos?	SÍ .....1 NO .....2 NS.....8	
CA17. En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿respiraba ( <i>nombre</i> ) más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	SÍ .....1 NO .....2 NS.....8	2 ⇨ CA19 8 ⇨ CA19
CA18. ¿La respiración rápida o difícil se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moquea?	PROBLEMA EN EL PECHO SOLAMENTE ... 1 NARIZ TAPADA O QUE MOQUEA SOLAMENTE.....2 AMBOS.....3 OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ 6 NS.....8	1 ⇨ CA20 2 ⇨ CA20 3 ⇨ CA20 6 ⇨ CA20 8 ⇨ CA20
CA19. Verifique CA14: ¿Tuvo fiebre el niño/a?	SÍ, CA14=1.....1 NO O NS, CA14=2 U 8.....2	2 ⇨ CA30
CA20. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad?	SÍ .....1 NO .....2 NS.....8	2 ⇨ CA22 8 ⇨ CA22

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p><b>CA21.</b> ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Registre todas las fuentes mencionadas, pero no proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>                  HOSPITAL PÚBLICO ..... A                  CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA/                  CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA                  DE LA SALUD (CAPS)..... B                    AGENTE SANITARIO ..... D                  CLÍNICA MÓVIL/AMBULANTE ..... E                  OTRO MÉDICO PÚBLICO                  (especifique) _____ H    <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>                  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I                  MÉDICO PRIVADO ..... J                  FARMACIA ..... K                    OTRO MÉDICO PRIVADO                  (especifique) _____ O                    NS PÚBLICO O PRIVADO ..... W    <b>OTRA FUENTE</b>                  FAMILIAR / AMIGO ..... P                  TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q                  PROFESIONAL TRADICIONAL ..... R                    OTRO (especifique) _____ X</p>	
<p><b>CA22.</b> En algún momento durante la enfermedad, ¿se le dio a (<b>nombre</b>) algún medicamento para tratar esta enfermedad?</p>	<p>SÍ ..... 1                  NO ..... 2                    NS ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA30                  8 ⇒ CA30</p>
<p><b>CA23.</b> ¿Qué medicamento se le dio a (<b>nombre</b>)?</p> <p><i>Indague:</i>                  ¿Algún otro medicamento?</p> <p><i>Registre todos los medicamentos que se le administraron. Registre la marca de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p><i>Si no puede determinar el tipo de medicina, escriba la marca y temporalmente registre 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre de la marca)</p> <p>_____</p> <p>(Nombre de la marca)</p>	<p><b>ANTIBIÓTICOS</b>                  AMOXICILINA ..... L                  COTRIMOXAZOL ..... M                  OTRO ANTIBIÓTICO EN                  PASTILLA O JARABE ..... N                  OTRO ANTIBIÓTICO EN INYECCIÓN ..... O    <b>OTROS MEDICAMENTOS</b>                  PARACETAMOL/PANADOL/                  ACETAMINOFÉN ..... R                  ASPIRINA ..... S                  IBUPROFENO ..... T                    SOLO RECUERDA LA MARCA ..... W                    OTRO (especifique) _____ X                  NS ..... Z</p>	
<p><b>CA24.</b> Verifique CA23: ¿Antibióticos mencionados?</p>	<p>SÍ, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS,                  CA23=L-O ..... 1                  NO, ANTIBIÓTICOS NO MENCIONADOS ..... 2</p>	<p>2 ⇒ CA30</p>

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p><b>CA25.</b> ¿Dónde obtuvo el (<i>nombre del medicamento en CA23, códigos L-O</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata de público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>                      HOSPITAL PÚBLICO ..... A                      CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA/                      CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA                      DE LA SALUD (CAPS)..... B                      AGENTE SANITARIO..... D                      CLÍNICA MÓVIL/AMBULANTE ..... E                      OTRO MÉDICO PÚBLICO                      (especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>                      CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I                      MÉDICO PRIVADO..... J                      FARMACIA ..... K                      OTRO MÉDICO PRIVADO                      (especifique) _____ O                      NS PÚBLICO O PRIVADO ..... W</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>                      FAMILIAR / AMIGO ..... P                      TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q                      PROFESIONAL TRADICIONAL ..... R                      OTRO (especifique) _____ X                      NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA30.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1 Ó 2 ..... 1                      EDAD 3 Ó 4 ..... 2</p>	<p>2 ⇒ CA32</p>
<p><b>CA31.</b> La última vez que (<i>nombre</i>) hizo una deposición, ¿cómo se eliminó la deposición?</p>	<p>EL NIÑO/A USÓ EL INODORO /                      LETRINA ..... 1                      LO PUSO / DESCARTÓ EN EL INODORO O                      LETRINA ..... 2                      LO PUSO / DESCARTÓ EN EL DESAGÜE O                      LA CLOACA ..... 3                      SE TIRÓ A LA BASURA (RESIDUO                      SÓLIDO) ..... 4                      SE ENTERRÓ ..... 5                      SE DEJÓ AL AIRE LIBRE ..... 6                      OTRO (especifique) _____ 96                      NS ..... 98</p>	
<p><b>CA32.</b> En los últimos 12 meses, ¿ha llevado a (<i>nombre</i>) a control de salud sin que estuviera enferma/o?</p>	<p>SÍ ..... 1                      NO ..... 2                      NS ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA34                      8 ⇒ CA35</p>
<p><b>CA33.</b> En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces fue (<i>nombre</i>) a control de salud?</p>	<p>1 VEZ ..... 1                      2 VECES ..... 2                      3 VECES ..... 3                      4 VECES ..... 4                      DE 5 A 9 VECES ..... 5                      10 O MÁS ..... 6</p>	<p>1 ⇒ CA35                      2 ⇒ CA35                      3 ⇒ CA35                      4 ⇒ CA35                      5 ⇒ CA35                      6 ⇒ CA35</p>



CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA34. ¿Cuál es el motivo principal por el que no llevó a ( <i>nombre</i> ) a control de salud?	NO TUVE TIEMPO..... 1 NO TENÍA DINERO ..... 2 NO TENÍA MEDIO DE TRANSPORTE ..... 3 PIDIÓ TURNO Y TODAVÍA NO LO ATENDIERON..... 4 NO LE PARECIÓ NECESARIO ..... 5 OTRO ( <i>especifique</i> )..... 6 NS..... 8	
CA35. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1 Ó 2 ..... 1 EDAD 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇒ Fin
CA36. En los últimos 12 meses, ¿( <i>nombre</i> ) ha realizado alguna consulta al oculista?	SÍ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
CA37. En los últimos 12 meses, ¿( <i>nombre</i> ) ha realizado alguna consulta al dentista?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	

UF11. Registre la hora.	HORAS Y MINUTOS..... __ : __	
UF13. Idioma de la entrevista.	ESPAÑOL ..... 1 OTRO IDIOMA ( <i>especifique</i> )..... 6	
UF14. Lengua materna de la entrevistada.	ESPAÑOL ..... 1 OTRO IDIOMA ( <i>especifique</i> )..... 6	
UF15. ¿Se utilizó un traductor en alguna parte de este cuestionario?	SÍ, TODO EL CUESTIONARIO ..... 1 SÍ, PARTE DEL CUESTIONARIO ..... 2 NO, NO SE UTILIZÓ ..... 3	
<p><b>UF16.</b> Explique al entrevistado que usted necesitará medir el peso y la altura del niño/a antes de que usted salga del hogar y que u colega se unirá para encargarse de la medición. Emita el FORMULARIO DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA para este niño/a y complete el Panel de Información en ese formulario.</p> <p>Verifique las columnas HL10 Y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DEL HOGAR ¿La persona entrevistada es la madre o la cuidadora de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Después vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique HL6 y columna HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿La persona entrevistada es la madre o cuidadora de un niño/a de 5 a 17 años seleccionado para el Cuestionario de Niños/as de 5 a 17 años en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS de 5 a 17 AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación. Verifique si no hay algún otro cuestionario que deba realizarse en este hogar.</p>		

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**

Empty text area for interviewer observations.

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A**

Empty text area for supervisor observations.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

PANEL DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		AN
AN1. Número de conglomerado: _____	AN2. Número de hogar: _____	
AN3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	AN4. Edad del niño/a de UB2: EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS).....	
AN5. Nombre y número de línea de la madre/ cuidadora: NOMBRE _____	AN6. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____	

ANTROPOMETRÍA		
AN7. Nombre y número del medidor: NOMBRE _____		
AN8. Registre el resultado de la medición de peso según lo lea el medidor en voz alta:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	KILOGRAMOS (KG)..... ____ . ____  NIÑO/A NO PRESENTE ..... 99.3 NIÑO/A SE NIEGA ..... 99.4 ENTREVISTADO SE NIEGA ..... 99.5  OTRO (especifique) _____ 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10  99.6 ⇨ AN10
AN9. ¿Se desvistió al niño/a hasta el mínimo?	SÍ ..... 1 NO, NO SE PUDO DESVESTIR AL NIÑO/A A LO MÍNIMO..... 2	
AN10. Verifique AN4: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1 ..... 1 EDAD 2, 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. El niño/a tiene menos de 2 años de edad y deberá estar recostado para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la talla tal como fue leída por el medidor:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	TALLA / ALTURA (CM) ..... ____ . ____  NIÑO/A SE NIEGA ..... 999.4 ENTREVISTADO SE NIEGA ..... 999.5  OTRO (especifique) _____ 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13  999.6 ⇨ AN13
AN11B. El niño/a tiene al menos 2 años de edad y deberá estar de pie para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la altura tal como fue leída por el medidor:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>		
AN12. ¿Cómo se midió realmente al niño/a? ¿Recostado o de pie?	RECOSTADO..... 1 DE PIE ..... 2	
AN13. Fecha del día de hoy: Día / Mes / Año: _____ / _____ / <u>20</u> _____		
AN14. ¿Hay otro niño/a menor de 5 años en el hogar que todavía no haya sido medido?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	1 ⇨ Siguiente niño/a
AN15. Agradezca al entrevistado su cooperación e informe a su supervisor de que el medidor y usted han completado todas las mediciones en este hogar.		

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA****OBSERVACIONES DEL MEDIDOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA****OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA**

1

2

3

4

6

7

8

9

10

11

A

B

C

D

E