



UF10. Editado en campo por (Nombre y número): Nombre _____	UF11. Digitado por (nombre y número): Nombre _____
UF12. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos..... : _

EDAD		AG
<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE (<i>nombre</i>), ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?  Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también registre el día; de lo contrario, circule 98 para el día.  Debe anotar el mes y el año.</p>	<p>Fecha de nacimiento Día ..... No sabe día.....98 Mes ..... Año .....</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?  Anote la edad en años completos.  Anote '0' si tiene menos de 1 año.  Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</p>	<p>Edad (en años completos) .....</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR0. ¿NACIÓ ( <i>nombre</i> ) EN COSTA RICA?	Sí. 1 No ..... 2	
BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO O CARNÉ DE DESARROLLO INTEGRAL O LIBRO AZUL DE ( <i>nombre</i> )?  <i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto..... 2 No ..... 3 No sabe..... 8	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo
BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE ( <i>nombre</i> ) ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí .....1 No ..... 2 No sabe..... 8	1⇒Siguiete módulo
BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?	Sí..... 1 No ..... 2	
BR4. ¿POR QUÉ NO ESTÁ REGISTRADO EL NACIMIENTO DE ( <i>nombre</i> )?	Es muy caro..... 1 Queda muy lejos..... 2 No sabía que debía registrarlo..... 3 No sabe dónde hay que registrarlo..... 4  Otras (detallar)..... 5 NS..... 8	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC
<p>EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Ninguno..... 00</p> <p>Número de libros de niños ..... 0 _</p> <p>Diez o más libros ..... 10</p>	
<p>EC2. 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, CARROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO CUCCHARAS O OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS O CONCHAS)?</p> <p>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño.</p>	<p style="text-align: right;">Sí    No    NS</p> <p>Juguetes caseros.....1    2    8</p> <p>Juguetes de tienda.....1    2    8</p> <p>Objetos del hogar u objetos del exterior .....1    2    8</p>	
<p>EC3. A VECES LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DIAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO(A), ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>Si la respuesta es ‘ningún día’ escriba ‘0’. Si la respuesta es ‘no sé’ escriba ‘8’</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 durante más de una hora..... _</p>	
<p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 ó 2 años ⇒ Pase al módulo siguiente</p>		
<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRI-VADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDIN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒EC7</p> <p>8⇒EC7</p>
<p>EC6. EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, ¿CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de horas ..... _ _</p>	



<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>):</p> <p><i>Si "SI", pregunte:</i> ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que aplican.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O VIÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[C] CANTARLE CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTAR CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGÚN RECINTO, PATIO U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[F] DECIRLE EL NOMBRE DE COSAS, CONTAR O DIBUJAR COSAS A O CON (<i>nombre</i>)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nombró/Contó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Leyó libros	A	B	X	Y	Contó cuentos	A	B	X	Y	Cantaron canciones	A	B	X	Y	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	Jugó	A	B	X	Y	Nombró/Contó	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																																	
Leyó libros	A	B	X	Y																																	
Contó cuentos	A	B	X	Y																																	
Cantaron canciones	A	B	X	Y																																	
Lo llevó fuera	A	B	X	Y																																	
Jugó	A	B	X	Y																																	
Nombró/Contó	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. 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.</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O DECIR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p>EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, POPULARES?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p>EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p>EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO USANDO LOS DEDOS?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p>EC12. ¿SE SIENTE (<i>nombre</i>) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p>EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) OBEDECER INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p>																																				

	No sabe ..... 8	
EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) HACERLO POR SÍ SOLO(A)?	Sí. 1 No..... 2 No sabe ..... 8	
EC15. ¿SE LLEVA ( <i>nombre</i> ) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS?	Sí. 1 No..... 2 No sabe ..... 8	
EC16. ¿( <i>Nombre</i> ) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS?	Sí. 1 No..... 2 No sabe ..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE ( <i>nombre</i> ) FÁCILMENTE?	Sí. 1 No..... 2 No sabe ..... 8	



LACTANCIA		BF
BF1. ¿HA SIDO AMAMANTADO ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BF3  8⇒BF3
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF3. QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE ( <i>nombre</i> ) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI ( <i>nombre</i> ) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS.  ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) AGUA SOLA (SIN ADITIVOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF4. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BF6  8⇒BF6
BF5. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS?	Número de veces ..... _ _	
BF6. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BF8  8⇒BF8
BF7. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE ENVASADA, EN POLVO O FRESCA?	Número de veces ..... _ _	
BF8. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) JUGO O ALGÚN FRESCO AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF9. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) SOPA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF10. ¿TOMÓ O COMIÓ ( <i>nombre</i> ) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	

BF11. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF12. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) ALGÚN OTRO LÍQUIDO AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF13. ¿TOMÓ O COMIÓ ( <i>nombre</i> ) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BF15 8⇒BF15
BF14. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ O COMIÓ ( <i>nombre</i> ) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Número de veces ..... _ _	
BF15. ¿COMIÓ (NOMBRE) CEREALES DE AVENA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
BF16. ¿COMIÓ ( <i>nombre</i> ) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BF18 8⇒BF18
BF17. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ ( <i>nombre</i> ) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Número de veces ..... _ _	
BF18. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO ( <i>nombre</i> ) DIARREA?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒CA7  8⇒CA7
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A ( <i>nombre</i> ) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).  DURANTE EL TIEMPO EN QUE ( <i>nombre</i> ) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIÓ MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL?  <i>Si bebió menos, indague:</i> ¿LE DIÓ MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 No se le dio nada para tomar..... 5  No sabe..... 8	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE ( <i>nombre</i> ) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIÓ MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA?  <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿MUCHOS MENOS O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 Suspendió la comida ..... 5 Nunca se le dio de comer ..... 6  No sabe..... 8	
CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A ( <i>nombre</i> ) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:  Lea cada punto en voz alta y registre la respuesta antes de pasar al siguiente punto.		
[A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO ( <i>nombre local de los paquetes SRO</i> )?	Fluido de SRO en paquete....1	Sí 2 No 8 NS
[B] ALGÚN FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO PARA DIARREA?	Fluido de SRO pre-ensado .....1	2 8
C] ¿ <i>Agua de pipa?</i>	Agua de pipa .....1	2 8
[D] ¿ <i>Agua de arroz?</i>	Agua de arroz ..... 1	2 8
[E] ¿ <i>Agua de almidón?</i>	Agua de almidón ..... 1	2 8
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí. 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒CA7  8⇒CA7

<p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antidiarreico ..... B</p> <p>Zinc ..... C</p> <p>Otros (no antibióticos, antidiarreico o zinc) ..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H</p> <p>Inyección</p> <p>Antibiótica ..... L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) ..... X</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TRANCADA O QUE MOQUEA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1</p> <p>Nariz trancada ..... 2</p> <p>Ambos..... 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) ..... 6</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>6⇒CA14</p>
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE ALGUNA FUENTE?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA11. ¿DE DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital de la CCSS..... A</p> <p>Clínica de salud de la CCSS ..... B</p> <p>Sede del EBAIS..... C</p> <p>Unidad móvil ..... E</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada ..... I</p> <p>Médico privado ..... J</p> <p>Farmacia privada ..... K</p> <p>Clínica móvil ..... L</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo..... P</p> <p>Pulpería o supermercado ..... Q</p> <p>Profesional tradicional ..... R</p>	

_____	Otro ( <i>especifique</i> ) _____ X	
(Nombre del lugar)		
CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A ( <i>nombre</i> ) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A ( <i>nombre</i> )?  <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?  Circle todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen.  _____	Antibiótico Pastilla/Jarabe..... A Inyección..... B  Antimaláricos ..... M  Panadol / Acetaminofen /Paracetamol / ..... P Aspirina ..... Q Ibuprofeno..... R  Otros ( <i>especifique</i> ) _____ X No sabe..... Z	
(Nombre)		
CA13A ¿LE DIO EL MEDICAMENTO DE LA MANERA QUE SE LE INDICO?	Sí. 1 No ..... 2	
CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño/a menor de 3 años?		
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA15 <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase al siguiente módulo		
CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE ( <i>nombre</i> ) HIZO UNA DEPOSICIÓN, ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN (POPO)?	El niño usó el inodoro / letrina .....01 Lo puso / descartó al inodoro o letrina .....02 Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca .....03 Se tiró a la basura (residuo sólido).....04 Se enterró .....05 Se dejó al aire libre .....06  Otro ( <i>especifique</i> ) _____96 No sabe.....98	

## INMUNIZACIÓN

**IM**

Si está disponible un carné de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17 son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si no está disponible la tarjeta de inmunización.

IM1. ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A ( <i>nombre</i> )? (Si la respuesta es "sí", pregunte) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No hay carné ..... 3	1⇒IM3 2⇒IM6								
IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGÚN CARNÉ DE INMUNIZACIÓN DE ( <i>nombre</i> )?	Sí. 1 No ..... 2	1⇒IM6 2⇒IM6								
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna del carné. (b) Anote '44' en la columna "día" si el carné muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha. (c) Las vacunas aplicadas en el sector privado pueden aparecer con el nombre comercial, consulte hoja anexa si se presenta esta situación										
Fecha de inmunización										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;"></td> <td style="width: 15%; border: none; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 15%; border: none; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 15%; border: none; text-align: center;">Año</td> <td style="width: 15%; border: none;"></td> </tr> </table>				Día	Mes	Año				
	Día	Mes	Año							
BCG/TUBERCULOSIS	BCG									
POLIO 1	VOP1/VIP1									
POLIO 2	VOP2/VIP2									
POLIO 3	VOP3/VIP3									
POLIO I REFUERZO	VOP IR/ VIP IR									
DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 1	DPT1									
DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 2	DPT2									
DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 3	DPT3									
DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO I REFUERZO	DPT1R									
DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO II REFUERZO	DPT2R									
HEPATITIS B	VHB1									
HEPATITIS B	VHB2									
HEPATITIS B	VHB3									
SARAMPIÓN /RUBEOLA/PAPERAS 1	SPR1									
SARAMPIÓN /RUBEOLA/PAPERAS 2	SPR2									
NEUMOCOCO 1	VN1									

NEUMOCOCO 2	VN2								
NEUMOCOCO 3	VN3								
NEUMOCOCO I REFUERZO	VN1R								
VARICELA	VV								
MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B	VHib1								
MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B	VHib2								
MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B	VHib3								
MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B	VHib4								
ROTAVIRUS 1	VR1								
ROTAVIRUS 2	VR2								
INFLUENZA ESTACIONAL	VIE								
<p>IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Influenza Estacional) anotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con UF13</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5</p>									

<p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTE CARNÉ, ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE INMUNIZACIÓN?</p> <p>Anote 'Sí' únicamente si la persona entrevistada menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba.</p>	<p>Sí .....1 (Indague sobre las vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada.</p> <p>No ..... 2 No sabe..... 8</p>	<p>2⇒UF13 8⇒UF13</p>
<p>IM7. ¿ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	
<p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE INMUNIZACIÓN?</p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	<p>2⇒UF13 8⇒UF13</p>
<p>IM8. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA ORAL DE POLIO, ES DECIR UNA VACUNA EN GOTAS QUE LE DAN A TOMAR AL NIÑO PARA PROTEGERLO CONTRA EL POLIO</p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM11 8⇒IM11</p>
<p>IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL POLIO?</p>	<p>Cantidad de veces..... _</p>	
<p>IM11. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) INYECCIONES DE LA VACUNA DPT – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA O LA DIFTERIA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica el mismo momento que la Polio</i></p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM13 8⇒IM13</p>
<p>IM12. ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA DPT A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces ..... _</p>	
<p>IM13. ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA INYECCIÓN DE HEPATITIS B – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.</i></p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM16 8⇒IM16</p>
<p>IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?</p>	<p>Dentro de las 24 horas ..... 1 Más tarde ..... 2</p>	
<p>IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?</p>	<p>Número de veces ..... _</p>	
<p>IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN O SPR – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 15 MESES DE EDAD O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?</p>	<p>Sí. 1 No ..... 2 No sabe..... 8</p>	

IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL SARAMPIÓN O SPR?	Número de veces ..... _	
IM16B. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO?	Sí. 1 No ..... 2 NS ..... 8	
IM16C. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL NEUMOCOCO?	Número de veces ..... _	
IM16D. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA VARICELA?	Sí. 1 No ..... 2 NS ..... 8	
IM16E. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS?	Sí. 1 No ..... 2 NS ..... 8	2⇒IM16G 8⇒IM16G
IM16F. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA LA MENINGITIS?	Número de veces ..... _	
IM16G. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS?	Sí. 1 No ..... 2 NS ..... 8	2⇒IM16I 8⇒IM16I
IM16H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL ROTAVIRUS?	Número de veces ..... _	
IM16I. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL?	Sí. 1 No ..... 2 NS ..... 8	

UF13. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos ..... : ..	
<p>UF14. <i>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño(a) de 0 a 4 años que viva en esta casa?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ <i>Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada</i></p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ <i>Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación.</i></p> <p><i>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) Menores de 5 Años que deba realizarse en este hogar.</i></p> <p><i>Vaya a otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) menores de 5 años.</i></p>		