

ANTECEDENTES DE LAS PERSONAS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<p>UB0. Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer el certificado de nacimiento (el que le dieron en el Registro Civil) y el libro de vacunas del seguro social de (nombre), así como cualquier registro de inmunización de un proveedor privado de salud? Necesitaremos referirnos a esos documentos.</p>		
<p>UB1. ¿En qué día, mes y año nació (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Cuándo es su cumpleaños?</p> <p><i>Si la mamá o persona 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 <u>deben</u> ser anotados.</i></p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>DÍA _ _</p> <p>NS DÍA 98</p> <p>MES _ _</p> <p>AÑO <u>2</u> <u>0</u> <u>1</u> _</p>	
<p>UB2. ¿Cuál es la edad en años cumplidos de (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿Qué edad tenía (nombre) 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 COMPLIDOS)..... _</p>	
<p>UB3. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1 O 2..... 1</p> <p>EDAD 3 O 4..... 2</p>	1 ⇒ UB9
<p>UB4. Verifique el número de línea del encuestado/a (UF4) y el/ la encuestado/a en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):</p>	<p>ENCUESTADO ES EL MISMO, UF4=HH47 1</p> <p>ENCUESTADO NO ES EL MISMO, UF4≠HH47 2</p>	2 ⇒ UB6
<p>UB5. Verifique ED10 en el MÓDULO DE EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asiste el niño/a a interactivo, transición preparatoria en el actual año lectivo?</p>	<p>SÍ, ED10=0 1</p> <p>NO, ED10≠0 O EN BLANCO..... 2</p>	1 ⇒ UB8B 2 ⇒ UB9
<p>UB6. ¿Ha (nombre) alguna vez asistido a un programa de educación como por ejemplo interactivo, transición o preparatoria?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	2 ⇒ UB9
<p>UB7. En algún momento desde febrero, ¿asistió a (los programas mencionados en la UB6)?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	1 ⇒ UB8A 2 ⇒ UB9

<p>UB8A. ¿Asiste actualmente a (<i>programas mencionados en UB6</i>)?</p> <p>UB8B. ¿Usted ha mencionado que (<i>nombre</i>) ha asistido a un programa de educación como por ejemplo interactivo? ¿Actualmente asiste a este programa?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
<p>UB9. ¿Está (<i>nombre</i>) cubierto por algún seguro médico?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	2 ⇒ Fin
<p>UB10. ¿Por cuál tipo de seguro médico está cubierto (<i>nombre</i>)? <i>Registre todo lo que se mencione.</i></p>	<p>SEGURIDAD SOCIAL (CCSS).....C</p> <p>SEGURO MÉDICO POR INTERMEDIO DEL EMPLEADORB</p> <p>OTRO SEGURO MÉDICO COMERCIAL ADQUIRIDO DE MANERA PRIVADA D</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) X</p>	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC
<p>EC1. ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (<i>nombre</i>)?</p>	NINGUNO.....00 NÚMERO DE LIBROS DE NIÑOS/AS..... <u>0</u> ___ DIEZ O MÁS LIBROS10	
<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, carritos u otros juguetes hechos en casa?</p> <p>[B] juguetes de una tienda o fabricados?</p> <p>[C] objetos del hogar como ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas?</p> <p>[D] dispositivos electrónicos como tabletas o teléfonos inteligentes?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>JUGUETES CASEROS.....1 2 8</p> <p>JUGUETES DE TIENDA1 2 8</p> <p>OBJETOS DEL HOGAR U OBJETOS DEL EXTERIOR1 2 8</p> <p>DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS.....1 2 8</p>	
<p>EC3. A veces, las personas adultas que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, hacer otros mandados, 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/a 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 ‘8’.</i></p>	<p>NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ SOLO/A 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>EC4. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	EDAD 0, O 11 EDAD 2, 3 O 42	1 ⇒Fin

<p>EC5. En los pasados 3 días, ¿usted o alguien del hogar de 15 años o más participó en alguna de las siguientes actividades con (<i>nombre</i>):</p> <p><i>Si es “Sí”, pregunte:</i> ¿Quién participó en esta actividad con (<i>nombre</i>)? ¿La mamá, el papá u otra persona?</p> <p><i>Los papás o mamás adoptivas; padrastros o madrastras que viven en el hogar y participan en actividades con el niño/a deberán ser codificados como mamá o papá.</i></p> <p><i>Registre todas las opciones que correspondan.</i></p> <p><i>‘Nadie’ no puede ser registrado si algún miembro del hogar de 15 años de edad o más realiza actividades con el niño/a.</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 contó cosas o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MAMÁ</th> <th>PAPÁ</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>CANTÓ CANCIONES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>LO LLEVÓ AFUERA</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JUGÓ CON</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CONTÓ / DIBUJÓ</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MAMÁ	PAPÁ	OTRO	NADIE	LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y	CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y	CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y	LO LLEVÓ AFUERA	A	B	X	Y	JUGÓ CON	A	B	X	Y	CONTÓ / DIBUJÓ	A	B	X	Y	
	MAMÁ	PAPÁ	OTRO	NADIE																																	
LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y																																	
CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y																																	
CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y																																	
LO LLEVÓ AFUERA	A	B	X	Y																																	
JUGÓ CON	A	B	X	Y																																	
CONTÓ / DIBUJÓ	A	B	X	Y																																	
<p>EC5G. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 21</p> <p>EDAD 3 O 42</p>	<p>1 ⇒ Fin</p>																																			
<p>EC6. 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>NO2</p> <p>NS8</p>																																				
<p>EC7. ¿Puede (<i>nombre</i>) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO2</p> <p>NS8</p>																																				

<p>EC8. ¿Sabe (<i>nombre</i>) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC9. ¿Puede (<i>nombre</i>) recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC10. ¿Se siente (<i>nombre</i>) a veces demasiado/a enfermo/a como para jugar?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC11. ¿Puede (<i>nombre</i>) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC12. Cuando se le da algo para hacer, ¿puede (<i>nombre</i>) hacerlo por sí solo/a?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC13. ¿Se lleva (<i>nombre</i>) bien con los otros/as niños/as?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC14. ¿(<i>nombre</i>) patear, muerde o golpea a otros niños/as o personas adultas?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	
<p>EC15. ¿Se distrae (<i>nombre</i>) fácilmente?</p>	<p>SÍ.....1 NO2 NS8</p>	

DISCIPLINA INFANTIL		UCD
UCD1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 01 EDAD 1, 2, 3 O 4 2	1 ⇒ Fin
UCD2. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños/as la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y, por favor, dígame si <u>usted o cualquier otra persona adulta del hogar</u> ha usado estos métodos con (nombre) <u>en el mes pasado</u> .		SÍ NO
[A] Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (nombre) le gusta, o no le permitió salir de la casa.	LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO..... 1 2	
[B] Le explicó a (nombre) por qué estuvo mal su comportamiento.	EXPLICÓ EL COMPORTAMIENTO ERRÓNEO 1 2	
[C] Le sacudió o pellizcó.	LE SACUDIÓ / PELLIZCÓ..... 1 2	
[D] Le gritó o le gritó muy duro.	LE GRITÓ / LE GRITÓ MUY DURO 1 2	
[E] Le dio otra cosa que hacer.	LE DIO OTRA COSA QUE HACER 1 2	
[F] Le golpeó o le nalgueó solo con la mano.	LE GOLPEÓ O LE NALGUEÓ SOLO CON LA MANO 1 2	
[G] Lo/la golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como una faja o chancleta, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.	LO/LA GOLPEÓ CON UNA FAJA O CHANCLETA / UN CEPILLO DE PELO / UN PALO / OTRO OBJETO DURO 1 2	
[H] Le dijo tonto/a, vago/a o alguna otra cosa parecida.	LE DIJO TONTO/A / VAGO/A / ALGUNA OTRA COSA PARECIDA ... 1 2	
[I] Lo/la golpeó o le dio un “manazo” en la cara, en la cabeza o en las orejas.	GOLPEÓ / DIO “UN MANAZO” EN LA CARA / EN LA CABEZA / LE JALÓ LAS OREJAS 1 2	
[J] Lo/la golpeó o le dio una “manazo” en la mano, en el brazo o en la pierna.	GOLPEÓ / DIO “UN MANAZO” EN LA MANO / EN EL BRAZO O EN LA PIERNA 1 2	
[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	
UCD3. Verifique UF4: ¿La entrevistada es la mamá o persona cuidadora de otro/a 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 a 17?	SÍ1 NO 2	2 ⇒UCD5

UCD4. Verifique UF4: ¿Esta entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro/a niño/a?	SÍ 1 NO 2	1 ⇒ Fin
UCD5. ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o a una niña, se le debe castigar físicamente?	SÍ 1 NO 2 NS / SIN OPINIÓN 8	

FUNCIONAMIENTO INFANTIL		UCF
UCF1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 O 1.....1 EDAD 2, 3 O 4.....2	1 ⇨ Fin
UCF2. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener (nombre). ¿(nombre) usa anteojos?	SÍ.....1 NO.....2	
UCF3. ¿Usa (nombre) una prótesis auditiva, audífonos o implante coclear para escuchar mejor?	SÍ.....1 NO.....2	
UCF4. ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ.....1 NO.....2	
UCF5. En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que (nombre) 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 (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad		
UCF6. Verifique UCF2: ¿El niño/a usa anteojos?	SÍ, UCF2=1.....1 NO, UCF2=2.....2	1 ⇨ UCF7A 2 ⇨ UCF7B
UCF7A. Cuando (nombre) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver? UCF7B. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER.....4	
UCF8. Verifique UCF3: ¿El niño/a usa prótesis auditiva audífonos o implante coclear?	SÍ, UCF3=1.....1 NO, UCF3=2.....2	1 ⇨ UCF9A 2 ⇨ UCF9B
UCF9A. Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, audífonos o implante coclear, ¿tiene dificultad para oír sonidos como la voz de otras personas o música? UCF9B. ¿Tiene (nombre) dificultad para oír sonidos como la voz de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR.....4	
UCF10. 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
UCF11. Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR.....4	

<p>UCF12. Cuando (<i>nombre</i>) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR4</p>	<p>1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14</p>
<p>UCF13. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para caminar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR4</p>	
<p>UCF14. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para agarrar objetos pequeños con la mano?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE AGARRAR4</p>	
<p>UCF15. ¿Tiene (<i>nombre</i>) dificultad para entenderle a usted?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO4</p>	
<p>UCF16. Cuando (<i>nombre</i>) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO4</p>	
<p>UCF17. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para aprender cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER4</p>	
<p>UCF18. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para jugar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE JUGAR4</p>	
<p>UCF19. La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta.</p> <p>En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿con qué frecuencia (<i>nombre</i>) patea, muerde o golpea a otros niños/as o personas adultas?</p> <p>¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más?</p>	<p>NO LO HACE1 MENOS2 LO MISMO3 MÁS4 MUCHO MÁS5</p>	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD		
BD1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1 O 2 1 EDAD 3 O 4 2	2 ⇒ Fin		
BD2. ¿Ha sido amamantado (<i>nombre</i>) alguna vez?	SÍ 1 NO 2 NS 8	2 ⇒ BD3A 8 ⇒ BD3A		
BD3. ¿Todavía está (<i>nombre</i>) siendo amamantado/a?	SÍ 1 NO 2 NS 8			
BD3A. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 O 1 1 EDAD 2 2	2 ⇒ Fin		
BD4. ¿Ayer, durante el día o la noche, <u>bebió</u> (<i>nombre</i>) <u>algún líquido de una botella con chupón</u> ?	SÍ 1 NO 2 NS 8			
BD5. ¿Tomó (<i>nombre</i>) <u>suero oral</u> en el día de ayer, durante el día o la noche?	SÍ 1 NO 2 NS 8			
BD6. ¿Tomó o comió (<i>nombre</i>) <u>suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento</u> en el día de ayer, durante el día o la noche?	SÍ 1 NO 2 NS 8			
BD7. Ahora quisiera preguntarle sobre los otros líquidos que (<i>nombre</i>) pudo haber tomado ayer durante el día o la noche. Por favor, incluya también los líquidos consumidos fuera de su hogar. ¿Bebió (<i>nombre</i>) (<i>nombre del ítem</i>) ayer durante el día o la noche?		SÍ	NO	NS
[A] ¿Agua sola (sin aditivos)?	AGUA SOLA	1	2	8
[B] ¿Jugo o bebidas de jugo?	JUGO / BEBIDAS DE JUGO	1	2	8
[C] ¿Caldo liviano (solo el caldo, sin arroz, fideos u otra cosa)?	CALDO LIVIANO	1	2	8
[D] ¿Leche de fórmula, como Nan, Nido, Enfamil?	LECHE DE FÓRMULA	1	2 ⚡ BD7[E]	8 ⚡ BD7[E]
[D1] ¿Cuántas veces bebió (<i>nombre</i>) leche de fórmula? Si es 7 o más veces, registre '7'. Si es desconocido, registre '8'.	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE DE FÓRMULA	_____		

[E] ¿Leche de origen animal, como leche fresca, envasada, en polvo o yogur líquido?	LECHE	1	2 ⁸ BD7[O]	8 ⁸ BD7[O]
[E1] ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche? <i>Si es 7 o más veces, registre '7'. Si es desconocido, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE _			
[O] ¿Agua de arroz?	AGUA DE ARROZ	1	2	8
[P] ¿Té o infusiones?	TÉ O INFUSIONES	1	2	8
[X] ¿Algún otro líquido?	OTROS LÍQUIDOS	1	2 ⁸ BD8	8 ⁸ BD8
[X1] <i>Registre todos los otros líquidos mencionados.</i>	<i>(especifique) _____</i>			
<p>BD8. Ahora me gustaría preguntarle sobre <u>todo</u> lo que (nombre) comió ayer durante el día o la noche. Por favor, incluya también alimentos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>- Piense cuando (nombre) se despertó ayer. ¿Comió algo en ese momento? <i>Si es "Sí" pregunte: por favor, dígame todo lo que (nombre) comió en ese momento. Indague: ¿algo más? Registre las respuestas usando los grupos de alimentos abajo.</i></p> <p>- ¿Qué hizo (nombre) después de eso? ¿Comió algo en ese momento? <i>Repita esta serie de preguntas, marcando los grupos de alimentos, hasta que el encuestado le diga que el niño/a se durmió hasta la mañana siguiente.</i></p>				
<i>Para cada grupo de alimento no mencionado después de completar lo anterior, pregunte:</i>				
Solo para asegurarme, ¿comió (nombre) ayer (ítems del grupo de alimento) de día o de noche?:		SÍ	NO	NS
[A] ¿Yogur espeso hecho de leche de origen animal? <i>Tenga en cuenta que el yogur líquido o bebible debe ser capturado en BD7[E] o BD7[X] dependiendo del contenido de leche.</i>	YOGUR	1	2 ⁸ BD8[B]	8 ⁸ BD8[B]
[A1] ¿Cuántas veces (nombre) comió yogur? <i>Si es 7 veces o más, registre '7'. Si no sabe, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ YOGUR _			
[B] ¿Algún alimento para bebé, como por ejemplo Cerelac, Nestum o Nutrivida?	ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ	1	2	8
[C] ¿Pan, arroz, pastas, cereales u otros alimentos elaborados con granos?	ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS	1	2	8

[D] ¿Zanahorias, ayote, camote o calabaza, que son de color amarillo o naranja por dentro?	ZANAHORIA / AYOTE / CAMOTE / CALABAZA / ETC.	1	2	8
[E] ¿Papa, yuca, ñame o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?	ALIMENTOS HECHOS A BASE DE RAÍCES	1	2	8
[F] ¿Alguna verdura de hojas verde oscuro y frondosas como espinacas, berros, brócoli?	VERDURAS DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS	1	2	8
[G] ¿Mangos maduros o papayas maduras?	MANGOS/PAPAYA MADUROS	1	2	8
[H] ¿Alguna otra fruta o verdura como banano, manzana, plátano, guineo, tomate, cebolla?	OTRAS FRUTAS O VERDURAS	1	2	8
[I] ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras?	VÍSCERAS	1	2	8
[J] ¿Cualquier otro tipo de carne, como carne de res, cerdo, pollo o embutidos hechos de estas carnes?	OTRO TIPO DE CARNE	1	2	8
[K] ¿Huevos?	HUEVOS	1	2	8
[L] ¿Pescado o mariscos ya sean frescos o congelados?	PESCADO FRESCO / CONGELADOS	1	2	8
[M] ¿Frijoles, garbanzos, lentejas o nueces, incluyendo cualquier alimento hecho a base de estos?	ALIMENTOS A BASE DE FRIJOLES / GARBANZOS / NUECES / ETC.	1	2	8
[N] ¿Queso u otros alimentos hechos a base de leche de origen animal?	QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS A BASE DE LECHE DE ORIGEN ANIMAL	1	2	8

<p>[O] ¿Gallo pinto?</p> <p><i>En caso afirmativo: ¿Qué contenía el gallo pinto?</i></p> <p><i>La entrevistadora deberá seguir tratando de indagar: ¿Había algo más en el gallo pinto?</i></p> <p><i>Registre los ítems adicionales expuestos anteriormente hasta que la encuestada diga que no había nada más en ese plato.</i></p> <p><i>Si la encuestada menciona arroz, registre 'Sí' para BD8[C].</i></p> <p><i>Si la encuestada menciona frijoles, registre 'Sí' para BD8[M].</i></p> <p><i>Si la encuestada menciona cualquier otra verdura o bien huevos, embutidos, queso o natilla, registre 'Sí' para BD8[K], BD8[N], BD8[J] o BD8[H], según corresponda.</i></p>	<p>GALLO PINTO</p> <p>1 2 8</p>	
<p>[X] ¿Otro alimento sólido, semisólido o blando?</p>	<p>OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMISÓLIDO O BLANDO</p> <p>1 2 ² 8 ² BD9 BD9</p>	
<p>[X1] <i>Registre cualquier otro alimento sólido, semisólido o blando que no corresponda a ningún grupo de alimentos mencionado anteriormente.</i></p>	<p>(Especifique) _____</p>	
<p>BD9. ¿Cuántas veces comió (<i>nombre</i>) alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer, durante el día o la noche?</p> <p><i>Si BD8[A] es 'Sí', asegúrese de que la respuesta incluya el número de veces registrado para yogur en BD8[A]</i></p> <p><i>Si es 7 veces o más, registre '7'</i></p>	<p>NÚMERO DE VECES..... _</p> <p>NS..... 8</p>	

INMUNIZACIÓN		IM							
IM1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?		EDAD 0, 1 O 2..... 1 EDAD 3 O 4..... 2 2 ⇒ Fin							
IM2. ¿Tiene el libro de vacunas, registro de algún proveedor de salud privado o cualquier otro documento en donde estén registradas por escrito las vacunas administradas a (<i>nombre</i>)? ¿Puedo verlo por favor?		SÍ, SOLO LIBRO DE VACUNAS..... 1 SÍ, SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO..... 2 SÍ, TIENE LIBRO VACUNAS Y OTRO DOCUMENTO..... 3 NO, NO TIENE LIBRO DE VACUNAS NI OTRO DOCUMENTO..... 4 1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5							
IM3. ¿Alguna vez tuvo el libro de vacunas o registros de vacunación de un proveedor de salud privado para (<i>nombre</i>)?		SÍ..... 1 NO..... 2							
IM4. Verifique IM2:		SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO, IM2=2..... 1 NO TIENE TARJETAS NI DOCUMENTOS DISPONIBLES, IM2=4..... 2 2 ⇒ IM11							
IM5. ¿Podría ver el libro de vacunas u otro documento?		SÍ, SOLO SE VIO EL LIBRO VACUNAS..... 1 SÍ, SOLO SE VIO OTRO DOCUMENTO..... 2 SÍ, SE VIERON EL LIBRO VACUNAS Y EL OTRO DOCUMENTO..... 3 NO SE VIERON EL LIBRO DE VACUNAS NI EL OTRO DOCUMENTO..... 4 4 ⇒ IM11							
IM6. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta (b) Registre '44' en la columna "día" si los documentos muestran que se administró la vacuna pero no se indica la fecha.		FECHA DE INMUNIZACIÓN							
		DÍA		MES		AÑO			
Antituberculosa (BCG)	BCG					2	0	1	
Hepatitis B1	VHB1					2	0	1	
Hepatitis B2	VHB2					2	0	1	
Hepatitis B3	VHB3					2	0	1	
Toxoide diftérico, pertusis acelular (DTaP)1	DTAPHIBIPV1					2	0	1	
Toxoide diftérico, pertusis acelular (DTaP)2	DTAPHIBIPV2					2	0	1	
Toxoide diftérico, pertusis acelular (DTaP)3	DTAPHIBIPV3					2	0	1	
Toxoide diftérico, pertusis acelular (DTaP)4	DTAPHIBIPV4					2	0	1	
Antipolio, inactiva, vía intramuscular (IPV)1	IPV1					2	0	1	
Antipolio inactiva, vía intramuscular (IPV)2	IPV2					2	0	1	
Antipolio inactiva, vía intramuscular (IPV)3	IPV3					2	0	1	
Antisarampionosa, rubéola y paperas (SRP)	SRP					2	0	1	
Varicela	Var					2	0	1	
Antineumocócica1	PCV1					2	0	1	
Antineumocócica2	PCV2					2	0	1	
Antineumocócica3	PCV3					2	0	1	
Influenza estacional	Inf1					2	0	1	
Influenza estacional	Inf2					2	0	1	
Influenza estacional	Inf3					2	0	1	

IM7. Verifique IM6: ¿Están registradas todas las vacunas (BCG a Inf3)?	SÍ.....1 NO2	1⇒Fin
IM9. Además de lo que está registrado en los documentos que me ha mostrado, ¿se le administró a (nombre) alguna otra vacuna?	SÍ.....1 NO2 NS8	2⇒Fin 8⇒Fin
IM10. Vuelva a IM6 e indague sobre estas vacunas. Registre '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Para las vacunas no recibidas, registre '00'. Cuando termine, vaya al Fin del módulo.		⇒Fin
IM11. ¿Ha recibido (nombre) alguna vacuna para prevenir que contraiga enfermedades?	SÍ.....1 NO2 NS8	
IM13. Verifique IM11	NO O NS.....1 SÍ.....2	1⇒Fin
IM14. ¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz (BCG)?	SÍ.....1 NO2 NS8	
IM15. ¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna de Hepatitis B, es decir, una inyección que se da en la parte exterior del muslo, para prevenir la hepatitis B, en las primeras 24 horas después el nacimiento?	SÍ, EN LAS PRIMERAS 24 HORAS.....1 SÍ, PERO NO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS.....2 NO3 NS8	
IM19. ¿Recibió (nombre) alguna vez una inyección para protegerlo/a de la polio?	SÍ.....1 NO2 NS8	
IM20. ¿Se le administró alguna vez a (nombre) una vacuna pentavalente, es decir, una inyección en el muslo para prevenir que se enferme de tétanos, tosferina, difteria, hepatitis B y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)?	SÍ.....1 NO2 NS8	2⇒IM22 8⇒IM22
IM21. ¿Cuántas veces recibió la vacuna pentavalente?	NÚMERO DE VECES NS8	
IM22. ¿Recibió (nombre) alguna vez una vacuna neumocócica para protegerlo/a contra ciertos tipos de neumonía, incluyendo infecciones del oído y meningitis causadas por el neumococo? Indague indicando que la vacuna contra el neumococo se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna pentavalente.	SÍ.....1 NO2 NS8	2⇒IM26 8⇒IM26

IM23. ¿Cuántas veces recibió la vacuna neumocócica?	NÚMERO DE VECES _ NS 8	
IM26. ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) una vacuna en el brazo a la edad de 15 meses (año y tres meses) o más para prevenir que se enferme de sarampión, paperas y rubéola (SPR/MMR)?	SÍ.....1 NO.....2 NS8	2 ⇒ <i>Fin</i> 8 ⇒ <i>Fin</i>
IM26A. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra SPR/MMR?	NÚMERO DE VECES _ NS.....8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES

CA

<p>CA1. 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>CA2. Verifique BD3: ¿Está todavía el niño/a siendo amamantado?</p>	<p>SÍ, BD3=1 1 NO O NS, BD3=2 U 8, O EN BLANCO 2</p>	<p>1 ⇒ CA3A 2 ⇒ CA3B</p>
<p>CA3A. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye leche materna, suero oral 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>CA3B. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye suero oral 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>CA4. 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 NUNCA LE HA DADO DE COMER 7 NO SABE 8</p>	
<p>CA5. ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?</p>	<p>SÍ 1 NO 2 NS 8</p>	<p>2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7</p>

<p>CA6. ¿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>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL DE LA CCSS.....A</p> <p>CLÍNICA DE LA CCSS.....B</p> <p>EBAIS.....C</p> <p>UNIDAD MÓVILE</p> <p>OTRO MÉDICO PÚBLICO (especifique)..... H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA I</p> <p>MÉDICO PRIVADOJ</p> <p>FARMACIAK</p> <p>CLÍNICA MÓVILM</p> <p>OTRO MÉDICO PRIVADO (especifique)..... O</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO W</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>FAMILIAR / AMIGO P</p> <p>PULPERÍA / SUPERMERCADO / CALLEQ</p> <p>PROFESIONAL MEDICINA TRADICIONALR</p> <p>OTRO (especifique) X</p>	
<p>CA7. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre):</p> <p>[A] Suero oral como el de la CCSS, que es un polvo que viene en un sobre especial?</p> <p>[B] Algún suero oral preparado, listo para ingerir como Pedialyte?</p> <p>[C] Pastillas o jarabe de zinc?</p> <p>[D] Agua de arroz, de pipa, de almidón u otro (por ejemplo manzanilla)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>SUERO ORAL EN PAQUETE.....1 2 8</p> <p>SUERO PREPARADO1 2 8</p> <p>PASTILLAS / JARABE DE ZINC1 2 8</p> <p>AGUA ARROZ / PIPA / ALMIDÓN1 2 8</p>	
<p>CA8. Verifique CA7[A] y CA7[B]: ¿Se le dio al niño/a suero oral?</p>	<p>SI, 'SÍ' EN CA7[A] O CA7[B]1</p> <p>NO, 'NO' O 'NS' EN CA7[A] Y CA7[B]2</p>	<p>2 ⇒CA10</p>

<p>CA9. ¿Dónde obtuvo usted el (suero oral mencionado en CA7[A] o CA7[B])?</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><u>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.</u></i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL DE LA CCSS.....A CLÍNICA DE LA CCSS.....B EBAIS.....C UNIDAD MÓVILE OTRO MÉDICO PÚBLICO <i>(especifique)</i> _____ H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA I MÉDICO PRIVADO.....J FARMACIAK CLÍNICA MÓVILM OTRO MÉDICO PRIVADO <i>(especifique)</i> _____ O</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO.....W</p> <p>OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO P PULPERÍA / SUPERMERCADO / CALLEQ PROFESIONAL MEDICINA TRADICIONALR</p> <p>OTRO <i>(especifique)</i> _____ X</p> <p>NS / NO SE ACUERDA..... Z</p>	
<p>CA10. Verifique CA7[C]: ¿Se le dio zinc al niño/a?</p>	<p>SÍ, CA7[C]=1 1 NO, CA7[C] ≠12</p>	<p>2⇒CA12</p>

<p>CA11. ¿Dónde obtuvo el zinc?</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 style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL DE LA CCSS..... A CLÍNICA DE LA CCSS..... B EBAIS..... C UNIDAD MÓVIL E OTRO MÉDICO PÚBLICO <i>(especifique)</i>..... H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA I MÉDICO PRIVADO J FARMACIA K CLÍNICA MÓVIL M OTRO MÉDICO PRIVADO <i>(especifique)</i>..... O</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO..... W</p> <p>OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO P PULPERÍA / SUPERMERCADO / CALLE Q PROFESIONAL MEDICINA TRADICIONAL R OTRO <i>(especifique)</i> X</p> <p>NS / NO SE ACUERDA..... Z</p>	
<p>CA12. ¿Se le dio otra cosa para tratar la diarrea?</p>	<p>SÍ 1 NO 2 NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14</p>
<p>CA13. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Algo más?</p> <p><i>Marque todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p>	<p>PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA) B OTRA PASTILLA O JARABE..... G NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE . H</p> <p>INYECCIÓN ANTIBIÓTICA L NO ANTIBIÓTICA..... M NO SABE TIPO DE INYECCIÓN N</p> <p>INTRAVENOSA (IV)..... O</p> <p>REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS Q</p> <p>OTRO <i>(especifique)</i> X</p>	

CA14. En las dos últimas semanas, ¿ha estado (<i>nombre</i>) enfermo/a 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 <u>solamente</u> 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 de alguna fuente?	SÍ 1 NO 2 NS 8	2 ⇨ CA22 8 ⇨ CA22

<p>CA21. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Registre todas las fuentes mencionadas, pero <u>no</u> proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i></p> <p><i><u>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado</u>, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL DE LA CCSS..... A CLÍNICA DE LA CCSS..... B EBAIS..... C UNIDAD MÓVILE OTRO MÉDICO PÚBLICO (especifique) _____H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADAI MÉDICO PRIVADO J FARMACIA K CLÍNICA MÓVIL M OTRO MÉDICO PRIVADO (especifique) _____ O</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO W</p> <p>OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO P PULPERÍA / SUPERMERCADO / CALLE Q PROFESIONAL MEDICINA TRADICIONAL R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X</p>	
<p>CA22. En algún momento durante la enfermedad, ¿se le dio a (nombre) algún medicamento para tratar esta enfermedad?</p>	<p>SÍ 1 NO 2 NS..... 8</p>	<p>2 ⇨CA30 8 ⇨CA30</p>
<p>CA23. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?</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><u>Si no puede determinar el tipo de medicina</u>, escriba la marca y temporalmente registre 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p>	<p>ANTIBIÓTICOS AMOXICILLINA..... L COTRIMOXAZOL M OTRO ANTIBIÓTICO EN PASTILLA O JARABE N OTRO ANTIBIÓTICO EN INYECCIÓN..... O</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINOFÉN R ASPIRINA S IBUPROFENO T</p> <p>SOLO RECUERDA LA MARCA W</p> <p>OTRO (especifique) _____ X NS..... Z</p>	
<p>CA24. Verifique CA23: ¿Antibióticos mencionados?</p>	<p>SÍ, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS, CA23=L-O 1 NO, ANTIBIÓTICOS NO MENCIONADOS 2</p>	<p>2 ⇨CA30</p>

<p>CA25. ¿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><u><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></u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL DE LA CCSS..... A CLÍNICA DE LA CCSS..... B EBAIS..... C UNIDAD MÓVIL E OTRO MÉDICO PÚBLICO <i>(especifique)</i> _____ H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA I MÉDICO PRIVADO..... J FARMACIA..... K CLÍNICA MÓVIL M OTRO MÉDICO PRIVADO <i>(especifique)</i> _____ O</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO W</p> <p>OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO P PULPERÍA / SUPERMERCADO / CALLE Q PROFESIONAL MEDICINA TRADICIONAL R</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X NS / NO SE ACUERDA..... Z</p>	
<p>CA30. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1 O 2 1 EDAD 3 O 4 2</p>	<p>2 ⇨ Fin</p>
<p>CA31. La última vez que (<i>nombre</i>) obró, defecó o hizo una deposición, ¿cómo se eliminaron las heces?</p>	<p>EL NIÑO/A USÓ EL INODORO / LETRINA 01 LO PUSO / DESCARTÓ EN EL 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</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ 96 NS..... 98</p>	

UF11. <i>Registre la hora.</i>	HORAS Y MINUTOS.....__ : __	
UF12. <i>Idioma del cuestionario.</i>	ESPAÑOL 1	
UF13. <i>Idioma de la entrevista.</i>	ESPAÑOL 1 OTRO IDIOMA (especifique)..... 6	
UF14. <i>Lengua materna de la entrevistada.</i>	ESPAÑOL 1 INGLÉS 2 ALGUNA LENGUA INDÍGENA..... 3 OTRO IDIOMA (especifique)..... 6	
UF15. <i>¿Se utilizó intérprete en alguna parte de este cuestionario?</i>	SÍ, TODO EL CUESTIONARIO..... 1 SÍ, PARTE DEL CUESTIONARIO 2 NO, NO SE UTILIZÓ..... 3	

OBSERVACIONES ENTREVISTADORA

OBSERVACIONES SUPERVISOR/A

LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRE, ESTÁ GARANTIZADA POR EL ARTÍCULO 4 DE LA LEY N°7839 DE 1998 DEL SISTEMA DE ESTADÍSTICA NACIONAL.

PANEL DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		AN
AN1. ID: _____	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/a:	NOMBRE _____	
AN8. Registre el resultado de la medición:	KILOGRAMOS (KG)..... _____	
	NIÑO/A NO PRESENTE.....99.3	99.3 ⇨ AN13
	NIÑO/A SE NIEGA.....99.4	99.4 ⇨ AN10
	ENTREVISTADO SE NIEGA.....99.5	99.5 ⇨ AN10
	OTRO (especifique).....99.6	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 O 1..... 1 EDAD 2, 3 O 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 longitud.	TALLA / LONGITUD (CM).. _____ NIÑO/A SE NIEGA.....999.4 ENTREVISTADO SE NIEGA.....999.5	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ 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.	OTRO (especifique).....999.6	999.6 ⇨ AN13
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: ____ / ____ / 2018		
AN14. ¿Hay otro niño/a menor de 5 años en el hogar que todavía no haya sido medido?	SÍ..... 1 NO..... 2	1 ⇨ Siguiete niño/a
AN15. Agradezca a la entrevistada su cooperación.		

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