



CUESTIONARIO PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

PANEL DE INFORMACIÓN PARA NIÑOS(AS) MENORES DE DOS AÑOS		UF
<p><i>Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o tutoras/tutores (ver columna HL8 del listado de hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 2 años de edad (ver columna HL5 del listado de hogar). Se debe usar un formulario separado para cada niño(a) elegible. Escriba el número del consultorio y de hogar, y los nombres y números de línea del niño(a) y de la madre o tutora/tutor en el espacio de abajo. Escriba su propio nombre, número y fecha.</i></p>		
UF1. Código del Consultorio: _____	UF2. Número de Hogar: _____	
UF3. Nombre del Niño(a): _____	UF4. Número de Línea del Niño(a): _____	
UF5. Nombre de la Madre o Tutora/Tutor: _____	UF6. Número de Línea de la Madre o Tutora/Tutor: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: _____	UF8. Día/Mes/Año de la entrevista: ____/____/_____	
UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 2 años <i>(Los códigos se refieren a la madre o tutora/tutor)</i>	Completa1 Ausente.....2 Rechazo.....3 Incompleta.....4 Incapacitado.....5 Otro (especifique).....6	

Repita el saludo si aún no le ha leído esta encuesta:

Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos trabajando en un proyecto relacionado con la salud y la educación de la familia. Me gustaría hablarle de esto. La entrevista tomará cerca de 15 minutos. Toda la información que obtengamos será estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas. Ud. no está obligada a responder una pregunta que no quiera, y puede retirarse de la entrevista en cualquier momento.

¿Puedo empezar ahora?

Si le ha concedido permiso, comience la entrevista. Si la entrevistada no quiere continuar, agrádescale y comience la siguiente entrevista. Discuta este resultado con su supervisora para definir una futura revisión.

UF10. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE CADA NIÑO(A) MENOR DE 2 AÑOS QUE ESTÁ BAJO SU CUIDADO, Y QUE VIVE CON UD. AHORA. QUIERO PREGUNTARLE POR (nombre). ¿EN QUE MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? <i>Indague:</i> ¿CUÁL ES LA FECHA DE SU CUMPLEAÑOS? <i>Si la madre o tutora/tutor sabe la fecha exacta de su cumpleaños, anote también el día; en caso contrario circule 98 para día.</i>	Fecha de nacimiento: Día NS día 98 Mes Año	
UF11. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? <i>Anote la edad en años completos.</i>	Edad en años completos	

MÓDULO DE LACTANCIA		BF																																				
BF1. ¿(nombre) HA SIDO ALGUNA VEZ AMAMANTADO?	Sí.....1 No2 NS8	2⇒BF3 8⇒BF3																																				
MN13. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO POR PRIMERA VEZ A (NOMBRE)? <i>Si menos de una hora, anote '00' horas. Si menos de 24 horas, anote horas. En caso contrario, anote días.</i>	Inmediatamente000 Horas 1 ____ o Días 2 ____ No sabe/ no recuerda998																																					
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ EL/ELLA SIENDO AMAMANTADO(A)?	Sí.....1 No2 NS8																																					
BF3. ¿DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, HA RECIBIDO EL/ELLA ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta antes de pasar al próximo rubro.</i>																																						
BF3A. ¿VITAMINAS, MINERALES SUPLEMENTARIOS O MEDICINA? BF3B. ¿AGUA SOLAMENTE? BF3C. ¿AGUA AZUCARADA, AGUA CON SABOR, JUGOS DE FRUTAS, TÉ O INFUSIÓN? BF3D. ¿SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)? BF3E. ¿FÓRMULA PARA BEBÉS? BF3F. ¿LECHE FRESCA, EN POLVO, DE LATA, BOLSA O CAJA? BF3G. ¿ALGÚN OTRO LÍQUIDO? BF3H. ¿COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA (PURÉ)?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Suplementos vitamínicos.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. Agua</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. Agua azucarada o jugo</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E. Fórmula para bebé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F. Leche</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G. Otros líquidos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H. Comida sólida o semisólida</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	A. Suplementos vitamínicos.....	1	2	8	B. Agua	1	2	8	C. Agua azucarada o jugo	1	2	8	D. SRO	1	2	8	E. Fórmula para bebé	1	2	8	F. Leche	1	2	8	G. Otros líquidos	1	2	8	H. Comida sólida o semisólida	1	2	8	
	SÍ	No	NS																																			
A. Suplementos vitamínicos.....	1	2	8																																			
B. Agua	1	2	8																																			
C. Agua azucarada o jugo	1	2	8																																			
D. SRO	1	2	8																																			
E. Fórmula para bebé	1	2	8																																			
F. Leche	1	2	8																																			
G. Otros líquidos	1	2	8																																			
H. Comida sólida o semisólida	1	2	8																																			
BF4. Verifique BF3H: ¿El niño(a) recibió alimento sólido o semisólido (puré)? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con BF5 <input type="checkbox"/> No o NS ⇒ Vaya al siguiente Módulo																																						
BF5. DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, ¿CUÁNTAS VECES (nombre) HA COMIDO ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O COMIDAS SUAVES DIFERENTES DE LÍQUIDOS? <i>Si 7 o más veces, anote '7'</i>	No. de veces..... No sabe8																																					

Si le han facilitado el carné de salud infantil o carné de vacunación, copie las fechas en las preguntas IM2- IM8D por cada tipo de inmunización. Las preguntas IM10-IM23 son para anotar las vacunas que no han sido registradas en el carné. Las preguntas IM10-IM23 sólo se harán cuando no hay carné.

IM1. ¿TENDRÉ (nombre) EL CARNÉ DE SALUD INFANTIL O CARNÉ DE VACUNACIÓN? Si responde "SI" o "SI" recopila la información posteriormente en el vacunatorio central y marque "1" Si, visto1 Si, no visto2 No3	2-9IM10 3-9IM10
--	--------------------

a) Copie del carné las fechas de las vacunas; b) Ante "4" en la columna de "DÍA" el carné muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación. Cuando termine de anotar indique sobre las dificultades presentadas para aplicar cada vacuna.	Fecha de Vacunación					¿El día que llevó a (nombre) al vacunatorio le fue aplicada la vacuna?	¿Por qué motivos no le fue aplicada la vacuna?	
	DÍA	MES	AÑO			1 SI 0 2 No ⇨		
IM2. BCG	TUBERCULOSIS (ALTA FEVERA)						1 0 2 ⇨	
IM3A1. HB (*)	HEPATITIS B VIRAL (12-24 HORAS)						1 0 2 ⇨	
IM3B1. HB (*)	HEPATITIS B VIRAL (1 MES)						1 0 2 ⇨	
IM3C1. HB (*)	HEPATITIS B VIRAL (2 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM3D1. HB (*)	HEPATITIS B VIRAL (12 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM3A2. HBV (**)	HEPATITIS B VIRAL (12-24 HORAS)						1 0 2 ⇨	
IM3B2. HBV (**)	HEPATITIS B VIRAL (1 MES)						1 0 2 ⇨	
IM3C2. HBV (**)	HEPATITIS B VIRAL (6 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4A1. DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS (2 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4B1. DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS (4 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4C1. DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS (6 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4A2. DPT+HB (**)	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS + HEPATITIS B (2 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4B2. DPT+HB (**)	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS + HEPATITIS B (4 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4C2. DPT+HB (**)	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS + HEPATITIS B (6 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM4D. DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS (15 ó 18 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM5A. H.U.B	HEMOPHILUS INFLUENZAE B (2 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM5B. H.U.B	HEMOPHILUS INFLUENZAE B (4 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM5C. H.U.B	HEMOPHILUS INFLUENZAE B (6 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM5D. H.U.B	HEMOPHILUS INFLUENZAE B (15 ó 18 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM6A. AM-BC	MENINGOCOCCO B Y C (3 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM6B. AM-BC	MENINGOCOCCO B Y C (5 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM7. P.R.S	PAROTIDITIS, RUBÉOLA, SARAMPIÓN (12 MESES)						1 0 2 ⇨	
IM8A. POLIO	POLIO (-1 AÑO) 1RA DOSES						1 0 2 ⇨	
IM8B. POLIO	POLIO (-1 AÑO) 2 DA DOSES						1 0 2 ⇨	
IM8C. POLIO	POLIO (1 AÑO) 1RA DOSES						1 0 2 ⇨	
IM8D. POLIO	POLIO (1 AÑO) 2 DA DOSES						1 0 2 ⇨	

(*) Hijos de madres positivas al HBsAg.
 (**) Hijos de madres negativas al HBsAg.

IM9. ADEMÁS DE LAS VACUNAS MARCADAS EN ESTE CARNE, ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA OTRA VACUNA –INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN? <i>Marque "Si" sólo si la entrevistada menciona algunas de las vacunas relacionadas en IM2-IM8D</i>	Sí1 <i>(Indague por vacunas y escriba '66' en la columna correspondiente a día en IM2 a IM8D.)</i> No2 NS8	1⇒IM24 2⇒IM24 8⇒IM24
IM10. ¿ALGUNA VEZ (nombre) HA RECIBIDO VACUNAS PARA EVITAR QUE ÉL/ELLA SE ENFERME, INCLUYENDO LAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS NACIONALES DE VACUNACIÓN?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM24 8⇒IM24
IM11. ¿HA RECIBIDO (nombre) LA VACUNA BCG, VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE DEJA UNA CICATRIZ Y QUE SE APLICA ANTES DEL ALTA DE LA MATERNIDAD?	Sí1 No2 NS8	
IM12. ¿A (nombre) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO "VACUNAS INYECTADAS HBV (HEPATITIS B VIRAL)", ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA EVITAR QUE A ÉL/ELLA LE DÉ HEPATITIS?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM13. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM15. ¿A (nombre) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO "VACUNAS INYECTADAS DPT+HB", ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA EVITAR QUE A ÉL/ELLA LE DÉ DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS Y HEPATITIS (TETRAVALENTE)?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM17. ¿A (nombre) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO "VACUNAS INYECTADAS DPT", ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA EVITAR QUE A ÉL/ELLA LE DÉ DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM18. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM19. ¿A (nombre) ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO LA VACUNA H.I.B", ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA EVITAR QUE A ÉL/ELLA LE DÉ EL VIRUS DE HEMOPHILUS, INFLUENZA B?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM21 8⇒IM21
IM20. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM21. ¿HA RECIBIDO (nombre) LA VACUNA AM-BC, VACUNA CONTRA EL MENINGOCOCCO B Y C, ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO?	Sí1 No2 NS8	2⇒IM23 8⇒IM23
IM22. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM23. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (nombre) "VACUNA INYECTADA CONTRA LA PAPERAS, RUBÉOLA Y SARAMPIÓN (PRS)", ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LA EDAD DE 12 MESES.	Sí1 No2 NS8	
IM24. POR FAVOR, DÍGAME SI (nombre) HA PARTICIPADO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DÍAS DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LA POLIO:		
IM24A. FEB-MAR 2005 / 1RA DOSIS		Sí No NS
IM24B. MAR-ABR 2005 /2DA DOSIS	1ra dosis1 2 8 2da dosis1 2 8	
IM24C. FEB-MAR 2006 / 1RA DOSIS	1ra dosis1 2 8	
IM24D. MAR-ABR 2006/2DA DOSIS	2da dosis1 2 8	
IM25. ¿CADA VEZ QUE HA ACUDIDO AL VACUNATORIO A VACUNAR A (nombre) LE DIJERON QUE ESPERARA MEDIA HORA EN EL VACUNATORIO DESPUÉS DE APLICADA LA VACUNA?	Sí1 Algunas veces2 Nunca3 NS8	

<p>IM26. ¿LE EXPLICARON LAS CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES DE LA VACUNA APLICADA?</p>	<p>Sí1 Algunas veces2 Nunca3 NS8</p>	
<p>IM27. ALGUNA VEZ SU MÉDICO LE HA INDICADO A (NOMBRE) LA INGESTIÓN DE UN SUPLEMENTO DE HIERRO LLAMADO FORFERR</p>	<p>Sí1 No2 NS8</p>	<p>2⇒IM28 8⇒IM28</p>
<p>IM27A. LE HA SUMINISTRADO SEGÚN LE INDICÓ EL MÉDICO A (NOMBRE) EL FORFERR</p>	<p>Sí1 No2 NS8</p>	<p>1⇒IM28 2⇒IM27B 8⇒IM28</p>
<p>IM27B. ¿POR QUÉ RAZÓN NO LE SUMINISTRÓ A (NOMBRE) EL FORFERR (MARQUE TODAS LAS QUE REFIERA)</p>	<p>Porque no lo encontró en la farmacia1 Está tomando otro suplemento de hierro2 Piensa que no lo requiere3 Otra (especifique)6</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>IM28. ¿Algún otro niño(a) elegible vive en el hogar para el cual la entrevistada es la madre/guardiana? <i>Verifique el listado de hogar, columna HL8.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Termine el cuestionario y luego vaya a CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS para aplicárselo al siguiente niño(a) elegible.</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Termine la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación.</p>		