



CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o encargados (ver columna HL9 del listado de hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del listado de hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño(a) encuestado(a).		
UF1. Código del consultorio: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de línea del niño/a: _____	
UF5. Nombre de la madre/encargado: Nombre _____	UF6. Número de línea de la madre/encargado: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____/_____/_____	

Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado:

Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos trabajando en un proyecto sobre salud y educación familiar. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista llevará unos 15 minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de trabajo.

¿Podemos comenzar?

Sí, se otorgó el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.

No, no se obtuvo permiso ⇒ Complete UF9. Analice el resultado con su supervisor.

UF9. Resultado de la entrevista para niños menores de 5 años Los códigos se refieren a la madre/encargado.	Completa.....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta.....04 Incapacitada.....05 Otro (especifique).....96
UF10. Supervisado en campo por (Nombre y número): Nombre _____	UF11. Digitado por (nombre y número): Nombre _____

WM12. Anote la hora: Hora y minutos ____ : ____

EDAD		AG
AG1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud de (nombre), ¿En qué mes y año nació (nombre)? <i>Indague:</i> ¿Cuándo es su cumpleaños? Si la madre o tutora/tutor sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también introduzca el día; de otro modo, circule 98 para el día. Debe anotar el mes y el año.	Fecha de nacimiento Día..... NS día.....98 Mes..... Año.....	
AG2. ¿Cuántos años tiene (nombre)? <i>Indague:</i> ¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños? Anote la edad en años completos. Anote '0' si tiene menos de 1 año. Compare y corrija AG1 o AG2 si no coinciden.	Edad (en años completos).....	

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 (<i>nombre</i>) siendo amamantado?	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 aun si fue en combinación con otra comida. ¿Tomó (<i>nombre</i>) agua 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?	Cantidad de veces.....__ __	
BF6. ¿Tomó ayer (<i>nombre</i>) leche envasada, en polvo o fresca de vaca u otro animal, 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?	Cantidad de veces.....__ __	
BF8. ¿Tomó (<i>nombre</i>) jugos naturales o en conserva 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 (<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>) ayer algún otro líquido, durante el día o a la noche?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BF13. ¿Tomó (<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 (<i>nombre</i>) yogur ayer, durante el día o a la noche?	Cantidad de veces.....__ __	
BF15. ¿Comió (<i>nombre</i>) cereales ayer, durante el día o a la noche? Se refiere a papillas u hojuelas a base de avena y/o maíz, trigo, arroz, soya, etc.	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?	Cantidad de veces.....__ __	
BF18. Ayer, ya sea durante el día o a la noche, ¿bebió (<i>nombre</i>) algún líquido utilizando un biberón?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA												
CA1. ¿Tuvo (<i>nombre</i>) diarrea en las últimas dos semanas?	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 (incluso leche materna). Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿le dio a beber 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 NS.....8													
CA3. Durante el tiempo que (<i>nombre</i>) estuvo con diarrea, ¿le dió de comer menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no comió nada? <i>Si responde "menos", indague:</i> ¿Mucho menos o un poco menos?	Mucho menos.....1 Un poco menos.....2 Casi lo mismo.....3 Más.....4 Interrumpimos la comida.....5 Nunca le dimos de comer.....6 NS.....8													
CA4. Durante el episodio de diarrea, ¿le dio (<i>nombre</i>) a tomar alguna de estas cosas?: Lea cada punto en voz alta y escriba la respuesta antes de pasar al siguiente punto. [A] ¿Un líquido preparado con sales que vienen en un paquete llamado Sales de Rehidratación Oral? [B] ¿Algún fluido de sro para diarrea?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de sales de rehidratación en Paquete</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fluido de solución oral rehidratante preenvasada</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de sales de rehidratación en Paquete	1	2	8	Fluido de solución oral rehidratante preenvasada	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Fluido de sales de rehidratación en Paquete	1	2	8											
Fluido de solución oral rehidratante preenvasada	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												
CA6. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea? <i>Indague:</i> ¿Algo más? <i>Escriba todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i> _____ (Nombre)	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A Antiespasmódico.....B Zinc.....C Otros (no antibióticos, antiespasmódicos o zinc).....G Píldora o jarabe desconocido.....H Inyección Antibiótica.....L No antibiótica.....M Inyección desconocida.....N Intravenosa.....O Remedio casero / medicina a base de hierbas.....Q Otros (<i>detallar</i>).....X													
CA7. En algún momento de las últimas dos semanas, ¿contrajo (<i>nombre</i>) alguna enfermedad con tos?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA14 8⇒CA14												
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?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA14 8⇒CA14												
CA9. ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o estar resfriado?	Problema en el pecho.....1 Nariz tapada o tupidia, resfrio.....2 Ambos.....3 Otros (<i>detallar</i>).....6 NS.....8	2⇒CA14 6⇒CA14												
CA10. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA12 8⇒CA12												

<p>CA11. ¿De dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p>¿A 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>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital.....A</p> <p>Policlínico.....B</p> <p>Consultorio del médico de la familia.....C</p> <p>Médico pariente, vecino o amigo.....D</p> <p>Enfermera pariente, vecina/o o amiga/o.....E</p> <p>Otro público (detallar).....H</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amiga/o no médico.....P</p> <p>Tienda.....Q</p> <p>Curandero/a.....R</p> <p>Otras (detallar).....X</p>	
<p>CA12. ¿Se le dio algún medicamento a (nombre) para tratar esta enfermedad?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA13. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?</p> <p>¿Algún otro medicamento?</p> <p>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Antibiótico</p> <p>Pastilla / Jarabe.....A</p> <p>Inyección.....B</p> <p>Paracetamol / Acetaminofeno.....P</p> <p>Aspirina.....Q</p> <p>Ibuprofeno.....R</p> <p>Otros (detallar).....X</p> <p>NS.....Z</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño menor de 3 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Pase al siguiente módulo</p>		
<p>CA15. La última vez que (nombre) hizo caca, ¿cómo se eliminó la deposición (caca)?</p>	<p>El niño usó el inodoro / letrina.....01</p> <p>Se botó en el inodoro o letrina.....02</p> <p>Se botó en el desagüe o vertedero.....03</p> <p>Se botó en la basura (residuo sólido).....04</p> <p>Se enterró.....05</p> <p>Se dejó al aire libre.....06</p> <p>Otros (detallar).....96</p> <p>NS.....98</p>	

INMUNIZACIÓN		IM							
IM1a. Verifique AG2: ¿Es un niño menor de 3 años? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con IM1 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Pase a UF13									
Si está disponible una tarjeta 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 hay disponible una tarjeta de inmunización.									
IM1. ¿Tiene alguna tarjeta en donde estén escritas las vacunas que se le administraron a (nombre)? (Sí) ¿Puedo verla por favor?		Sí, visto.....1 Sí, no visto.....2 No hay tarjeta.....3			1⇒IM3 2⇒IM6				
IM2. ¿Alguna vez tuvo alguna tarjeta de inmunización de (nombre)?		Sí.....1 No.....2			1⇒IM6 2⇒IM6				
IM2A. Recuperado del vacunatorio		Sí.....1 No.....2							
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. (b) Anote '44' en la columna del día si la tarjeta muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha.		Fecha de inmunización							
		Día		Mes		Año			
BCG al nacer	BCG								
HB al nacer	H0								
HB1 (1 mes, madre positiva HBsAG)	H1								
HB2 (2 meses, madre positiva HBsAG)	H2								
HB3 (12 meses, madre positiva HBsAG)	H3								
DPT + HB + Hib (2 meses)	DPTHBH1								
DPT + HB + Hib (4 meses)	DPTHBH2								
DPT + HB + Hib (6 meses)	DPTHBH3								
AM-BC1 (3 meses)	AMBC1								
AM-BC2 (5 meses)	AMBC2								
PRS (1 año)	PRS								
DPT1 (2 meses, madre + HBsAG)	DPT1								
DPT2 (4 meses, madre + HBsAG)	DPT2								
DPT3 (6 meses, madre + HBsAG)	DPT3								
Hib1 (2 meses, madre + HBsAG)	Hib1								
Hib2 (4 meses, madre + HBsAG)	Hib2								
Hib3 (6 meses, madre + HBsAG)	Hib3								
Polio 1 (campana del 27/02-05/03 2009 1ra dosis)	OPV0								
Polio 2 (campana del 24/03-30/04 2009 2da dosis)	OPV1								
Polio 3 (campana del 05-11/03 2010 1ra dosis)	OPV2								
Polio 4 (campana del 23-29/04 2010 2da dosis)	OPV3								

<p>IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Polio 4) anotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a IM21</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5</p>		
<p>IM5. Además de lo registrado en esta tarjeta, ¿se le puso a (nombre) alguna otra vacuna –incluidas vacunas recibidas en jornadas o campañas de inmunización?</p> <p>Anote ‘Sí’ únicamente si el entrevistado 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. Luego pase directamente a IM21)</p> <p>No.....2</p> <p>NS.....8</p>	<p>2⇒IM21</p> <p>8⇒IM21</p>
<p>IM6. ¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒IM21</p> <p>8⇒IM21</p>
<p>IM7. ¿Se le dio a (nombre) alguna vez la vacuna BCG contra la tuberculosis –es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que le dejó una cicatriz?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
<p>IM8. ¿Recibió (nombre) alguna vez “vacuna en gotas por boca” para protegerlo de la polio?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒IM11</p> <p>8⇒IM11</p>
<p>IM10. ¿Cuántas veces recibió (nombre) la vacuna contra la polio?</p>	<p>Cantidad de veces.....</p>	
<p>IM11. ¿Recibió alguna vez (nombre) “inyecciones de la vacuna DPT + HB + Hib” –es decir, una inyección en el muslo– concida como pentavalente, para prevenir el tétano, la tos ferina, la difteria, la hepatitis b y el Hemophilus influenzae b?</p> <p>Indague e indique que la vacuna Pentavalente se pone a los 2 mese, a los 4 y a los 6 meses de edad</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒IM13</p> <p>8⇒IM13</p>
<p>IM12. ¿Cuántas veces se le dio la vacuna DPT + HB +Hib a (nombre)?</p>	<p>Cantidad de veces.....</p>	
<p>IM13. ¿Se le dio a (nombre) alguna vez inyecciones de Hepatitis B –es decir, una inyección que se da en el muslo– para prevenir la Hepatitis B?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒IM16</p> <p>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</p> <p>Más tarde.....2</p>	
<p>IM15. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis B?</p> <p>Indague e indique que la vacuna contra la Hepatitis B se pone al mes, a los 2 y a los 12 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B</p>	<p>Cantidad de veces.....</p>	
<p>IM16. ¿Recibió (nombre) alguna vez “inyecciones de vacuna contra la papera, rubéola y sarampión” o PRS –es decir, una inyección en el brazo a los 12 meses de nacer o después?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
<p>IM17. ¿Alguna vez recibió (nombre) “inyecciones de la vacuna DPT” –es decir, una inyección en el muslo para prevenir la difteria, tosferina y tétanos?</p> <p>Indague e indique que la vacuna DPT se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p>IM18. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la DPT?</p>	<p>Cantidad de veces.....</p>	
<p>IM19. ¿Alguna vez recibió (nombre) “inyecciones de la vacuna AM-BC” –es decir, una inyección en el muslo contra el meningococo b y c?</p> <p>Indague e indique que la vacuna AM-BC se pone a los 3 y 5 meses de edad</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
<p>IM20. ¿Cuántas veces recibió la vacuna AM-BC?</p>	<p>Cantidad de veces.....</p>	

IM21. ¿Alguna vez su médico le ha indicado a (<i>nombre</i>) la ingestión de un suplemento de hierro llamado FORFERR?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒ UF13 8⇒ UF13
IM22. ¿Le ha suministrado según le indicó el médico a (<i>nombre</i>) el FORFERR?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	1⇒ UF13 8⇒ UF13
IM23. ¿Por qué razón no le suministró a (<i>nombre</i>) el FORFERR? (marque todas las que refiera)	Porque no lo encontró en la Farmacia.....A Está tomando otro suplemento de hierro.....B Piensa que no lo requiere.....C Otra (especifique).....X _____ _____	

UF13. Anote la hora: Hora y minutos ____ : ____

UF14. ¿El/la entrevistado(a) es la madre o el encargado de algún otro niño(a) de 0 a 4 años que viva en esta casa?

Sí. ⇒ Vaya al siguiente CUESTIONARIO PARA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS para realizarle al mismo entrevistado.

No. ⇒ Finalice la entrevista con este entrevistado agradeciéndole su cooperación.
 Verifique si no hay algún otro cuestionario de mujeres o de niños menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.
 Vaya a otro cuestionario de mujeres o de niños menores de 5 años.

Observaciones del entrevistador

Observaciones del editor de campo

Observaciones del supervisor