



PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.		
UF1. Código de consultorio: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de línea del niño/a : _____	
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de línea de la madre/persona encargada: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 201_____	

<p>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</p> <p>SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (nombre del niño/a de UF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (nombre del niño/niña de UF3) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede el permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor.</p>	

<p>UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años</p> <p>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</p>	<p>Completa01</p> <p>Ausente.....02</p> <p>Rechazo.....03</p> <p>Incompleta04</p> <p>Incapacitada05</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>
---	---

<p>UF10. Supervisado en campo por (nombre y número):</p> <p>Nombre _____</p>	<p>UF11. Digitado por (nombre y número):</p> <p>Nombre _____</p>
<p>UF12. Anote la hora.</p>	<p>HORA Y MINUTOS.....:_____</p>

EDAD		AG
<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también anote el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</p> <p>Debe anotar el mes y el año.</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día__ __</p> <p>No sabe día98</p> <p>Mes.....__ __</p> <p>Año 20__ __</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p>¿ME PUEDE MOSTRAR LA TARJETA DEL MENOR?</p> <p>Anote la edad en años completos.</p> <p>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</p> <p>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no coinciden.</p>	<p>Edad (en años completos) __</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p>BR1. ¿TIENE O HA TENIDO LA TARJETA DEL MENOR DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLA?</p>	<p>Sí, visto 1</p> <p>Sí, no visto 2</p> <p>No 3</p> <p>No sabe 8</p>	<p>1⇒Siguiente módulo</p> <p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), O HA SOLICITADO LA TARJETA DEL MENOR DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>1⇒Siguiente módulo</p>
<p>BR3. ¿SABE USTED CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p>	

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO		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 PLATOS U OLLAS) U OBJETOS ENCONTRADOS EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, PLATOS DE ANIMALES U HOJAS)?</p> <p>Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juguetes de tienda.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Juguetes caseros.....1	2	8		Juguetes de tienda.....1	2	8		Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8		
	Sí	No	NS															
Juguetes caseros.....1	2	8																
Juguetes de tienda.....1	2	8																
Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8																
<p>EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE SALIR DE 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 DE LA SEMANA PASADA 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’.</p> <p>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/a durante más de una hora.. __</p>																	
<p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p>																		
<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA EDUCATIVO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO CÍRCULO O JARDÍN INFANTIL, GRADO PREESCOLAR DE ESCUELA PRIMARIA O PROGRAMA EDUCA A TU HIJO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																	

<p>EC7. EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON <i>(nombre)</i>: Si es "SI", pregunte: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</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>, INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A <i>(nombre)</i> A PASEAR FUERA DE LA CASA, PATIO U OTRO LUGAR?</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>	<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 <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 AL 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 POPULARES, SENCILLAS?</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?</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> SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				

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/AS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?, ES DECIR ¿TIENE DIFICULTADES PARA MANTENERSE CONCENTRADO EN UNA ACTIVIDAD O TAREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. Verifique AG2: Edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 ó 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 ó 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (<i>nombre</i>) <u>ALGÚN LÍQUIDO UTILIZANDO UN BIBERÓN?</u>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BD5. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)</u> EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....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 A LA NOCHE?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	
BD7. AHORA 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. POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR. ¿BEBIÓ (<i>nombre</i>) (<i>nombre del líquido</i>) AYER DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?		Sí No NS
[A] ¿AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola 1 2 8	
[B] ¿JUGOS NATURALES O EN CONSERVA?	Jugos naturales..... 1 2 8	
[C] ¿CALDO?	Caldo..... 1 2 8	
[D] ¿LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche 1 2 8	
<i>Si es sí:</i> ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) LECHE? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	Número veces bebió leche _	
[E] ¿FÓRMULA DE LECHE PARA BEBÉS (NAN1; NAN2)?	Fórmula de leche 1 2 8	
<i>Si es sí:</i> ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) FÓRMULA DE LECHE (NAN1; NAN2)? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	Número de veces que bebió fórmula _	
[F] ¿ALGÚN OTRO LÍQUIDO? <i>Especifique)</i> _____	Otro líquido..... 1 2 8	

BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. ESTOY INTERESADA EN SABER SI (nombre) INGIRIÓ EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS. POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR. COMIÓ (nombre) AYER (nombre del alimento) DE DÍA O DE NOCHE:		Sí	No	NS
[A] ¿YOGURT?	Yogurt	1	2	8
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)?</i> <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	Número de veces que comió/bebió yogurt....			___
[B] ¿ALGÚN CEREAL PARA NIÑOS A BASE DE (ARROZ, TRIGO, AVENA), EJEMPLO: FORTACHÓN, HARINA LACTEADA, HOJUELAS DE MAÍZ, ETC.?	Fortachón, harina lacteada, etc.	1	2	8
[C] ¿PAN, ARROZ, GALLETAS DE SAL, TRIGO, MAÍZ, AVENA, CHICOTICOS, ESPAGUETIS, CODITOS, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	Pan, arroz, trigo, maíz, avena, chicoticos, etc.....	1	2	8
[D] ¿CALABAZA, ZANAHORIAS, BONIATO QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, boniato, etc.	1	2	8
[E] ¿MALANGAS, PAPAS, ÑAME, YUCA, PLÁTANO VERDE, PLÁTANO BURRO?	Malangas, papas, ñame, plátano verde, etc.....	1	2	8
[F] ¿ACELGA, BERRO, ESPINACA U OTRAS VERDURAS DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS?	Acelga, berro, espinaca	1	2	8
[G] ¿MANGOS MADUROS, FRUTA BOMBA O PAPAYA, CANISTEL?	Mangos maduros, etc.....	1	2	8
[H] ¿ALGUNA OTRA FRUTA COMO: PLATANITO, NARANJA, MAMEY O ZAPOTE, GUANÁBANA, CHIRIMOYA, GUAYABA, MELÓN DE AGUA, TAMARINDO?	Platanito, naranja, etc	1	2	8
[HA] ¿ALGUNA OTRA VERDURA COMO: LECHUGA, COL, HABICHUELA, REMOLACHA, TOMATE, AGUACATE?	Lechuga, col, habichuela	1	2	8
[I] ¿HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VÍSCERAS?	Hígado, riñón, corazón u otras vísceras.....	1	2	8
[J] ¿CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, CHIVO, CARNERO, CONEJO, POLLO O PAVO?	Carne de res, cerdo, chivo, etc.	1	2	8
[K] ¿HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] ¿PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco.....	1	2	8
[M] ¿FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS, GARBANZO, MANÍ, AJONJOLÍ?	Frijoles, chicharos, maní, etc. ...	1	2	8
[N] ¿QUESO, HELADO U OTROS ALIMENTOS <u>HECHOS CON LECHE</u> ?	Queso, helado.....	1	2	8

<p>[O] ¿CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMISÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especifique) _____</p>	<p>Cualquier alimento sólido, semisólido o suave 1 2 8</p>	
<p>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</p> <p><input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10</p>		
<p>BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semisólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semisólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11</p>		
<p>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</p> <p><i>Se refiere a desayuno, almuerzo, meriendas y comida Si es 7 o más veces, anote '7'.</i></p>	<p>Número de veces _</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>BD12. ¿SE LE AÑADIÓ A ALGUNA COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA, AZÚCAR, MIEL O LE DIO ALGÚN CARAMELO?</p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Azúcar, miel y caramelos 1 2 8</p>	
<p>BD13. ¿SE LE AÑADIÓ A ALGUNA COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA, ACEITE, QUESO CREMA, MANTEQUILLA O MAYONESA?</p>	<p>Grasas..... 1 2 8</p>	

INMUNIZACIÓN		IM								
Si está disponible la tarjeta de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM20 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)? (Si la respuesta es "sí", pregunte) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?	Sí, visto	1								1⇒IM3
	Sí, no visto	2								2⇒IM6
	No hay tarjeta	3								
IM2. ¿TUVO ALGUNA VEZ UNA TARJETA DE VACUNACIÓN DE (nombre)?	Sí.....	1								1⇒IM6
	No	2								2⇒IM6
IM2A. Recuperado del consultorio	Sí.....	1								
	No.....	2								
IM3.	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)	DPT HBH1									
DPT + HB + Hib (4 meses)	DPT HBH2									
DPT + HB + Hib (6 meses)	DPT HBH3									
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									
DPT REACTIVACIÓN (18 meses)	DPT_R									
Hib1 (2 meses, madre + HBsAG)	Hib1									
Hib2 (4 meses, madre + HBsAG)	Hib2									
Hib3 (6 meses, madre + HBsAG)	Hib3									
Hib REACTIVACIÓN (18 meses)	Hib_R									
POLIO 1 (campana del 2 al 9 de marzo 2012 1ra etapa)	OPV1									
POLIO 2 (campana del 20 al 27 de abril 2012 2da etapa)	OPV2									
POLIO 3 (campana del 1 al 7 de marzo 2013 1ra etapa)	OPV3									
POLIO 4 (campana del 19 al 25 de abril de 2013 2da etapa)	OPV4									

<p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿SE LE PUSO A (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN JORNADAS O CAMPAÑAS DE INMUNIZACIÓN?</p> <p>Sí 1 ⇒ <i>Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente al módulo siguiente CUIDADO DE ENFERMEDADES.</i></p> <p>No/NS 2 ⇒ <i>Continúe con el módulo siguiente CUIDADO DE ENFERMEDADES.</i></p>		
<p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA JORNADA O CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p> <p>8⇒Siguiente módulo</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</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p>IM8. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ “UNA VACUNA EN GOTAS VÍA ORAL” 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 (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA POLIO? <i>Indague para no confundir campaña con dosis.</i></p>	<p>Número de veces..... —</p>	
<p>IM11. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) “INYECCIONES DE LA VACUNA DPT + HB +HIB” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO – CONOCIDA COMO PENTAVALENTE, PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA, LA DIFTERIA, LA HEPATITIS B Y NEUMONÍAS Y MENINGITIS CAUSADAS POR EL HAEMOPHILUS INFLUENZAE B? <i>Indague e indique que la vacuna Pentavalente se pone a los 2 meses, a los 4 y a los 6 meses de edad</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>NS 8</p>	<p>2⇒IM13</p> <p>8⇒IM13</p>
<p>IM12. ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA DPT + HB +HIB A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces..... —</p>	
<p>IM13. ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIÓN 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>NS 8</p>	<p>2⇒IM15A</p> <p>8⇒IM15A</p>
<p>IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p>IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B? <i>Indague e indique que la vacuna contra la Hepatitis B se pone al nacer para todos los niños y al mes., a los 2 y a los 12 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B</i></p>	<p>Número de veces..... —</p>	

IM15A. ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA INYECCIÓN DE HIB; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR NEUMONÍAS Y MENINGITIS CAUSADAS POR EL HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM15B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HIB?	Número de veces..... —	
IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ “INYECCIONES DE VACUNA CONTRA LA PAPERAS, RUBÉOLA Y SARAMPIÓN” O PRS – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS?	Sí..... 1 No 2 NS 8	
IM17. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) “INYECCIONES DE LA VACUNA DPT” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR LA DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS <i>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 y a los 18 meses para todos los niños</i>	Sí..... 1 No 2 NS 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM18. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA DPT?	Número de veces..... —	
IM19. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) “INYECCIONES DE LA VACUNA AM-BC” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO CONTRA EL MENINGOCOCO B Y C <i>Indague e indique que la vacuna AM-BC se pone a los 3 y 5 meses de edad</i>	Sí..... 1 No 2 NS 8	2⇒Siguiete módulo 8⇒Siguiete módulo
IM20. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA AM-BC?	Número de veces..... —	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. ¿TUVO (nombre) DIARREA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?	Sí..... 1	2⇒CA6A
	No..... 2	
	No sabe..... 8	
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (nombre) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUSO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (nombre) TUVO DIARREA, ¿LE DIO DE 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	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (nombre) ESTUVO CON DIARREA, ¿LE DIÓ DE COMER MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIÓ NADA? <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Casi lo mismo..... 3	
	Más..... 4	
	No se le dio nada para tomar..... 5	
	No sabe..... 8	
	Mucho menos..... 1	
	Un poco menos..... 2	
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA DE ALGUNA FUENTE?	Casi lo mismo..... 3	2⇒CA4
	Más..... 4	
	No sabe..... 8	
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circle todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.	Suspendió la comida..... 5	
	Nunca se le dio de comer..... 6	
	Sí..... 1	
	No..... 2	
	No sabe..... 8	
	Sector público	
	Hospital..... A	
	Policlínico..... B	
	Consultorio del Médico de la Familia..... C	
	Médico pariente, vecino/a o amigo/a..... D	
Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a..... E		
Otro público (<i>especifique</i>)..... H		
Otras fuentes		
Pariente / amigo/a no médico..... P		
Tienda..... Q		
Curandero/a..... R		
Otro (<i>especifique</i>)..... X		

<p>CA4. ¿DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A TOMAR A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] UN LÍQUIDO PREPARADO CON SALES QUE VIENE EN UN PAQUETE LLAMADO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL?</p> <p>[B] ALGÚN FLUIDO DE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL PRE-ENVASADO PARA DIARREA?</p> <p>Especifique el nombre del fluido pre- envasado</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de Sales de Rehidratación Oral en Paquete</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fluido de Sales de Rehidratación Oral pre-envasado</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de Sales de Rehidratación Oral en Paquete	1	2	8	Fluido de Sales de Rehidratación Oral pre-envasado	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Fluido de Sales de Rehidratación Oral en Paquete	1	2	8											
Fluido de Sales de Rehidratación Oral pre-envasado	1	2	8											
<p>CA4A. Verifique CA4: SRO</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a se le dió algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇒ Vaya a CA4C</p>														
<p>CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL?</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p>	<p>Sector público</p> <p>Farmacia..... 10</p> <p>Hospital..... 11</p> <p>Policlínico 12</p> <p>Consultorio del Médico de la Familia 13</p> <p>Médico pariente, vecino/a o amigo/a 14</p> <p>Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a 15</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) _____ 16</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente / amigo/a no médico..... 31</p> <p>Tienda 32</p> <p>Curandero/a..... 33</p> <p>Ya lo tenía en casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)..... 96</p>													
<p>CA4C. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:</p> <p>[A] TABLETAS DE ZINC?</p> <p>[B] JARABE DE ZINC?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Tabletas de zinc	1	2	8	Jarabe de zinc	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Tabletas de zinc	1	2	8											
Jarabe de zinc	1	2	8											

CA4D. Verifique CA4C: ¿Se le dio zinc?		
<input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA5		
CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Farmacia..... 10 Hospital..... 11 Policlínico 12 Consultorio del Médico de la Familia 13 Médico pariente, vecino/a o amigo/a 14 Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a 15 Otro público (<i>especifique</i>) _____ 16 Otra fuente Pariente / amigo/a no médico..... 31 Tienda 32 Curandero/a..... 33 Ya lo tenía en casa 40 Otro (<i>especifique</i>)..... 96	
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS? <i>Circule todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i> _____ (Nombre)	Pastilla o jarabe Antibiótico A Antiespasmódico B Otras pastillas o jarabes (no antibióticos, antiespasmódico o zinc)..... G No sabe tipo de pastilla o jarabe H Inyección Antibiótica L No antibiótica..... M No sabe tipo de inyección N Intravenosa..... O Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q Otros (<i>especifique</i>) _____ X	
CA6A. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	
CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	2⇒CA9A 8⇒CA9A
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⇒CA10 8⇒CA10

CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O ESTAR RESFRIADO?	Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moquee solamente 2 Ambos 3 Otros (<i>especifique</i>) _____ 6 No sabe 8	1⇒ CA10 2⇒ CA10 3⇒ CA10 6⇒ CA10 8⇒ CA10
CA9A. Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre? <input type="checkbox"/> El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10 <input type="checkbox"/> El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14		
CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE ALGUNA FUENTE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Hospital..... A Policlínico B Consultorio del Médico de la Familia C Médico pariente, vecino/a o amigo/a D Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a E Otro público (<i>especifique</i>) _____ H Otras fuentes Pariente / amigo/a no médico..... P Tienda Q Curandero/a R Abuela..... S Otro (<i>especifique</i>) _____ X	
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? Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote los nombres comerciales de todos los medicamentos que se mencionen. _____ (Nombre)	Antibióticos Pastilla / Jarabe I Inyección J Otros medicamentos: Paracetamol/Duralgina/Acetaminofeno.. P Aspirina..... Q Ibuprofeno R Otro (<i>especifique</i>) _____ X No sabe Z	
CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I ó J)? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14		

<p>CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (<i>nombre del medicamento en CA13</i>)?</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p>	<p>Sector público</p> <p>Farmacia..... 10</p> <p>Hospital..... 11</p> <p>Policlínico 12</p> <p>Consultorio del Médico de la Familia 13</p> <p>Médico pariente, vecino/a o amigo/a 14</p> <p>Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a 15</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) _____ 16</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente / amigo/a no médico..... 31</p> <p>Tienda 32</p> <p>Curandero/a 33</p> <p>Ya lo tenía en casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: ¿Edad del niño/a?</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a de 0,1 ó 2 años ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a de 3 ó 4 años ⇒ Pase a UF13</p>		
<p>CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) 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>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p> <p>No sabe 98</p>	

<p>UF13. Anote la hora.</p>	<p>Hora y minutos :</p>	
------------------------------------	-------------------------------------	--

<p>UF14. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</p> <p>¿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?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que más tarde se medirán el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame más tarde se medirán el peso y la talla del niño/a.</p> <p>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, de hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</p>

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

Observaciones del medidor

