



CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES CUBA

| PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER | | WM |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver columna HL7 del Formulado de Listado de miembros del hogar). Llene un cuestionario para cada mujer elegible.</i> | | |
| WM1. Código del consultorio: _____ | WM2. Número de hogar: _____ | |
| WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____ | WM4. Número de línea de la mujer: _____ | |
| WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____ | WM6. Día/Mes/Año de la entrevista: _____ / _____ / 201__ | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Repita el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer:</i></p> <p>SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p> | <p><i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p> |
| <p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede permiso</i> ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso</i> ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</p> | |

| | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WM7. Resultado de la encuesta a la mujer | Completa 01 Ausente 02 Rechazo 03 Incompleta 04 Incapacitada 05 Otro (<i>especifique</i>) _____ 96 |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| WM8. Supervisado en campo por (nombre y número): Nombre _____ | WM9. Digitado por (nombre y número): Nombre _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| WM10. Anote la hora. | Hora y minutos : | |
|-----------------------------|------------------------------|--|

| ANTECEDENTES DE LA MUJER | | WB |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED? | Fecha de nacimiento: Mes __ __ No sabe el mes 98 Año..... __ __ __ __ No sabe el año..... 9998 | |
| WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i> | Edad (en años completos)..... __ __ | |
| WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR? | Sí.....1 No2 | 2⇒ Siguiete módulo |
| WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA? | Preescolar.....0 Primaria (00 - 06).....1 Secundaria (00 - 03).....2 Obrero Calificado (00 – 05).....3 Pre Universitario/Técnico (00 – 05).....4 Superior (00 – 07).....5 | 0⇒ Siguiete módulo |
| WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE USTED COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer grado de este nivel no se completó, anote “00”</i> | Grado __ __ | |

| MÓDULO DE NACIMIENTOS | | CM |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <i>Todas las preguntas se refieren sólo a los niños/as nacidos vivos.</i> | | |
| CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS HIJOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒CM8 |
| CM2. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE SU PRIMER HIJO? ME REFIERO A LA PRIMERA VEZ QUE USTED DIO A LUZ, AUNQUE EL NIÑO/ A NO ESTÉ VIVO/ A O SI EL NIÑO/ A ES DE OTRO HOMBRE DIFERENTE A SU ACTUAL ESPOSO/ COMPAÑERO. <i>Salte directamente a CM4 sólo si se informa el año del primer nacimiento. De lo contrario, continúe con CM3.</i> | Fecha del primer nacimiento Mes No sabe el mes..... 98 Año..... No sabe el año..... 9998 | ⇒CM4 Si sabe el año |
| CM3. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE USTED TUVO SU PRIMER HIJO? | Años completos desde el primer nacimiento ____ | |
| CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA DADO A LUZ Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒CM6 |
| CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i> | Hijos varones viviendo en casa Hijas viviendo en casa | |
| CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/SO HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA DADO A LUZ PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒CM8 |
| CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i> | Hijos varones en otro lugar..... Hijas en otro lugar..... | |
| CM8. ¿HA DADO A LUZ ALGUNA VEZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS? <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:</i> ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS | Sí..... 1 No 2 | 2⇒CM10 |
| CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i> | Niños varones fallecidos..... Niñas fallecidas..... | |
| CM10. Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9. | Total | |

CM11. SÓLO PARA ESTAR SEGURA DE QUE TENGO LA INFORMACIÓN CORRECTA, USTED TUVO EN TOTAL (número total en CM10) HIJOS NACIDOS VIVOS DURANTE TODA SU VIDA. ¿ES ESTO CORRECTO?

Sí. Marque abajo:

No nacidos vivos ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con CM12

No ⇒ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>CM12. DE ESTOS (número total en CM10) NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ AL ÚLTIMO HIJO (AÚN CUANDO ÉL O ELLA HAYA FALLECIDO)?</p> <p>Se debe anotar el mes y el año</p> | <p>Fecha del último nacimiento</p> <p>Mes ____</p> <p>Año..... ____</p> | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|

CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la entrevista) de 2012

No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

Sí, tuvo uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Pregunte el nombre del último niño nacido/la última niña nacida.

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño/a por su nombre en los módulos siguientes.

Continúe con el siguiente módulo.

| ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO | | DB |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13 _____.</i></p> <p><i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, donde se indique.</i></p> | | |
| <p>DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> | <p>1⇒Siguiente módulo</p> |
| <p>DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?</p> | <p>Más adelante 1</p> <p>No más 2</p> | <p>2⇒Siguiente módulo</p> |
| <p>DB3. ¿CUÁNTO MÁS TIEMPO QUERÍA USTED ESPERAR?</p> <p><i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i></p> | <p>Meses 1__</p> <p>Años..... 2__</p> <p>No sabe 998</p> | |

| SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO | | MN | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|-----------------------|---|---|-----------------------|---|---|------------------------|---|---|------------------|---|---|--|
| <p><i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____.</i></p> <p><i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, donde se indique.</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA LA CONSULTA PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)? | Sí..... 1 No..... 2 | 2⇒MN4AA | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i> | Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Otro (especifique)..... X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN2A. ¿DE CUÁNTAS SEMANAS O MESES ESTABA USTED EMBARAZADA CUANDO RECIBIÓ CONSULTA PRENATAL POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? <i>Registre la respuesta en la forma dada por la entrevistada.</i> | Semanas..... 1 __ __ Meses..... 2 0 __ No sabe..... 998 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN3. ¿CUÁNTAS CONSULTAS PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i> | Número de veces..... __ __ No sabe..... 98 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN4. COMO PARTE DE SU CHEQUEO PRENATAL, ¿LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?: [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? [D] ¿LE REALIZARON ULTRASONIDO? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ultrasonido.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Sí | No | Presión arterial..... | 1 | 2 | Muestra de orina..... | 1 | 2 | Muestra de sangre..... | 1 | 2 | Ultrasonido..... | 1 | 2 | |
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muestra de orina..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muestra de sangre..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ultrasonido..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN4AA. ¿TUVO ALGUNA DIFICULTAD CON SU PESO CORPORAL AL INICIO DE SU EMBARAZO QUE HAYA SIDO SEÑALADO POR SU MÉDICO? | Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 | 2⇒MN4CA 8⇒MN4CA | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN4BA. ¿QUÉ DIFICULTAD TUVO CON SU PESO CORPORAL AL INICIO DE SU EMBARAZO? | Bajo peso..... 1 Sobre peso..... 2 Obesa..... 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN4CA. ¿CÓMO FUE SU GANANCIA DE PESO CORPORAL EN EL EMBARAZO? | Normal..... 1 Poca ganancia..... 2 Mucha ganancia..... 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MN4DA. ¿DURANTE EL EMBARAZO ALGUNA VEZ SU MÉDICO LE INDICÓ LA INGESTIÓN DE ALGÚN SUPLEMENTO DE HIERRO COMO PRENATAL O FUMARATO FERROSO? | Sí..... 1 No..... 2 | 2⇒MN6 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| MN4EA. ¿INGIRIÓ EL SUPLEMENTO DE HIERRO SEGÚN LA INDICACIÓN DEL MÉDICO? | Sí..... 1 No..... 2 | 1⇒MN6 |
| MN4FA. ¿PORQUÉ NO LO INGIRIÓ? ¿ALGUNA OTRA RAZÓN? <i>(Marque todas las que refiera)</i> | Porque no lo encontró en farmaciaA Está tomando otro suplemento o vitaminaB Piensa que no lo requiere.....C Se le olvidaD Le causa estreñimientoE Otra (especifique) _____ X | |
| MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER? | Sí..... 1 No 2 No sabe 8 | 2⇒MN9 8⇒MN9 |
| MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? | Número de veces..... __ No sabe 8 | 8⇒MN9 |
| MN8. ¿Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7? <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9 | | |
| MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), YA SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A? | Sí..... 1 No.....2 No sabe.....8 | 2⇒MN17 8⇒MN17 |
| MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i> | Cantidad de veces..... __ No sabe 8 | 8⇒MN17 |
| MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i> | Hace (años) __ __ | |
| MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿ALGUIEN MÁS? <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i> | Profesional de la salud: MédicoA Enfermera obstétricaB Otra enfermera o auxiliarC Otra persona: Pariente o amigoH Otro (especifique) _____ X Nadie Y | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (<i>nombre</i>)? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> | Hogar Casa de la entrevistada 11 Otra casa 12 Sector público Hospital 21 Policlínico 22 Consultorio del Médico de la Familia 23 Otra institución de salud (<i>especifique</i>) 26 Otro (<i>especifique</i>) 96 | 11⇒MN20 12⇒MN20 23⇒MN20 26⇒MN20 96⇒MN20 |
| MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? | Sí 1 No 2 | 2⇒MN20 |
| MN19A. ¿CUÁNDO SE TOMÓ LA DECISIÓN DE REALIZARLE LA CESÁREA DE (<i>nombre</i>) FUE ANTES O DESPUÉS DE HABERLE COMENZADO LOS DOLORES DEL PARTO? | Antes 1 Después 2 | |
| MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO? | Muy grande 1 Más grande que el promedio 2 Tamaño promedio 3 Más pequeño que el promedio 4 Muy pequeño 5 No sabe 8 | |
| MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER? | Sí 1 No 2 No sabe 8 | 2⇒MN23 8⇒MN23 |
| MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>) AL NACER? <i>Transcriba el peso del carnet del niño, si está disponible.</i> <i>Solicite el carnet del niño para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas</i> <i>Sólo si el carnet no está disponible anote la respuesta de la madre ya sea en gramos o en libras en el espacio correspondiente</i> | De la tarjeta 1 (g) ____ De memoria 2 (g) ____ De memoria 3 (lbs.onz) ____ No sabe 99998 | |
| MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)? | Sí 1 No 2 | |
| MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (<i>nombre</i>)? | Sí 1 No 2 | 2⇒Siguiente módulo |
| MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO TRANSCURRIÓ HASTA QUE LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.</i> <i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i> | Inmediatamente 000 Horas 1 ____ Días 2 ____ No sabe/no recuerda 998 | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒Siguiente módulo |
| MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS? (Marque todas las que refiera) | Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola..... B Agua con azúcar o con glucosa C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés..... G Té / infusiones H Miel I Otro (<i>especifique</i>)..... X | |

| CONTROLES DE SALUD POST-NATAL | | PN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____. Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.</p> | | |
| <p>PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en una institución de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en una institución de salud (MN18=21-26) ⇒ Continúe con PN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en una institución de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN6</p> | | |
| <p>PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DESPUÉS DE CONCLUIDO EL PARTO, DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>Tipo de centro en MN18</i>). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p> | <p>Horas 1 ___</p> <p>Días..... 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>No sabe / no recuerda 998</p> | |
| <p>PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DEL ALTA.</p> <p>¿ANTES DE QUE SE FUERA DEL (<i>Tipo de centro en MN18</i>), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Sí..... 1 No..... 2</p> | |
| <p>PN4. ¿Y A USTED LA EXAMINARON PARA SABER SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE ALTA DEL (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p> | <p>Sí..... 1 No..... 2</p> | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE ALTA DEL (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>).</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DEL (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p> |
| <p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud (MN17=A-C) ⇒ Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud (A-C no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p> | | |
| <p>PN7. USTED YA HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>TRAS EL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | |
| <p>PN8. ¿Y A USTED (<i>persona o personas en MN17</i>) LA EXAMINÓ ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | |
| <p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p> |
| <p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A (<i>nombre</i>), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>TRAS EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>2⇒PN19</p> |
| <p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p> | <p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p> | <p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p> |
| <p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO <u>DESPUÉS DEL PARTO</u> SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO <u>DESPUÉS DEL PARTO</u> SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p> | <p>Horas 1 ___</p> <p>Días..... 2 ___</p> <p>Semanas..... 3 ___</p> <p>No sabe/no recuerda 998</p> | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>) EN AQUEL MOMENTO? | Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Otro/a (<i>especifique</i>) _____ X | |
| PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> | Hogar Hogar de la entrevistada 11 Otro hogar 12 Sector público Hospital 21 Policlínico 22 Consultorio del Médico de la Familia ... 23 Otra institución de salud (<i>especifique</i>) _____ 26 Otro sitio (<i>especifique</i>) _____ 96 | |
| PN14A. ¿LE HICIERON A (<i>nombre</i>) LA PRUEBA QUE CONSISTE EN UN PINCHAZO EN EL TALÓN Y SE HACE ALREDEDOR DEL QUINTO DÍA DE NACIDO? | Sí..... 1 No..... 2 | |
| PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un centro de salud? <input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-26) ⇒ Continúe con PN16 <input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN17 | | |
| PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DEL (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>), ¿ALGUIEN LA EXAMINÓ A USTED? | Sí..... 1 No..... 2 | 1⇒PN20 2⇒Siguiete módulo |
| PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud? <input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud (MN17=A-C) ⇒ Continúe con PN18 <input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud (A-C no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19 | | |
| PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>persona o personas en MN17</i>), ALGUIEN LA EXAMINÓ A <u>USTED</u> ? | Sí..... 1 No..... 2 | 1⇒PN20 2⇒Siguiete módulo |
| PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED</u> ? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS O EXAMINÁNDOLA. | Sí..... 1 No..... 2 | 2⇒Siguiete módulo |
| PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ? | Una vez..... 1 Más de una vez..... 2 | 1⇒PN21A 2⇒PN21B |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p> | <p>Horas 1 ___</p> <p>Días..... 2 ___</p> <p>Semanas..... 3 ___</p> <p>No sabe/no recuerda 998</p> | |
| <p>PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?</p> | <p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Otro/a (<i>especifique</i>) X</p> | |
| <p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> | <p>Hogar</p> <p>Hogar de la entrevistada 11</p> <p>Otro hogar 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital 21</p> <p>Policlínico 22</p> <p>Consultorio del Médico de la Familia... 23</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) 26</p> <p>Otro sitio (<i>especifique</i>) 96</p> | |

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD**IS**

IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?

Sí ⇒ Continúe con IS2.

No ⇒ Vaya al siguiente módulo USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD.
¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?

Indague:

¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.

Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias

El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A

El niño/a empeora B

El niño/a comienza a tener fiebre..... C

El niño/a tiene respiración rápida D

El niño/a tiene dificultad para respirar E

El niño/a tiene sangre en las heces F

El niño/a ingiere poco líquido G

Otro (*especifique*) X

Otro (*especifique*) Y

Otro (*especifique*) Z

| USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | | CP |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?</p> | <p>Sí, actualmente embarazada 1</p> <p>No 2</p> <p>No está segura o no sabe 8</p> | 1⇒CP2A |
| <p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | 1⇒CP3 |
| <p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | 1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo |
| <p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</p> | <p>Esterilización femeninaA</p> <p>Esterilización masculinaB</p> <p>DIU C</p> <p>Inyecciones D</p> <p>Implantes.....E</p> <p>PíldorasF</p> <p>Condón masculino G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Jalea/Espuma..... J</p> <p>Método de amenorrea por lactancia (MELA)K</p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo..... L</p> <p>Retiro..... M</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> | |

| NECESIDAD NO SATISFECHA | | UN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5 | | |
| UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA ESTAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO? | Sí..... 1 No..... 2 | 1⇒UN4 |
| UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO DESEABA TENER MÁS HIJOS/AS? | Más tarde..... 1 No más 2 | |
| UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS? | Tener otro hijo/a 1 No más/ninguno 2 No ha decidido/No sabe 8 | 1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13 |
| UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6 | | |
| UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A, O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S? | Tener (un/otro) hijo/a 1 No más/ninguno..... 2 Dice que no puede quedar embarazada 3 No lo ha decidido/No sabe 8 | 2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9 |
| UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i> | Meses 1 ___ Años 2 ___ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada ... 994 Después del casamiento 995 Otro 996 No sabe 998 | 994⇒UN11 |
| UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9 | | |
| UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10 | | |
| UN10. ¿CREE QUE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS DE QUEDAR EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO? | Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 | 1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13 |
| UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA? | Relaciones sexuales infrecuentes /No tiene relaciones sexuales A Menopausia B Nunca menstruó C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados E Amenorrea post parto F Amamantamiento G Muy vieja H Fatalista I Otro (<i>especifique</i>) _____ X No sabe Z | |
| UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya al Siguiendo módulo | | |
| <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN13 | | |
| UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada | Hace días 1 ___ Hace semanas..... 2 ___ Hace meses..... 3 ___ Hace años 4 ___ En la menopausia/se le ha realizado histerectomía 994 Antes del último nacimiento 995 Nunca menstruó 996 | |

| ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA | | DV |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| DV1A. ¿CONOCE USTED ALGUNA MUJER, QUE HAYA SIDO GOLPEADA POR SU ESPOSO? | Sí..... 1 No..... 2 | |
| DV1. A VECES, UN ESPOSO SE MOLESTA O SE PONE FURIOSO POR COSAS QUE SU ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES: | | Sí No NS |
| [A] ¿SI ELLA LLEGA TARDE SIN AVISARLE? | Llega tarde sin avisarle 1 | 2 8 |
| [B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS? | Descuida a los niños/as 1 | 2 8 |
| [C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL? | Discute con él..... 1 | 2 8 |
| [D] ¿SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL? | Se niega a tener relaciones sexuales..... 1 | 2 8 |
| [E] ¿SI ÉL NO SE SIENTE ATENDIDO? | No se siente atendido..... 1 | 2 8 |
| [F] ¿SI ELLA LE ES INFIEL? | Le es infiel 1 | 2 8 |

| MATRIMONIO/UNIÓN | | MA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? | Sí, actualmente casada..... 1 Sí, viviendo con un hombre..... 2 No, no en unión 3 | 3⇒MA5 |
| MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)? | Edad en años __ __ No sabe 98 | ⇒MA7 98⇒MA7 |
| MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? | Sí, casada en el pasado..... 1 Sí, vivió con un hombre en el pasado 2 No..... 3 | 3⇒Siguiente módulo |
| MA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA? | Viuda 1 Divorciada 2 Separada 3 | |
| MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ? | Sólo una vez..... 1 Más de una vez..... 2 | 1⇒MA8A 2⇒MA8B |
| MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? | Fecha del (primer) matrimonio Mes..... __ __ No sabe en qué mes 98 | |
| MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED POR PRIMERA VEZ O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? | Año __ __ __ __ No sabe en qué año..... 9998 | ⇒Siguiente módulo |
| MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (PRIMER) ESPOSO/PAREJA? | Edad en años __ __ | |

| COMPORTAMIENTO SEXUAL | | SB |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <i>Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.</i> | | |
| SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL PARA COMPRENDER MEJOR ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA FAMILIAR. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDA SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL? | Nunca tuvo relaciones sexuales00 Edad en años __ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/pareja.....95 | 00⇒Siguiente módulo |
| SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES SE USO CONDÓN? | Sí.1 No2 No sabe/no recuerda.....8 | |
| SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES? <i>Anote las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).</i> <i>Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta debe anotarse en años.</i> | Hace días 1 __ __ Hace semanas 2 __ __ Hace meses 3 __ __ Hace años 4 __ __ | 4⇒SB15 |
| SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES SE USO CONDÓN? | Sí.1 No2 | |
| SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i> <i>Si es "novio", pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i> | Esposo.....1 Pareja conviviente2 Novio/prometido3 Compañero casual4 Otro (<i>especifique</i>) 6 | 3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7 |
| SB6. <i>Verifique MA1:</i> <input type="checkbox"/> <i>Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 ó 2) ⇒Vaya a SB8</i> <input type="checkbox"/> <i>No casada/No en unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7</i> | | |
| SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? <i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? | Edad de la pareja sexual..... __ __ No sabe98 | |
| SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Sí.1 No2 | 2⇒SB15 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN? | Sí..... 1 No..... 2 | |
| SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el "novio", pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i> | Esposo..... 1 Compañero conviviente..... 2 Novio 3 Compañero casual 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 | 3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12 |
| SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 ó 2) y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Vaya a SB13 <input type="checkbox"/> Otro. Continúe con SB12 | | |
| SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? | Edad del compañero sexual..... __ __ No sabe 98 | |
| SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Sí..... 1 No..... 2 | 2⇒SB15 |
| SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Cantidad de compañeros __ __ | |
| SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote "95".</i> | Numero de compañeros en toda su vida__ __ No sabe 98 | |

| VIH/SIDA | | | | HA | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------|--------------------|----|---------------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|----------------|---|---|--|--|--|
| HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA? | Sí.....1 | No.....2 | | 2⇒Siguiente módulo | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ LACTANDO O AMAMANTANDO? | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">NS</td> </tr> <tr> <td>Durante el embarazo.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lactando.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </table> | | Sí | No | NS | Durante el embarazo.....1 | 2 | 8 | | Durante el parto.....1 | 2 | 8 | | Lactando.....1 | 2 | 8 | | | |
| | Sí | No | NS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante el embarazo.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante el parto.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lactando.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA, PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe/no está segura/depende.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe/no está segura/depende.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe/no está segura/depende.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA? | Sí.....1 | No.....2 | No sabe/no está segura/depende.....8 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| HA13. Verifique CM13: ¿Algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= "No" o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|----|---------|-----------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|--------------------------------|---|---|--|--------------------------------|---|---|--|--|
| HA14. Verifique MN1: Recibió atención prenatal <input type="checkbox"/> Recibió atención prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE BRINDÓ INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE SUS MADRES? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse la prueba del SIDA...1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Sí | No | No sabe | SIDA de la madre..... | 1 | 2 | 8 | Cosas que hacer..... | 1 | 2 | 8 | Hacerse la prueba del SIDA...1 | 2 | 8 | | Se le ofreció una prueba.....1 | 2 | 8 | | |
| | Sí | No | No sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIDA de la madre..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cosas que hacer..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hacerse la prueba del SIDA...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se le ofreció una prueba.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES? | Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 | 2⇒HA19 8⇒HA19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 | 2⇒HA22 8⇒HA22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA PUEDEN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA? | Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 | 1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ Vaya a HA24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DURANTE SU LABOR DE PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ? | Sí.....1 No.....2 | 2⇒HA24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí.....1 No.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO? | Sí.....1 No.....2 | 1⇒HA25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA? | Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 | 1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 3⇒Siguiente módulo |
| HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA? | Sí..... 1 No..... 2 | 2⇒HA27 |
| HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA? | Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3 | |
| HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBÍÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 | 1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo |
| HA27. ¿CONOCE USTED ALGÚN LUGAR AL QUE LA POBLACIÓN PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA? | Sí..... 1 No..... 2 | |

| CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL | | TA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| TA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS CACHADAS? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA6 |
| TA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ? | Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ____ | 00⇒TA6 |
| TA3. ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA6 |
| TA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ? | Número de cigarrillos..... ____ | |
| TA5. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i> | Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30 | |
| TA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO POR EJEMPLO, TABACO, PIPA? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA10 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| TA7. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA10 |
| TA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? <i>Circule todos los productos mencionados.</i> | Tabaco o puro..... A Cigarrillos C Pipa..... D Otros (<i>especifique</i>) X | |
| TA9. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA FUMAR? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10". Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i> | Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30 | |
| TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBO ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA14 |
| TA11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒TA14 |
| TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? <i>Circule todos los productos mencionados.</i> | Tabaco de mascar A Otros (<i>especifique</i>) X | |
| TA13. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10". Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i> | Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30 | |
| TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ? | Sí..... 1 No 2 | 2⇒WM11 |
| TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE COÑAC, VODKA, WHISKEY O RON. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS? | Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ____ | 00⇒WM11 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p>TA16. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL?</p> <p><i>Si la entrevistada no tomó ninguno, circule "00".</i> <i>Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i></p> | <p>No tomó un trago de alcohol en el último mes 00</p> <p>Número de días 0 ____</p> <p>10 días o más pero menos de un mes 10</p> <p>Todos los días / casi todos los días..... 30</p> | <p>00⇒WM11</p> |
| <p>TA17. EN EL ÚLTIMO MES, EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?</p> | <p>Número de tragos ____ ____</p> | |

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <p>WM11. Anote la hora.</p> | <p>Hora y minutos..... ____ : ____</p> | |
|------------------------------------|----------------------------------------|--|

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>WM12. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15. ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor