



PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
UF1. Código de consultorio: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	UF4. Nombre y número de la madre/cuidadora: NOMBRE _____	
UF5. Nombre y número del entrevistador: NOMBRE _____	UF6. Nombre y número del supervisor: NOMBRE _____	
UF7. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2 0 1 _____	UF8. Anote la hora:	HORAS : MINUTOS _____ : _____

Verifique la edad del encuestado en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, verifique que se obtenga el consentimiento del adulto para la entrevista (HH33 o HH39) o que no sea necesario (HL20=90). Si el consentimiento fuera necesario y no se obtuviera, no se iniciará la entrevista y deberá circular '06' en UF17. El encuestado deberá tener, por lo menos, 15 años de edad.

UF9. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a este encuestado para otro cuestionario?	SÍ, YA ENTREVISTADO.....1 NO, PRIMERA ENTREVISTA ..2	1 ⇒UF10B 2 ⇒UF10A
UF10A. . Hola, me llamo (su nombre). Somos del Ministerio de Salud Pública. Estamos realizando en una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de la salud y bienestar de (nombre del niño/a de UF3). La entrevista durará aproximadamente 35 minutos. Toda la información que obtengamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y de forma anónima. Si desea no responder a alguna pregunta, o desea interrumpir la entrevista, dígame. ¿Puedo comenzar ahora?	UF10B. Me gustaría hablarle ahora más en detalle sobre la salud y bienestar de (nombre del niño/a de UF3). Esta entrevista durará aproximadamente 35 minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna pregunta o preguntas, o desea interrumpir la entrevista, dígame. ¿Puedo comenzar ahora?	
SÍ1 NO, NO SE CONCEDE PERMISO.....2	1 ⇒ Módulo de ANTECEDENTES DEL NIÑO/A MENOR DE CINCO 2 ⇒UF17	

UF17. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años. Los códigos se refieren a la madre/persona encargada. Comente con su supervisor cualquier resultado no completado.	COMPLETADA 01 AUSENTE 02 RECHAZO 03 COMPLETADA PARCIALMENTE 04 INCAPACITADO (especifique) _____ 05 NO HAY CONSENTIMIENTO DE ADULTO PARA MADRE/ CUIDADORA DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD ... 06 OTRO (especifique) _____ 96
--	---

ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<p>UB0. Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer la tarjeta del menor y el carné de salud infantil de (nombre)? Necesitaremos referirnos a esos documentos.</p>		
<p>UB1. ¿En qué día, mes y año nació (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Cuándo es su cumpleaños?</p> <p><i>Si la madre/ cuidadora conoce la fecha exacta de nacimiento, anote también el día; de lo contrario, circule '98' para el día.</i></p> <p><i>El mes y el año <u>deben</u> ser anotados.</i></p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>DÍA _ _</p> <p>NS DÍA 98</p> <p>MES _ _</p> <p>AÑO..... <u>2</u> <u>0</u> <u>1</u> _ _</p>	
<p>UB2. ¿Qué edad tiene (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Qué edad tenía (nombre) en su último cumpleaños?</p> <p><i>Anote la edad en años cumplidos.</i></p> <p><i>Anote '0' si es inferior a 1 año.</i></p> <p><i>Si las respuestas a UB1 y UB2 son inconsistentes, indague más y corrija.</i></p>	<p>EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS) _</p>	
<p>UB3. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0 1</p> <p>EDAD 1 A 4 2</p>	<p>1 ⇒Fin</p>
<p>UB4. Verifique el número de línea del encuestado (UF4) y el encuestado en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):</p>	<p>ENCUESTADO ES EL MISMO, UF4=HH47..... 1</p> <p>ENCUESTADO NO ES EL MISMO, UF4≠HH47 2</p>	<p>2 ⇒UB6</p>
<p>UB5. Verifique ED10 en el MÓDULO DE EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asiste el niño/a a Educación para la primera infancia en el actual curso escolar?</p>	<p>SÍ, ED10=0 1</p> <p>NO, ED10≠0 O EN BLANCO 2</p>	<p>1 ⇒UB8B</p> <p>2 ⇒Fin</p>
<p>UB6. ¿Ha (nombre) asistido alguna vez a algún programa de educación de la primera infancia, como, por ejemplo, el Círculo Infantil, Jardín Infantil, Casita Infantil en un centro de trabajo, grado preescolar en la escuela primaria, o programa Educa a tu Hijo (conocido como vías no formales)?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>
<p>UB7. En algún momento de septiembre a la fecha, ¿asistió a (<i>los programas mencionados en la UB6</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p>	<p>1 ⇒UB8A</p> <p>2 ⇒Fin</p>

<p>UB8A. ¿Asiste actualmente a (<i>programas mencionados en UB6</i>)?</p> <p>UB8B. Usted ha mencionado que (<i>nombre</i>) ha asistido a un programa de educación de la primera infancia durante este curso escolar ¿Actualmente asiste a este programa, como por ejemplo el Círculo Infantil, Jardín Infantil, Casita Infantil en un centro de trabajo, grado preescolar en la escuela primaria, o programa Educa a tu Hijo (conocido como vías no formales)?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p>	<p>2 ⇔ Fin</p>
<p>UB8C. ¿A cuál programa ha asistido?</p>	<p>VIA INSTITUCIONAL</p> <p>CIRCULO INFANTIL 1</p> <p>JARDIN INFANTIL 2</p> <p>CASITA INFANTIL 3</p> <p>GRADO PRESCOLAR ESCUELA PRIMARIA 4</p> <p>VIA NO INSTITUCIONAL</p> <p>EDUCA A TU HIJO O VÍAS NO FORMALES 5</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿Tiene (<i>nombre</i>) tarjeta del menor? <i>Si es 'Sí', pregunte:</i> ¿Puedo verla?	SÍ, VISTO.....1	1 ⇨ <i>Fin</i>
	SÍ, NO VISTO2	2 ⇨ <i>Fin</i>
	NO3	
	NS.....8	
BR2. ¿El nacimiento de (<i>nombre</i>) fue registrado en alguna oficina del Registro Civil?	SÍ1	1 ⇨ <i>Fin</i>
	NO2	
	NS.....8	
BR3. ¿Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (<i>nombre</i>)?	SÍ1	
	NO2	

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO **EC**

<p>EC1. ¿Cuántos libros de niños/as o libros con dibujos tiene para (<i>nombre</i>)?</p>	<p>NINGUNO..... 00</p> <p>NÚMERO DE LIBROS DE NIÑOS/AS <u>0</u> __</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, carritos 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 style="text-align: right;">S N NS</p> <p>JUGUETES CASEROS..... 1 2 8</p> <p>JUGUETES DE TIENDA 1 2 8</p> <p>OBJETOS DEL HOGAR U OBJETOS DEL EXTERIOR 1 2 8</p>	
<p>EC3. A veces los adultos que cuidan a los niños/as tienen que salir de la 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 fue (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] dejado solo durante más de una hora?</p> <p>[B] dejado al cuidado de otro niño/a; es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?</p> <p><i>Si la respuesta es "ningún día", anote '0'. Si la respuesta es "no sé", escriba '8'.</i></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 UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, Ó 1 1</p> <p>EDAD 2, 3 Ó 4 2</p>	<p>1 ⇒Fin</p>

<p>EC5. En los últimos 3 días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (<i>nombre</i>):</p> <p>Si es “Sí”, pregunte: ¿Quién participó en esta actividad con (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Los padres/madres adoptivos y padrastros y madrastras que viven en el hogar y participan en actividades con el niño/a deberán ser codificados como madre o padre.</i></p> <p><i>Circule todas las opciones que correspondan.</i></p> <p><i>‘Nadie’ no puede ser circulado si algún miembro del hogar de 15 años de edad o más realiza actividades con el niño/a.</i></p> <p>[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?</p> <p>[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?</p> <p>[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[F] ¿Le 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>CANTÓ 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 CON</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMBRÓ</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	CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y	LO LLEVÓ FUERA	A	B	X	Y	JUGÓ CON	A	B	X	Y	NOMBRÓ	A	B	X	Y	
	MADRE	PADRE	OTRO	NADIE																																	
LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y																																	
CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y																																	
CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y																																	
LO LLEVÓ FUERA	A	B	X	Y																																	
JUGÓ CON	A	B	X	Y																																	
NOMBRÓ	A	B	X	Y																																	
<p>EC5G. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 2 1</p> <p>EDAD 3 Ó 4 2</p>	<p>1 ⇒ Fin</p>																																			
<p>EC6. Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (<i>nombre</i>). Los niños/as no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos del desarrollo de (<i>nombre</i>).</p> <p>¿Puede (<i>nombre</i>) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p>EC7. ¿Puede (<i>nombre</i>) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p>EC8. ¿Sabe (<i>nombre</i>) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				

EC9. ¿Puede (<i>nombre</i>) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC10. ¿Se siente (<i>nombre</i>) a veces demasiado enfermo como para jugar?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC11. ¿Puede (<i>nombre</i>) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC12. Cuando se le da algo para hacer, ¿puede (<i>nombre</i>) hacerlo por sí solo/a?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC13. ¿Se lleva (<i>nombre</i>) bien con los otros niños/as?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC14. ¿(<i>Nombre</i>) pateo, muerde o golpea a otros niños/as o a los adultos?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	
EC15. ¿Tiene dificultades (<i>nombre</i>) para concentrarse o mantener su atención en una actividad o tarea?	SÍ..... 1 NO 2 NS 8	

DISCIPLINA INFANTIL		UCD
UCD1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0.....1	1 ⇒Fin
	EDAD 1, 2, 3 Ó 4.....2	
UCD2. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños/as la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si Ud. o cualquier otro adulto más del hogar ha usado estos métodos con (nombre) en el mes pasado.		SÍ NO
[A] Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (nombre) le gusta, o no le permitió salir de la casa.	LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO1	2
[B] Le explicó a (nombre) por qué estuvo mal su comportamiento.	EXPLICÓ EL COMPORTAMIENTO ERRÓNEO.....1	2
[C] Lo/la sacudió.	LO/LA SACUDIÓ1	2
[D] Le gritó, le gritó muy fuerte, o le dio alaridos.	LE GRITÓ, LE GRITÓ MUY FUERTE...1	2
[E] Le dio otra cosa que hacer.	LE DIO OTRA COSA QUE HACER1	2
[F] Le dio una tunda, lo/la golpeó o le dio nalgadas sólo con la mano.	LE DIO UNA TUNDA, LE DIO NALGADAS SÓLO CON LA MANO1	2
[G] Lo/la golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinto, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.	LO/LA GOLPEÓ CON UN CINTO, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO1	2
[H] Lo/la llamó tonto/a, holgazán o alguna otra cosa parecida.	LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HOLGAZÁN/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA1	2
[I] Lo/la golpeó o le dio una bofetada en la cara, en la cabeza o en las orejas.	GOLPEÓ / DIO BOFETADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS ...1	2
[J] Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.	GOLPEÓ / DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA1	2
[K] Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.	LE DIO UNA PALIZA, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO1	2
UCD3. Verifique UF4: ¿La entrevistada es la madre o cuidadora de otro niño/a menor de 5 años o de un niño/a de 5 a 14 años seleccionado para el cuestionario de niños/as de 5-17?	SÍ1 NO2	2 ⇒UCD5
UCD4. Verifique UF4: ¿Esta entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro niño?	SÍ1 NO2	1 ⇒Fin
UCD5. ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño/una niña, se le debe castigar físicamente?	SÍ1 NO2 NS / SIN OPINIÓN8	

CAPACIDAD FUNCIONAL NIÑOS/AS		UCF
UCF1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1..... 1 EDAD 2, 3 Ó 4..... 2	1 ⇒Fin
UCF2. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener (nombre). ¿(nombre) usa espejuelos?	SÍ..... 1 NO..... 2	
UCF3. ¿Usa (nombre) alguna prótesis auditiva?	SÍ..... 1 NO..... 2	
UCF4. ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ..... 1 NO..... 2	
UCF5. En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad <i>Repita las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</i> Recuerde las cuatro posibles respuestas: usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad		
UCF6. Verifique UCF2: ¿El niño/a usa espejuelos?	SÍ, UCF2=1..... 1 NO, UCF2=2..... 2	1 ⇒UCF7A 2 ⇒UCF7B
UCF7A. Cuando (nombre) usa espejuelos, ¿tiene dificultad para ver? UCF7B. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER.....4	
UCF8. Verifique UCF3: ¿El niño/a usa prótesis auditiva?	SÍ, UCF3=1..... 1 NO, UCF3=2..... 2	1 ⇒UCF9A 2 ⇒UCF9B
UCF9A. Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música? UCF9B. ¿Tiene (nombre) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR.....4	
UCF10. Verifique UCF4: ¿El niño/a usa algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ, UCF4=1..... 1 NO, UCF4=2..... 2	1 ⇒UCF11 2 ⇒UCF13
UCF11. Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR.....4	
UCF12. Cuando (nombre) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14

<p>UCF13. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para caminar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 4</p>	
<p>UCF14. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para recoger objetos pequeños con la mano?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE AGARRAR..... 4</p>	
<p>UCF15. ¿Tiene (<i>nombre</i>) dificultad para entenderle a los padres o cuidadores?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDER 4</p>	
<p>UCF16. Cuando (<i>nombre</i>) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO 4</p>	
<p>UCF17. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para aprender cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER 4</p>	
<p>UCF18. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para jugar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE JUGAR 4</p>	
<p>UCF19. La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta.</p> <p>En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿qué tanto patea, muerde o golpea (<i>nombre</i>) a otros niños/as o adultos?</p> <p>¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más?</p>	<p>NO LO HACE..... 1 MENOS..... 2 LO MISMO 3 MÁS 4 MUCHO MÁS 5</p>	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD			
BD1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2.....	1			
	EDAD 3 Ó 4.....	2		2 ⇒ Fin	
BD2. ¿Ha sido amamantado (<i>nombre</i>) alguna vez?	SÍ.....	1			
	NO.....	2		2 ⇒ BD3A	
	NS	8		8 ⇒ BD3A	
BD3. ¿Todavía está (<i>nombre</i>) siendo amamantado/a?	SÍ.....	1			
	NO.....	2			
	NS	8			
BD3A. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1.....	1			
	EDAD 2	2		2 ⇒ Fin	
BD4. ¿Ayer, durante el día o la noche, <u>bebió</u> (<i>nombre</i>) <u>algún líquido utilizando un biberón</u> ?	SÍ.....	1			
	NO.....	2			
	NS	8			
BD5. ¿Tomó (<i>nombre</i>) <u>Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	SÍ.....	1			
	NO.....	2			
	NS	8			
BD6. ¿Tomó o comió (<i>nombre</i>) <u>suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	SÍ.....	1			
	NO.....	2			
	NS	8			
BD7. Ahora quisiera preguntarle sobre los otros líquidos que (<i>nombre</i>) pudo haber tomado ayer durante el día o a la noche. Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar. ¿Bebió (<i>nombre</i>) (<i>nombre del líquido</i>) ayer durante el día o de noche?			SÍ	NO	NS
[A] Agua sola (sin aditivos)?	AGUA SOLA	1	2	8	
[B] Jugos naturales o en conservas?	JUGO NATURALES O EN CONSERVA	1	2	8	
[B1] Jugos 100% naturales hecho de mango, fruta bomba o zanahoria?	JUGO 100% NATURAL RICO EN VITAMINA A	1	2	8	
[B2] Jugo 100% natural hecho de otras frutas o vegetales como naranjas, guayabas, piña o guarapo de caña?	OTROS JUGOS 100% NATURALES	1	2	8	
[B3] Cualquier bebida o líquido de sabor dulce envasada, como refresco Toki, Piñata, Tang, o cualquier jugo o bebida de sabor dulce en conserva?	BEBIDAS NO NUTRITIVAS	1	2	8	
[C] Caldo/sopa no espesa?	CALDO/SOPA	1	2	8	
[D] Leche de fórmula, como Nan 1; Nan 2?	LECHE DE FÓRMULA	1	2 ⚡	8 ⚡	
			BD7[E]	BD7[E]	

[D1] ¿Cuántas veces bebió (<i>nombre</i>) leche de fórmula? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE DE FÓRMULA			
[E] Leche de origen animal, como leche fresca, envasada o en polvo?	LECHE	1	2 \sphericalangle	8 \sphericalangle BD7[X] BD7[X]
[E1] ¿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 DE VECES BEBIÓ LECHE.....			
[X] Algún otro líquido?	OTROS LÍQUIDOS	1	2 \sphericalangle	8 \sphericalangle BD8 BD8
[X1] <i>Anote todos los otros líquidos mencionados.</i>	(Especifique) _____			
BD8. Ahora me gustaría preguntarle sobre <u>todo</u> lo que (<i>nombre</i>) comió ayer durante el día o la noche. Por favor, incluya también alimentos consumidos fuera de su hogar. - Piense cuando (<i>nombre</i>) se despertó ayer. ¿Comió algo en ese momento? <i>Si es "Sí" pregunte:</i> por favor, dígame todo lo que (<i>nombre</i>) comió en ese momento. <i>Indague:</i> ¿algo más? <i>Anote las respuestas usando los grupos de alimentos abajo.</i> - ¿Qué hizo (<i>nombre</i>) después de eso? ¿Comió algo en ese momento? <i>Repita esta serie de preguntas, marcando los grupos de alimentos, hasta que el encuestado le diga que el niño/a se durmió hasta la mañana siguiente.</i>				
<i>Para cada grupo de alimentos no mencionado después de completar lo anterior, pregunte:</i> Sólo para asegurarme, ¿comió (<i>nombre</i>) ayer (<i>ítems del grupo de alimento</i>) de día o de noche?:		SÍ	NO	NS
[A] Yogurt hecho de leche de origen animal? <i>Tenga en cuenta que el yogurt líquido /bebible debe ser capturado en BD7X.</i>	YOGURT	1	2 \sphericalangle	8 \sphericalangle BD8[B] BD8[B]
[A1] ¿Cuántas veces (<i>nombre</i>) tomó yogurt? <i>Si es 7 veces o más, anote '7'.</i> <i>Si no sabe, anote '8'.</i>	NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ YOGURT			
[B] ¿Algún alimento fortalecido para niños a base de arroz, trigo, avena, como fortachón, harina lacteada, hojuelas de maíz, etc.?	ALIMENTO FORTALECIDO PARA NIÑOS	1	2	8
[C] ¿Pan, arroz, galletas de sal, trigo, maíz, avena, chicuticos, espaguetis, coditos, fideos, cereales u otros alimentos elaborados con granos?	ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS	1	2	8
[D] ¿Calabaza, zanahorias o boniatos que son de color amarillo o naranja por dentro?	CALABAZA, ZANAHORIA, BONIATO, ETC.	1	2	8
[E] ¿Papa, yuca, malanga, ñame o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?	PAPA, YUCA, MALANGA, ETC.	1	2	8
[F] ¿Acelga, berro, espinaca o alguna verdura de hojas verde oscuro y frondosas?	ACELGA, BERRO, ESPINACA, ETC.	1	2	8
[G] ¿Mango maduro, fruta bomba madura o papaya madura?	MANGOS/FRUTA BOMBA O PAPAYA MADUROS, ETC.	1	2	8
[H] ¿Alguna otra fruta o verdura, como platanito de fruta o guineo, guayaba, naranja, mamey o zapote, guanábana, chirimoya, melón, tamarindo o lechuga, col, habichuela, remolacha, tomate, aguacate?	OTRAS FRUTAS O VERDURAS	1	2	8

[I] ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras?	VÍSCERAS	1	2	8
[J] ¿Cualquier otro tipo de carne, como carne de res, cerdo, carnero, chivo, conejo, pollo, pavo o pato o embutidos hechos de estas carnes?	OTRO TIPO DE CARNE	1	2	8
[K] ¿Huevos?	HUEVOS	1	2	8
[L] ¿Pescado o mariscos ya sean frescos o secos?	PESCADO FRESCO O SECO	1	2	8
[M] ¿Frijoles, chícharos, lentejas, garbanzos, maní, ajonjolí, yogurt de soya, incluyendo cualquier alimento hecho a base de estos?	ALIMENTOS A BASE DE FRIJOLES, MANI, ETC.	1	2	8
[N] ¿Queso u otros alimentos hechos a base de leche de origen animal?	QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS A BASE DE LECHE DE ORIGEN ANIMAL	1	2	8
[X] ¿Otro alimento sólido, semisólido o blando?	OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMISÓLIDO O BLANDO	1	2 ⁸ BD9	8 ⁸ BD9
[X1] <i>Anote cualquier otro alimento sólido, semisólido o blando que no corresponda a ningún grupo de alimentos mencionado anteriormente.</i>	(Especifique) _____			
BD9. ¿Cuántas veces comió (<i>nombre</i>) alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer, durante el día o la noche? <i>Si BD8[A] es 'Sí', asegúrese de que la respuesta incluya el número de veces registrado para yogurt en BD8[A1]</i> <i>Si es 7 veces o más, anote '7'</i>	NÚMERO DE VECES __ NS 8			

INMUNIZACIÓN							IM		
IM1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2 1 EDAD 3 Ó 4 2						2 ⇒ Fin		
IM2. ¿Tiene algún Carné en donde estén escritas las vacunas que se le administraron a (<i>nombre</i>)?	SÍ, SOLO CARNÉ DE VACUNACIÓN 1 SÍ, SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO 2 SÍ, TIENE CARNÉ DE VACUNACIÓN Y OTRO DOCUMENTO 3 NO, NO TIENE CARNÉ DE VACUNACIÓN NI OTRO DOCUMENTO 4						1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5		
IM3. ¿Alguna vez tuvo el Carné de Vacunación o Carné de Salud Infantil de (<i>nombre</i>)?	SÍ 1 NO 2								
IM4. Verifique IM2:	SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO, IM2=2 1 NO TIENE CARNÉ DE VACUNACIÓN NI DOCUMENTOS DISPONIBLES, IM2=4 2						2 ⇒ IM11		
IM5. ¿Podría ver su Carné de Vacunación o Carné de Salud Infantil (y/u) otro documento?	SÍ, SOLO SE VIO CARNÉ DE VACUNACIÓN 1 SÍ, SOLO SE VIO OTRO DOCUMENTO 2 SÍ, SE VIERON CARNÉ DE VACUNACIÓN Y OTRO DOCUMENTO 3 NO SE VIERON CARNÉ DE VACUNACIÓN NI OTRO DOCUMENTO 4						4 ⇒ IM11		
IM6. (a) Copie de los documentos las fechas para cada vacuna (b) Anote '44' en la columna "día" si los documentos muestran que se administró la vacuna pero no se indica la fecha.	FECHA DE INMUNIZACIÓN								
	DÍA	MES		AÑO					
BCG (alta materna) BCG				2	0	1			
HB (12-24 horas de nacido) HB0				2	0	1			
HB1 (1 mes, madre positiva HBsAG) HB1				2	0	1			
HB2 (2 meses, madre positiva HBsAG) HB2				2	0	1			
HB3 (12 meses, madre positiva HBsAG) HB3				2	0	1			
DTP + HB + Hib (2 meses) DTPH₁HB1				2	0	1			
DTP + HB + Hib (4 meses) DTPH₁HB2				2	0	1			
DTP + HB + Hib (6 meses) DTPH₁HB3				2	0	1			
DTP + HB + Hib REACTIVACIÓN (18 meses) DTPH₁HB_R				2	0	1			
AM-BC1 (3 meses) AMBC1				2	0	1			
AM-BC2 (5 meses) AMBC2				2	0	1			
PRS (12 meses) PRS				2	0	1			
DTP1 (2 meses, madre + HBsAG) DTP1				2	0	1			
DTP2 (4 meses, madre + HBsAG) DTP2				2	0	1			
DTP3 (6 meses, madre + HBsAG) DTP3				2	0	1			

DTP REACTIVACIÓN (18 meses)	DTP_R					2	0	1	
HIB1 (2 meses, madre + HBsAG)	HIB1					2	0	1	
HIB2 (4 meses, madre + HBsAG)	HIB2					2	0	1	
HIB3 (6 meses, madre + HBsAG)	HIB3					2	0	1	
HIB REACTIVACIÓN (18 meses)	HIB_R					2	0	1	
IPV1 POLIO INACTIVADA (4 meses)	IPV1					2	0	1	
IPV2 POLIO INACTIVADA (8 meses)	IPV2					2	0	1	
POLIO 1 (Campaña 55 del 1 al 7-2-2016 1ra etapa)	OPV1					2	0	1	
POLIO 2 (Campaña 55 del 28-3 al 3-4-2016 2da etapa)	OPV2					2	0	1	
POLIO 3 (Campaña 56 del 20 al 26-2-2017 1ra etapa)	OPV3					2	0	1	
POLIO 4 (Campaña 56 del 17 al 23-4-2017 2da etapa)	OPV4					2	0	1	
POLIO 5 (Campaña 57 del 26-2 al 3-3-2018 1ra etapa)	OPV5					2	0	1	
POLIO 6 (Campaña 57 del 23 al 28-4-2018 2da etapa)	OPV6					2	0	1	
POLIO 7 (Campaña 58 del 25-2 al 2-3-2019 1ra etapa)	OPV7					2	0	1	
POLIO 8 (Campaña 58 del 22 al 27-4-2019 2da etapa)	OPV8					2	0	1	
INFLUENZA (ANTIGRI PAL)1 (lactantes mayores de 6 meses, hasta niños/a de 1 año, 11 meses y 29 días) (Campaña del 28-7 al 30-9-2017. 1era dosis)	IA1					2	0	1	
INFLUENZA (ANTIGRI PAL)2 (lactantes mayores de 6 meses, hasta niños/a de 1 año, 11 meses y 29 días) (2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas) (Campaña del 28-7 al 30-9-2017)	IA2					2	0	1	
INFLUENZA (ANTIGRI PAL)3 (lactantes mayores de 6 meses, hasta niños/a de 1 año, 11 meses y 29 días) (Campaña del 9-7 al 3-11-2018. 1era dosis)	IA3					2	0	1	
INFLUENZA (ANTIGRI PAL)4 (lactantes mayores de 6 meses, hasta niños/a de 1 año, 11 meses y 29 días) (2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas) (Campaña del 9-7 al 3-11-2018)	IA4					2	0	1	
IM7. Verifique IM6: ¿Están registradas todas las vacunas (BCG a Influenza (antigripal))?	SÍ.....							1	1 ⇒ Fin
	NO							2	

IM8. ¿Participó (<i>nombre</i>) en alguna de las siguientes Campañas de Inmunización:	S N NS	
[A] Del 1 al 7-2-2016/ Campaña Nacional 55 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>1ERA ETAPA</i>).....1 2 8	
[B] Del 28-3 al 3-4-2016/ Campaña Nacional 55 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>2DA ETAPA</i>).....1 2 8	
[C] Del 20 al 26-2-2017/ Campaña Nacional 56 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>1ERA ETAPA</i>).....1 2 8	
[D] Del 17 al 23-4-2017/ Campaña Nacional 56 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>2DA ETAPA</i>).....1 2 8	
[E] Del 26-2 al 3-3-2018/ Campaña Nacional 57 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>1ERA ETAPA</i>).....1 2 8	
[F] Del 23 al 28-4-2018/ Campaña Nacional 57 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>2DA ETAPA</i>).....1 2 8	
[G] Del 25-2 al 2-3-2019/ Campaña Nacional 58 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>1ERA ETAPA</i>).....1 2 8	
[H] Del 22 al 27-4-2019/ Campaña Nacional 58 de Vacunación Antipolio	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (<i>2DA ETAPA</i>).....1 2 8	
[I] Del 28-7 al 30-9-2017/ Campaña de Vacunación Antigripal. (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (<i>1era dosis</i>)	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (<i>1ERA DOSIS</i>)1 2 8	
[J] Del 28-7 al 30-9-2017/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (<i>2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas</i>)	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (<i>2DA DOSIS</i>)1 2 8	
[K] Del 9-7 al 3-11-2018/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (<i>1era dosis</i>)	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (<i>1ERA DOSIS</i>)1 2 8	
[L] Del 9-7 al 3-11-2018/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (<i>2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas</i>)	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (<i>2DA DOSIS</i>)1 2 8	
IM9. Además de lo que está registrado en los documentos que me ha mostrado, ¿se le administró a (<i>nombre</i>) alguna otra vacuna, incluyendo las vacunas recibidas en las campañas, que acabamos de mencionar?	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin

<p>IM10. <i>Vuelva a IM6 e indague sobre estas vacunas.</i></p> <p><i>Escriba '66' en la columna correspondiente al día para cada vacuna recibida y deje en blanco las columnas correspondientes al mes y al año.</i></p> <p><i>Para las vacunas <u>no</u> recibidas, anote '00' en la columna del día.</i></p> <p><i>Cuando <u>termine</u>, vaya al Siguiente módulo.</i></p>		⇒ Fin
<p>IM11. ¿Ha recibido (nombre) alguna vacuna para prevenir que contraiga enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en campaña de vacunación?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p>	
<p>IM12. ¿Participó (nombre) en alguna de las siguientes Campañas de Inmunización:</p> <p>[A] Del 1 al 7-2-2016/ Campaña Nacional 55 de Vacunación Antipolio</p> <p>[B] Del 28-3 al 3-4-2016/ Campaña Nacional 55 de Vacunación Antipolio</p> <p>[C] Del 20 al 26-2-2017/ Campaña Nacional 56 de Vacunación Antipolio</p> <p>[D] Del 17 al 23-4-2017/ Campaña Nacional 56 de Vacunación Antipolio</p> <p>[E] Del 26-2 al 3-3-2018/ Campaña Nacional 57 de Vacunación Antipolio</p> <p>[F] Del 23 al 28-4-2018/ Campaña Nacional 57 de Vacunación Antipolio</p> <p>[G] Del 25-2 al 2-3-2019/ Campaña Nacional 58 de Vacunación Antipolio</p> <p>[H] Del 22 al 27-4-2019/ Campaña Nacional 58 de Vacunación Antipolio</p> <p>[I] Del 28-7 al 30-9-2017/ Campaña de Vacunación Antigripal. (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (1era dosis)</p> <p>[J] Del 28-7 al 30-9-2017/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas)</p> <p>[K] Del 9-7 al 3-11-2018/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (1era dosis)</p> <p>[L] Del 9-7 al 3-11-2018/ Campaña de Vacunación Antigripal (<i>aplicada a lactantes de 6 meses hasta niños/a de 1 año 11 meses y 29 días</i>). (2da dosis se aplica con un intervalo aproximado de 4 a 6 semanas)</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (1ERA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (2DA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (1ERA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (2DA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (1ERA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (2DA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (1ERA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIO (2DA ETAPA).....1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (1ERA DOSIS)1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (2DA DOSIS)1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (1ERA DOSIS)1 2 8</p> <p>CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL (2DA DOSIS)1 2 8</p>	

IM13. Verifique IM11 y IM12:	TODO NO O NS 1 AL MENOS UN SÍ..... 2	1 ⇒Fin
IM14. ¿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?	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	
IM15. ¿Recibió (<i>nombre</i>) alguna vez la vacuna de Hepatitis B; es decir, una inyección que se da en el muslo, para prevenir la Hepatitis B, en las primeras 24 horas tras el nacimiento?	SÍ, EN LAS PRIMERAS 24 HORAS..... 1 SÍ, PERO NO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS..... 2 NO 3 NS..... 8	3 ⇒IM16 8 ⇒IM16
IM15A. ¿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 1er mes, a los 2 meses y a los 12 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B.</i>	NÚMERO DE VECES __ NS..... 8	
IM16. ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) alguna vacuna en forma de gotas en la boca para protegerlo/la de la polio?	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	2 ⇒IM19 8 ⇒IM19
IM18. ¿Cuántas veces recibió las gotas de la polio?	NÚMERO DE VECES __ NS..... 8	
IM19. ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) alguna vacuna en forma de inyección para protegerlo/la de la polio (IPV Polio inactivada)? <i>Indague e indique que la vacuna inyectada contra la polio se pone a los 4 meses y a partir de abril de 2018 a los 8 meses de edad.</i>	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	2 ⇒IM20 8 ⇒IM20
IM19A. ¿Cuántas veces recibió la vacuna de la polio inyectada (IPV)?	NÚMERO DE VECES __ NS..... 8	
IM20. ¿Se administró alguna vez a (<i>nombre</i>) una vacuna Pentavalente; es decir, una inyección en el muslo para prevenir tétanos, tos ferina, difteria, Hepatitis B y Haemophilus influenzae (Hib) tipo B? (DTP + HB +Hib)? <i>Indague e indique que la vacuna Pentavalente se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad. A partir de abril de 2018 reactivación a los 18 meses en niños cuyas madres fueron negativas al antígeno de la Hepatitis B.</i>	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	2 ⇒IM26 8 ⇒IM26
IM21. ¿Cuántas veces recibió la vacuna Pentavalente (DTP + HB +Hib)?	NÚMERO DE VECES __ NS..... 8	
IM26. ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) una vacuna PRS; es decir, una inyección en el brazo a la edad de 12 meses para prevenir que se enferme de sarampión, paperas y rubéola?	SÍ..... 1 NO 2 NS..... 8	

<p>IM29. ¿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?</p> <p><i>Indague e indique que la vacuna contra la Hib se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad y a los 18 meses la reactivación en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B.</i></p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 ⇒IM31</p> <p>8 ⇒IM31</p>
<p>IM30. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la Hib (Haemophilus influenzae tipo b)?</p>	<p>NÚMERO DE VECES _</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>IM31. ¿Alguna vez recibió (<i>nombre</i>) “inyecciones de la vacuna DTP” – es decir, una inyección en el muslo para prevenir la difteria, tos ferina y tétanos?</p> <p><i>Indague e indique que la vacuna DTP se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad y 18 meses la reactivación en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B.</i></p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 ⇒IM33</p> <p>8 ⇒IM33</p>
<p>IM32. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la DTP?</p>	<p>NÚMERO DE VECES _</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>IM33. ¿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?</p> <p><i>Indague e indique que la vacuna AM-BC se pone a los 3 y 5 meses de edad.</i></p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 ⇒IM35</p> <p>8 ⇒IM35</p>
<p>IM34. ¿Cuántas veces recibió la vacuna AM-BC?</p>	<p>NÚMERO DE VECES _</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>IM35. ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) la vacuna Antigripal, es decir, una inyección en el muslo o en el brazo para protegerlo de la gripe o influenza estacional?</p> <p><i>Indague e indique que la vacuna antigripal se aplica por campaña dos veces al año.</i></p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ Fin</p> <p>8 ⇒ Fin</p>
<p>IM36. ¿Cuántas veces recibió la vacuna Antigripal?</p>	<p>NÚMERO DE VECES _</p> <p>NS..... 8</p>	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p>CA1. En las últimas dos semanas, ¿tuvo (<i>nombre</i>) diarrea?</p>	<p>SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8</p>	<p>2 ⇒CA14 8 ⇒CA14</p>
<p>CA2. Verifique BD3: ¿Está todavía el niño/a siendo amamantado?</p>	<p>SÍ O EN BLANCO, BD3=1 O EN BLANCO 1 NO O NS, BD3=2 U 8 2</p>	<p>1 ⇒CA3A 2 ⇒CA3B</p>
<p>CA3A. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye leche materna, Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO) y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS 2 CASI LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NO SE LE DIO NADA PARA TOMAR..... 5</p> <p>NO SABE 8</p>	
<p>CA3B. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO) y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>		
<p>CA4. Durante el tiempo que (<i>nombre</i>) estuvo con diarrea, ¿se le dio de comer menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?</p> <p><i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS 2 CASI LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 SUSPENDIÓ LA COMIDA 5 NO SE LE DIO DE COMER..... 7</p> <p>NO SABE 8</p>	
<p>CA5. ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?</p>	<p>SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8</p>	<p>2 ⇒CA7 8 ⇒CA7</p>

<p>CA6. ¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?</p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente</i></p> <p><i>Si no puede determinar el tipo de lugar, escriba el nombre del lugar y luego circule temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL A</p> <p>POLICLÍNICO..... B</p> <p>CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA C</p> <p>MEDICO PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/A D</p> <p>ENFERMERA PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/AE</p> <p>OTRO MÉDICO (especifique) _____ H</p> <p>NS/ NO SE ACUERDA EL TIPO DE UNIDAD W</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>FAMILIAR / AMIGO/A NO MÉDICOP</p> <p>TIENDA / MERCADO / CALLE..... Q</p> <p>CURANDERO/A R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X</p>	
<p>CA7. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre):</p> <p>[A] Un líquido preparado con paquetes de Sales de Rehidratación Oral?</p> <p>[B] Algún fluido pre-ensado de Sales de Rehidratación Oral?</p> <p>[C] ¿Pastillas o jarabe de zinc?</p>	<p>S N NS</p> <p>FLUIDO DE SRO EN PAQUETE 1 2 8</p> <p>FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO 1 2 8</p> <p>PASTILLAS O JARABE DE ZINC 1 2 8</p>	
<p>CA8. Verifique CA7 [A] y CA7 [B]: ¿Se le dio al niño/a SRO?</p>	<p>SÍ, SÍ EN CA7[A] O CA7[B] 1</p> <p>NO, 'NO' O 'NS' EN CA7[A] Y CA7[B].....2</p>	<p>2⇒CA10</p>
<p>CA9. ¿Dónde obtuvo usted la SRO mencionada en CA7 [A] y/o CA7 [B]?)</p> <p><i>Indague para identificar la fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</p> <p>FARMACIA..... A</p> <p>HOSPITAL B</p> <p>POLICLÍNICO..... C</p> <p>CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA..... D</p> <p>MÉDICO PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/AE</p> <p>ENFERMERA PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/A F</p> <p>OTRO MÉDICO (especifique) _____ H</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>FAMILIAR / AMIGO/A NO MÉDICOP</p> <p>TIENDA / MERCADO / CALLE..... Q</p> <p>CURANDERO/A R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X</p> <p>NS / NO SE ACUERDA.....Z</p>	

CA10. Verifique CA7 [C]: ¿Se le dio zinc al niño/a?	SÍ, CA7[C]=1 1 NO, CA7[C] ≠1 2	2 ⇒ CA12
CA11. ¿Dónde obtuvo el zinc? <i>Indague para identificar la fuente.</i> Si ‘Ya tenía en su casa’, indague para saber si se conoce la fuente.	SECTOR MÉDICO PÚBLICO FARMACIA..... A HOSPITAL..... B POLICLÍNICO..... C CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA D MÉDICO PARIENTE, VECINO AMIGO.....E ENFERMERA PARIENTE, VECINA O AMIGA..... F OTRO MÉDICO PÚBLICO (Especifique) H OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO NO MÉDICO P TIENDA / MERCADO / CALLE Q CURANDERO/A R OTRO (especifique) X NS / NO SE ACUERDA..... Z	
CA12. ¿Se le dio otra cosa para tratar la diarrea?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14
CA13. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea? <i>Indague:</i> ¿Algo más? <i>Marque todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i> _____ (Nombre de la marca) _____ (Nombre de la marca)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA)... B OTRA PASTILLA O JARABE G NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE H INYECCIÓN ANTIBIÓTICA L NO ANTIBIÓTICA M NO SABE TIPO DE INYECCIÓN N INTRAVENOSA (IV) O REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... Q OTRO (especifique) X	
CA14. En las últimas dos semanas, ¿ha estado (<i>nombre</i>) enfermo con fiebre en algún momento?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	
CA16. En algún momento durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido (<i>nombre</i>) alguna enfermedad con tos?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	
CA17. En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿respiraba (<i>nombre</i>) más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	2 ⇒ CA19 8 ⇒ CA19

CA18. ¿La respiración rápida o difícil se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moquea?	PROBLEMA EN EL PECHO SOLAMENTE.... 1 NARIZ TAPADA O QUE MOQUEA SOLAMENTE 2 AMBOS 3 OTRO (<i>especifique</i>) _____ 6 NS 8	1 ⇒CA20 2 ⇒CA20 3 ⇒CA20 6 ⇒CA20 8 ⇒CA20
CA19. Verifique CA14: ¿Tuvo fiebre el niño/a?	SÍ, CA14=1 1 NO O NS, CA14=2 U 8 2	2 ⇒CA30
CA20. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de algún proveedor?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	2 ⇒CA22 8 ⇒CA22
CA21. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento? <i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i> <i>Circule todas las fuentes mencionadas, pero <u>no</u> proporcione ninguna sugerencia.</i> <i>Si no puede determinar el tipo de unidad, escriba el nombre del lugar y luego circule temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i> _____ (<i>Nombre del lugar</i>)	SECTOR MÉDICO 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 MÉDICO (<i>especifique</i>) _____ H NO SABE EL TIPO DE UNIDAD W OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO/A NO MÉDICO P TIENDA / MERCADO /CALLE..... Q CURANDERO/A R OTRO (<i>especifique</i>) _____ X	
CA22. En algún momento durante la enfermedad, ¿se le dio a (<i>nombre</i>) algún medicamento para tratar esta enfermedad?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	2 ⇒CA30 8 ⇒CA30

<p>CA23. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Algún otro medicamento?</p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote los nombres comerciales de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p><i>Si no puede determinar el tipo de medicina, escriba el nombre comercial y temporalmente circule 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre de la marca)</p> <p>_____</p> <p>(Nombre de la marca)</p>	<p>ANTIBIÓTICOS</p> <p>AMOXICILLINAL</p> <p>COTRIMOXAZOL.....M</p> <p>OTRO ANTIBIÓTICO EN PASTILLA O JARABE N</p> <p>OTRO ANTIBIÓTICO EN INYECCIÓN..... O</p> <p>AZITROMICINA.....P</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS</p> <p>PARACETAMOL/DURALGINA/ ACETAMINOFÉN..... R</p> <p>ASPIRINAS</p> <p>IBUPROFENO.....T</p> <p>SOLO RECUERDA LA MARCA..... W</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)X</p> <p>NSZ</p>	
<p>CA24. Verifique CA23: ¿Antibióticos mencionados?</p>	<p>SÍ, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS, CA23=L-P 1</p> <p>NO, ANTIBIÓTICOS NO MENCIONADOS.... 2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>
<p>CA25. ¿Dónde obtuvo el (nombre del medicamento en CA23, códigos L-P)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</p> <p>FARMACIA..... A</p> <p>HOSPITAL..... B</p> <p>POLICLÍNICO..... C</p> <p>CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA D</p> <p>MÉDICO PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/A.....E</p> <p>ENFERMERA PARIENTE, VECINO/A O AMIGO/A..... F</p> <p>OTRO MÉDICO (<i>especifique</i>) H</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>FAMILIAR / AMIGO/A NO MÉDICO P</p> <p>TIENDA / MERCADO / CALLE Q</p> <p>CURANDERO/A R</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)X</p> <p>NS / NO SE ACUERDA.....Z</p>	
<p>CA30. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1 Ó 2..... 1</p> <p>EDAD 3 Ó 4..... 2</p>	<p>2 ⇒UF11</p>
<p>CA31. La última vez que (nombre) hizo caca, ¿cómo se eliminó la deposición (caca)?</p>	<p>EL NIÑO/A USÓ EL INODORO / LETRINA 01</p> <p>LO BOTO EN EL INODORO O LETRINA 02</p> <p>LO BOTO EN EL DESAGÜE O VERTEDERO 03</p> <p>SE TIRÓ A 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>NS 98</p>	

UF11. Anote la hora.	HORAS Y MINUTOS __ : __	
<p>UF16. Explique al entrevistado que usted necesitará medir el peso y la altura del niño/a antes de que usted salga del hogar y que un colega se unirá para encargarse de la medición. Emita el FORMULARIO DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA para este niño/a y complete el Panel de Información en ese formulario.</p> <p>Verifique las columnas HL10 Y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DEL HOGAR: ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de <u>algún otro</u> niño/a de 0 a 4 años que viva en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN MENORES DE CINCO AÑOS y circule '01'. Después vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique HL6 y columna HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de un niño/a de 5 a 17 años seleccionado para el Cuestionario de Niños/as de 5 a 17 años en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y circule '01'. Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS de 5 a 17 AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y circule '01'. Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación. Verifique si no hay algún otro cuestionario que deba realizarse en este hogar.</p>		

OBSERVACIONES ENTREVISTADORA

OBSERVACIONES SUPERVISOR/A

PANEL DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		AN
AN1. Código de consultorio: _____	AN2. Número de hogar: _____	
AN3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	AN4. Edad del niño/a de UB2: EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS)	
AN5. Nombre y número de línea de la madre/ cuidadora: NOMBRE _____	AN6. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____	

ANTROPOMETRÍA		
AN7. Nombre y número del medidor:	NOMBRE _____	
AN8. Anote el resultado de la medición de peso según lo lea el medidor en voz alta: <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	KILOGRAMOS (KG) NIÑO/A NO PRESENTE..... 99.3 NIÑO/A SE NIEGA 99.4 ENTREVISTADO SE NIEGA..... 99.5 OTRO (especifique) 99.6	99.3 ⇒AN13 99.4 ⇒AN10 99.5 ⇒AN10 99.6 ⇒AN10
AN9. ¿Se desvistió al niño/a hasta lo mínimo?	SÍ 1 NO, NO SE PUDO DESVESTIR AL NIÑO/A A LO MÍNIMO..... 2	
AN10. Verifique AN4: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1 1 EDAD 2, 3 Ó 4 2	1 ⇒AN11A 2 ⇒AN11B
AN11A. El niño/a tiene menos de 2 años de edad y deberá estar acostado para tomarle las medidas. Anote el resultado de la medición de la talla tal como fue leída por el medidor: <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	TALLA / ALTURA (CM) NIÑO/A SE NIEGA 999.4 ENTREVISTADO SE NIEGA..... 999.5 OTRO (especifique) 999.6	999.4 ⇒AN13 999.5 ⇒AN13 999.6 ⇒AN13
AN11B. El niño/a tiene 2 años de edad o más, deberá estar de pie para tomarle las medidas. Anote el resultado de la medición de la altura tal como fue leída por el medidor: <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>		
AN12. ¿Cómo se midió realmente al niño/a? ¿Acostado o de pie?	ACOSTADO 1 DE PIE..... 2	
AN13. Fecha del día de hoy: Día / Mes / Año: _____ / _____ / 2 0 1 _____		
AN14. ¿Hay otro niño/a menor de 5 años en el hogar que todavía no haya sido medido?	SÍ 1 NO 2	1 ⇒Siguiente niño/a
AN15. Agradezca al entrevistado su cooperación e informe a su supervisor de que el medidor y usted han completado todas las mediciones en este hogar.		

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA

OBSERVACIONES DEL MEDIDOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA