

Apéndice F3. Cuestionario de niños y niñas menores de cinco años



REPÚBLICA DOMINICANA
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
Oficina Nacional de Estadística



3

Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - MICS 2014)

CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del Cuestionario _____

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
UF1- Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....				
UF1A- No. de orden del hogar ocupado en el registro.....				
UF2- No. de orden del hogar en la muestra.....				
UF3- Nombre del niño o la niña _____				
UF4- Número de línea del niño o la niña.....				
UF5- Nombre de la madre o persona responsable _____				
UF6- Número de línea de la madre o persona responsable.....				
<p>ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA, LÉALE EL SIGUIENTE SALUDO A LA PERSONA A ENTREVISTAR:</p> <p>Somos de la Oficina Nacional de Estadística, estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, las familias y los hogares. Me gustaría conversar un poco con usted acerca de la salud y bienestar de (nombre del niño(a) de UF3). Toda la información que usted nos proporcione será manejada con carácter estrictamente confidencial y anónima.</p>	<p>SI A ESTA PERSONA YA SE LE LEYÓ EL SALUDO AL INICIO DEL CUESTIONARIO, LEA ENTONCES LO SIGUIENTE:</p> <p>Me gustaría conversar un poco con usted sobre la salud de (nombre del niño(a) de UF3) y otros temas. De nuevo, toda la información que nos proporcione será manejada con carácter estrictamente confidencial y anónima.</p>			
VISITAS PARA ENTREVISTA				
	1	2	3	Fecha del resultado de la entrevista del niño o niña
Fecha (dd/mm/aa).....				UF8- Día Mes Año [][] [][] 2 0 1 4
Nombre de la entrevistadora				
Resultado de visita.....				UF8A- Número total de visitas..... []
Próxima visita: fecha				UF9- Resultado final de la entrevista..... [][]
hora				
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL NIÑO O LA NIÑA				
ENTREVISTADORA: ENCIERRE Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DEL NIÑO O LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS (UF9)				
Completada.....				01
Ausente.....				02
Rechazo.....				03
Parcialmente completada.....				04
Incapacitada para responder.....				05
Otro _____				96
(Especifique)				
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENCUESTA				
UF7- Nombre y código de la entrevistadora: _____	[][][][]			
UF7A- Nombre y código de la supervisora _____	[][][][]	Fecha de revisión ____ / ____ / 2014		
UF10- Nombre y código del(la) crítico codificador(a) _____	[][][][]			
UF11- Nombre y código del(la) digitador(a) _____	[][][][]			
UF12- Anote la hora y minutos de inicio: [][] Hora [][] Minutos				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
EDAD		AG	
	<p>ESTE CUESTIONARIO SE APLICA A TODAS LAS MADRES O PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD:</p> <p>1. VAYA AL CUESTIONARIO DE HOGAR "1" PREGUNTA HL15 Y VERIFIQUE QUIEN ES LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DE CADANIÑO O NIÑA.</p> <p>2. DEBE USAR UN CUESTIONARIO "3" SEPARADO PARA CADA NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS ELEGIBLE.</p>		
AG1	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el desarrollo y la salud de (nombre),</p> <p>¿En qué día, mes y año nació (nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</p> <p>¿Cuándo es su cumpleaños?</p> </div> <p>SI LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE SABE LA FECHA EXACTA DEL NACIMIENTO, ANOTE EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES, SI NO SABE EL DÍA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL "98".</p> <p>DEBE ANOTAR EL MES Y EL AÑO.</p>	<p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Día..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe el día..... 98</p> <p>Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
AG2	<p>¿Cuántos años tiene (nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>ENTREVISTADORA: INDAGUE</p> <p>¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños?</p> </div> <p>ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. ANOTE "00" SI TIENE MENOS DE 1 AÑO.</p> <p>COMPARE Y CORRIJA LAS RESPUESTAS EN LAS PREGUNTAS AG1 Y AG2 Y VERIFIQUE SI HAY DIFERENCIA. EN CASO DE QUE HAYA DIFERENCIA, CORRIJA Y ANOTE LA CORRECCIÓN.</p>	<p>Edad en años cumplidos..... <input type="text"/></p>	
REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR	
BR1	<p>¿Tiene (nombre) acta nacimiento?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>ENTREVISTADORA:</p> <p>SI RESPONDE QUE SÍ, PREGUNTE:</p> <p>¿Puedo verla?</p> </div>	<p>Sí, vista..... 1</p> <p>Sí, no vista..... 2</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe..... 8</p>	} EC1
BR2	<p>¿Ha sido registrado el nacimiento de (nombre) en el registro civil, es decir, fue declarado?</p>	<p>Sí..... 1 →</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	EC1
BR3	<p>¿Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (nombre)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC	
EC1	¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene usted para (nombre)?	Ninguno.....00 Número de libros de niños.....0 <input type="checkbox"/> Diez o más libros.....10	
EC2	Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (nombre) juega cuando está en la casa, ¿Juega con... A. juguetes caseros, como muñecas, carros u otros juguetes hechos en casa? B. juguetes comprados en una tienda o fabricados? C. objetos del hogar, como ollas u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADORA: SI LA PERSONA ENTREVISTADA RESPONDE "SÍ" A LAS CATEGORIAS DE ARRIBA, . INDAGUE PARA SABER CON QUÉ JUEGA EL NIÑO(A) PARA DETERMINAR LA RESPUESTA. </div>	Sí No NS Juguetes caseros..... 1 2 8 Juguetes comprados en una tienda..... 1 2 8 Objetos del hogar u objetos del exterior.. 1 2 8	
EC3	A veces, los adultos que cuidan a los niños o niñas tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños o niñas en la casa. ¿Cuántos días en la última semana dejó a (nombre)... A. solo o sola durante más de una hora? B. al cuidado de otro niño o niña es decir, con alguien menor de 10 años durante más de una hora? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADORA: EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES "NINGÚN DÍA" ANOTE "0" SI LA RESPUESTA ES "NO SE" ANOTE "8". </div>	Número de días que lo dejó solo o sola durante más de una hora..... <input type="checkbox"/> Número de días que lo dejó a cargo de otro niño o niña durante más de una hora..... <input type="checkbox"/>	
EC4	ENTREVISTADORA, VERIFIQUE LA PREGUNTA AG2: EDAD DEL NIÑO(A) El niño(a) tiene 3 ó 4 años <input type="checkbox"/> El niño(a) tiene 0, 1 ó 2 años <input type="checkbox"/>		BD1
EC5	¿Asiste (nombre) a algún programa de aprendizaje organizado o de aprendizaje temprano, tal como escuela colegio o institución privada, incluyendo jardín infantil o cuidado infantil comunitario?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																			
EC7	<p>En los pasados 3 días, ¿Usted o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (nombre)?</p> <p>Ahora quiero que conversemos acerca de quien entretiene o juega con (nombre).</p> <p>A. ¿En los últimos 3 días, quien le leyó libros a (nombre) o miró los dibujos de un libro con (nombre)?</p> <p>B. ¿En los últimos 3 días, quien le contó cuentos a (nombre)?</p> <p>C. ¿En los últimos 3 días, quien le cantó canciones a (nombre) o cantó con (nombre), incluso canciones de cuna?</p> <p>D. ¿En los últimos 3 días, quien llevó a (nombre) a pasear fuera de la casa, a algún recinto, patio u otro lugar?</p> <p>E. ¿En los últimos 3 días, quien jugó con (nombre)?</p> <p>F. ¿En los últimos 3 días, quien le nombró, contó o dibujó cosas a (nombre) o con (nombre)?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Madre</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Padre</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Otra persona</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Le leyó libros.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Le contó cuentos.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Le cantó canciones.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Le nombró, contó o dibujó..</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otra persona	Nadie	Le leyó libros.....	A	B	X	Y	Le contó cuentos.....	A	B	X	Y	Le cantó canciones.....	A	B	X	Y	Lo llevó fuera.....	A	B	X	Y	Jugó.....	A	B	X	Y	Le nombró, contó o dibujó..	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otra persona	Nadie																																		
Le leyó libros.....	A	B	X	Y																																		
Le contó cuentos.....	A	B	X	Y																																		
Le cantó canciones.....	A	B	X	Y																																		
Lo llevó fuera.....	A	B	X	Y																																		
Jugó.....	A	B	X	Y																																		
Le nombró, contó o dibujó..	A	B	X	Y																																		
EC8	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (nombre). 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 (nombre).</p> <p>¿Puede (nombre) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC9	<p>¿Puede (nombre) leer al menos cuatro palabras populares sencillas?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC10	<p>¿Sabe (nombre) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC11	<p>¿Puede (nombre) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del suelo o piso?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
EC12	<p>¿Se siente (nombre) a veces demasiado enfermo como para jugar?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
EC13	¿Puede (nombre) seguir instrucciones sencillas en relación a cómo hacer algo correctamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC14	Cuando se le da algo para hacer, ¿Puede (nombre) hacerlo por sí solo(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC15	¿Se lleva (nombre) bien con los otros niños(as)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16	¿(Nombre) pateo, muerde o golpea a otros niños(as) o adultos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17	¿Pierde (nombre) la concentración fácilmente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA			BD
BD1 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA AG2: EDAD DEL NIÑO O LA NIÑA			
<p>El niño(a) tiene 0, 1 ó 2 años <input type="checkbox"/> El niño(a) tiene 3 ó 4 años <input type="checkbox"/> → CA1</p>			
BD2	¿Ha sido amamantado (nombre) alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} BD4
BD3	¿Todavía está él o ella siendo amamantado(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD4	Ayer, durante el día o la noche, ¿Bebió (nombre) <u>algún líquido de una botella con tetera o de un biberón?</u>	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD5	¿Tomó (nombre) <u>algún suero de rehidratación oral (SRO)</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BD6	¿Tomó o comió (nombre) <u>suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento</u> en el día de ayer, durante el día o a la noche?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																				
BD7	<p>Ahora quisiera preguntarle sobre los líquidos que (nombre) pueda haber tomado ayer, durante el día o la noche. Me interesa saber si (nombre) tomó algo, aún si fue en combinación con otros alimentos.</p> <p>Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>¿En el día de ayer, durante el día o la noche, bebió (nombre) los siguientes alimentos...</p> <p>A. agua sola (sin mezclarla con otra cosa)?</p> <p>B. jugos naturales de frutas como mangos, melones, lechosas, naranjas, etc.?</p> <p>C. caldo o sopa no espesa?</p> <p>D. leche envasada, en polvo o leche fresca? SI ES "SÍ": ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche en el día de ayer? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"</p> <p>E. bebió leche de fórmula para bebés? SI ES "SÍ": ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche de fórmula en el día de ayer? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"</p> <p>F. bebió algún otro líquido en el día de ayer? _____ (Especifique)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Sí</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">No</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agua sola.....</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>Jugos naturales.....</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>Caldo o sopa no espesa.....</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>Leche.....</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 style="padding-left: 20px;">Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leche de fórmula.....</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 style="padding-left: 20px;">Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro líquido.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Agua sola.....	1	2	8	Jugos naturales.....	1	2	8	Caldo o sopa no espesa.....	1	2	8	Leche.....	1	2	8	Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				Leche de fórmula.....	1	2	8	Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				Otro líquido.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																																				
Agua sola.....	1	2	8																																				
Jugos naturales.....	1	2	8																																				
Caldo o sopa no espesa.....	1	2	8																																				
Leche.....	1	2	8																																				
Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																							
Leche de fórmula.....	1	2	8																																				
Número de veces bebió leche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																							
Otro líquido.....	1	2	8																																				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																																				
BD8	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre (otros) alimentos que se le pueda haber dado a (nombre) durante el día o la noche. De nuevo, estoy interesada en saber si a (nombre) se le dió el alimento aún cuando se combinara con otros alimentos.</p> <p>Por favor, incluya alimentos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>¿En el día de ayer durante el día o la noche, comió (nombre) los siguientes alimentos...</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. yogurt? SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"</td> <td>Yogurt..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?</td> <td>Cerelac, harina del negrito, etc..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?</td> <td>Pan, arroz, pasta, cereales..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?</td> <td>Auyama, zanahorias, calabacín..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?</td> <td>Papas blancas, ñame blanco..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F. espinaca, brócoli, perejil?</td> <td>Espinaca, brócoli, perejil..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?</td> <td>Mangos maduros, lechosa..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H. alguna otra fruta o verdura?</td> <td>Alguna otra fruta o verdura..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?</td> <td>Hígado, riñón, corazón..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?</td> <td>Cualquier tipo de carne..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>K. huevos?</td> <td>Huevos..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L. pescado o mariscos frescos o secos?</td> <td>Pescado o mariscos..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?</td> <td>Algún alimento hecho a base de habichuelas..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>N. queso u otros alimentos hechos con leche?</td> <td>Queso u otros alimentos hechos con leche..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?</td> <td>Cualquier otro alimento..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>(Especifique)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	A. yogurt? SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"	Yogurt..... 1	2	8	B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?	Cerelac, harina del negrito, etc..... 1	2	8	C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?	Pan, arroz, pasta, cereales..... 1	2	8	D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?	Auyama, zanahorias, calabacín..... 1	2	8	E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?	Papas blancas, ñame blanco..... 1	2	8	F. espinaca, brócoli, perejil?	Espinaca, brócoli, perejil..... 1	2	8	G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?	Mangos maduros, lechosa..... 1	2	8	H. alguna otra fruta o verdura?	Alguna otra fruta o verdura..... 1	2	8	I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?	Hígado, riñón, corazón..... 1	2	8	J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?	Cualquier tipo de carne..... 1	2	8	K. huevos?	Huevos..... 1	2	8	L. pescado o mariscos frescos o secos?	Pescado o mariscos..... 1	2	8	M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?	Algún alimento hecho a base de habichuelas..... 1	2	8	N. queso u otros alimentos hechos con leche?	Queso u otros alimentos hechos con leche..... 1	2	8	O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?	Cualquier otro alimento..... 1	2	8	(Especifique)				
	Sí	No	NS																																																																				
A. yogurt? SI ES SÍ: ¿Cuántas veces comió o bebió yogurt? SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7" SI ES NO SABE ANOTE "8"	Yogurt..... 1	2	8																																																																				
B. cerelac, harina del negrito, nutribén, etc.?	Cerelac, harina del negrito, etc..... 1	2	8																																																																				
C. pan, arroz, cornflake, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos?	Pan, arroz, pasta, cereales..... 1	2	8																																																																				
D. auyama, zanahorias, calabacín, batatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior?	Auyama, zanahorias, calabacín..... 1	2	8																																																																				
E. papas blancas, ñame blanco, yautía, yuca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?	Papas blancas, ñame blanco..... 1	2	8																																																																				
F. espinaca, brócoli, perejil?	Espinaca, brócoli, perejil..... 1	2	8																																																																				
G. mangos maduros, lechosa, melones con el interior naranja?	Mangos maduros, lechosa..... 1	2	8																																																																				
H. alguna otra fruta o verdura?	Alguna otra fruta o verdura..... 1	2	8																																																																				
I. hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes?	Hígado, riñón, corazón..... 1	2	8																																																																				
J. cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato?	Cualquier tipo de carne..... 1	2	8																																																																				
K. huevos?	Huevos..... 1	2	8																																																																				
L. pescado o mariscos frescos o secos?	Pescado o mariscos..... 1	2	8																																																																				
M. algún alimento hecho a base de habichuelas, guisantes, lentejas o nueces?	Algún alimento hecho a base de habichuelas..... 1	2	8																																																																				
N. queso u otros alimentos hechos con leche?	Queso u otros alimentos hechos con leche..... 1	2	8																																																																				
O. cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?	Cualquier otro alimento..... 1	2	8																																																																				
(Especifique)																																																																							
<p>BD9 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA BD8 (CATEGORÍAS DESDE LA "A" HASTA LA "O")</p> <p>Si todas "NO" <input type="checkbox"/> Si al menos un "SÍ" o todas "NS" <input type="checkbox"/> → BD11</p>																																																																							
<p>BD10 ENTREVISTADORA, INDAGUE: PARA QUE DETERMINE SI EL NIÑO(A) COMIÓ ALGÚN ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O ALIMENTOS SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE</p> <p>El niño(a) comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada Regrese a pregunta BD8 y verifique los alimentos comidos ayer (A hasta O). <input type="checkbox"/></p> <p>El niño(a) no comió o la entrevistada no lo sabe <input type="checkbox"/> → Módulo IM Pág. 8</p>																																																																							
BD11	<p>¿Cuántas veces comió (nombre) alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves ayer, durante el día o la noche?</p> <p>SI ES 7 Ó MÁS, ANOTE "7"</p>	<p>Número de veces..... <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe..... 8</p>																																																																					

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
INMUNIZACIÓN		IM	
ENTREVISTADORA: SI ESTÁ DISPONIBLE LA TARJETA DE INMUNIZACIÓN (SALUD INFANTIL), COPIE LAS FECHAS EN PREGUNTA IM3 PARA CADA TIPO DE INMUNIZACIÓN Y VITAMINA (A) REGISTRADA EN LA TARJETA. LAS PREGUNTAS IM6 HASTA IM18 SÓLO DEBEN HACERSE SI LA TARJETA DE INMUNIZACIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE.			
IM1	¿Tiene alguna tarjeta o carnet en donde estén registradas las vacunas administradas a (nombre)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PREGUNTE: ¿Puedo verla por favor? </div>	Sí, vista..... 1 → IM3 Sí, no vista..... 2 → IM6 No hay tarjeta..... 3	
IM2	¿Alguna vez tuvo una tarjeta de inmunización de salud infantil de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	} IM6
IM3	ENTREVISTADORA: 1. COPIE LAS FECHAS PARA CADA VACUNA DE LA TARJETA. 2. ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO LA VACUNA PERO NO INDICA LA FECHA.	Fecha de inmunización	
		Día	Mes
		Año	
BCG			
Hepatitis B (recien nacidos)			
Hepatitis B 1			
Hepatitis B 2			
Hepatitis B 3			
Polio 1			
Polio 2			
Polio 3			
Pentavalente 1			
Pentavalente 2			
Pentavalente 3			
Hexavalente 1			
Hexavalente 2			
Hexavalente 3			
DPT 1			
DPT 2			
DPT 3			
SRP/TRIPLE VIRAL			
Rotavirus 1			
Rotavirus 2			
Rotavirus 3			
HIB 1			
HIB 2			
HIB 3			
Neumococo 1			
Neumococo 2			
Neumococo 3			
Vitamina A 1			
Vitamina A 2			

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
IM4	ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA IM3 ¿ESTÁN ANOTADAS TODAS LAS VACUNAS Y LA VITAMINA A? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → CA1		
IM5	Además de lo registrado en la tarjeta, pregunta IM3 ¿Recibió (nombre) alguna otra vacuna, incluidas vacunas recibidas en campañas o jornadas de inmunización y la dosis de vitamina A? <input type="checkbox"/> Sí → Regrese a la pregunta IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba "66" en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a la pregunta CA1. <input type="checkbox"/> No ó No sabe → Pase a pregunta CA1.		
IM6	¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización o días de la salud de la infancia?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	} IM18
IM7	¿Recibió (nombre) 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 No sabe.....8	
IM8	¿Recibió (nombre) alguna vez una vacuna en gotas en la boca para protegerlo(a) de la polio?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	} IM11A
IM10	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la polio?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM11	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna DPT; es decir, una inyección que se le pone a los niños o niñas en vez de la pentavalente en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina o la difteria? ENTREVISTADORA: INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA DPT ALGUNAS VECES SE APLICA EN EL MISMO MOMENTO QUE LA POLIO	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} IM12
IM11A	¿Cuántas veces se le puso la vacuna DPT?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM12	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna pentavalente; es decir, una inyección en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina, la hepatitis B, la influenza tipo B y la difteria? ENTREVISTADORA, INDAGUE: INDICANDO QUE LA VACUNA PENTAVALENTE ALGUNAS VECES SE APLICA EN EL MISMO MOMENTO QUE LA POLIO	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} IM12B
IM12A	¿Cuántas veces se le puso la vacuna pentavalente?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM12B	¿Recibió alguna vez (nombre) la vacuna hexavalente; es decir, una inyección en el muslo, para prevenir el tétano, la tos ferina, la hepatitis B, la influenza tipo B, la difteria y la polio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} IM13
IM12C	¿Cuántas veces se le puso la vacuna hexavalente?	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	

}

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
IM13	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna de hepatitis B; es decir, una inyección que se pone en el muslo, para prevenir la hepatitis B?</p> <p>ENTREVISTADORA: INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B ALGUNAS VECES SE PONE AL MISMO TIEMPO QUE LAS VACUNAS CONTRA LA POLIO Y LA PENTAVALENTE.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	} IM15A
IM14	<p>¿La primera vacuna de hepatitis B fue recibida dentro de las 24 horas de nacer o más tarde?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
IM15	<p>¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis B?</p>	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM15A	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna de HIB ; es decir, una inyección que se pone en el muslo, para prevenir la Haemophilus influenzae tipo B?</p> <p>ENTREVISTADORA: INDAGUE INDICANDO QUE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B ALGUNAS VECES SE PONE AL MISMO TIEMPO QUE LAS VACUNAS CONTRA LA POLIO Y LA PENTAVALENTE.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	} IM16
IM15B	<p>¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la HIB?</p>	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM16	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el sarampión, la papera o la rubeola (SRP); es decir, una inyección en el brazo a los 12 meses de nacer o después, para evitar que contraiga el sarampión, la papera o la rubeola?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	
IM17A	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el neumococo; es decir, una inyección para evitar la neumonía y la meningitis?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	} IM17C
IM17B	<p>¿Cuántas veces recibió la vacuna contra el neumococo?</p>	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM17C	<p>¿Recibió (nombre) alguna vez las vacunas orales contra el rotavirus; es decir, contra el germen o virus que causa diarrea, vómito y fiebre?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	} IM18
IM17D	<p>¿Cuántas veces recibió la vacuna oral contra el rotavirus?</p>	Número de veces..... <input type="checkbox"/>	
IM18	<p>¿Recibió (nombre) una dosis de vitamina A (como esta o alguna de estas) en los últimos 6 meses?</p> <p>ENTREVISTADORA: MUÉSTRELE LA VITAMINA "A"</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
		CUIDADO DE ENFERMEDADES	CA
CA1	En las últimas dos semanas ¿Tuvo (nombre) diarrea ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} CA6A
CA2	Me gustaría saber que cantidad de líquido se le dio de beber a (nombre) mientras estuvo con diarrea (incluyendo leche materna). Durante el tiempo en que (nombre) tuvo diarrea, ¿Para tomar, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual? ENTREVISTADORA: SI BEBIÓ "MENOS", INDAGUE: ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?	Mucho menos..... 1 Un poco menos..... 2 Casi lo mismo..... 3 Más..... 4 No se le dió nada para tomar..... 5 No sabe..... 8	
CA3	Durante el tiempo que (nombre) estuvo con diarrea, ¿Para comer, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada? ENTREVISTADORA: SI RESPONDE "MENOS", INDAGUE: ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos?	Mucho menos..... 1 Un poco menos..... 2 Casi lo mismo..... 3 Más..... 4 Suspendió la comida..... 5 Nunca se le dió de comer..... 6 No sabe..... 8	
CA3A	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} CA4
CA3B	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? ENTREVISTADORA, INDAGUE: ¿Algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS, PERO NO PROPORCIONE NINGUNA SUGERENCIA. INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE RESPUESTA. SI NO PUEDE DETERMINAR SI SE TRATA DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. _____ (Nombre del lugar)	Sector público: Hospital del gobierno..... A Clínica del gobierno o centro de salud..... B Puesto de salud del gobierno..... C Trabajador(a) de salud de la comunidad..... D Clínica móvil o ambulante..... E Botica popular..... F Otra institución pública..... H (Especifique) Sector médico privado: Hospital o clínica privada..... I Médico privado..... J Farmacia privada..... K Clínica móvil..... L Otro médico privado..... O (Especifique) Otras fuentes: Pariente o amigo..... P Tienda..... Q Profesional tradicional..... R Otro..... X (Especifique)	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																
CA4	<p>Durante el episodio de diarrea, ¿Se le dio de beber a (nombre)...</p> <p>A. un polvo que viene en un paquete especial llamado Suero de Rehidratación Oral (SRO)?</p> <p>B. algún fluido pre-empacado de SRO para diarrea como: pedialite, electrolitos, pedisol, etc?</p> <p>C. algún suero casero?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suero de Rehidratación Oral (SRO)</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>Fluido pre-empacado de (SRO).....</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>Algún suero casero.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Suero de Rehidratación Oral (SRO)	1	2	8	Fluido pre-empacado de (SRO).....	1	2	8	Algún suero casero.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																
Suero de Rehidratación Oral (SRO)	1	2	8																
Fluido pre-empacado de (SRO).....	1	2	8																
Algún suero casero.....	1	2	8																
<p>CA4A ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CA4 (SRO)</p> <p>Al niño o niña se le dio algún SRO ("Sí" circulado en "A" o "B" en pregunta CA4) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Al niño o niña no se le dio ningún SRO <input type="checkbox"/> → CA5</p>																			
CA4B	<p>¿Dónde obtuvo usted el SRO?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>ENTREVISTADORA:</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE LUGAR O PERSONA.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI EL LUGAR ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR</p> </div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital del gobierno..... 11</p> <p>Clínica del gobierno o centro de salud..... 12</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 13</p> <p>Trabajador(a) de salud de la comunidad..... 14</p> <p>Clínica móvil o ambulante..... 15</p> <p>Botica Popular..... 17</p> <p>Otra institución pública _____ 16</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital o clínica privada.....21</p> <p>Médico privado..... 22</p> <p>Farmacia privada..... 23</p> <p>Clínica móvil..... 24</p> <p>Otro médico privado _____ 26</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>Otras fuentes:</p> <p>Pariente o amigo..... 31</p> <p>Tienda..... 32</p> <p>Profesional tradicional..... 33</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																	
CA5	<p>¿Se le dio alguna otra cosa para tratar la diarrea?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	} CA6A																
CA6	<p>¿Qué otra cosa se le dio para tratar la diarrea?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</p> <p>¿Algo más?</p> <p>1. REGISTRE TODOS LOS TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS.</p> <p>2. ESCRIBA LA(S) MARCA(S) DE TODOS LOS MEDICAMENTOS NOMBRADOS.</p> </div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del medicamento)</p>	<p>Pastilla o jarabe:</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antiespasmódico..... B</p> <p>Zinc..... C</p> <p>Otras pastillas o jarabes (que no sean antibióticos, antiespasmódico)..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H</p> <p>Inyección:</p> <p>Antibiótica..... L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe que tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa..... O</p> <p>Remedio casero o medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otro _____ X</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
CA12	En algún momento durante la enfermedad, ¿Se le dió a (nombre) algún medicamento para tratar esta enfermedad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} CA14
CA13	¿Qué medicamento se le dió a (nombre) ?	Antibióticos: En pastilla o jarabe..... I En inyección..... J Otros medicamentos: Paracetamol, Panadol, Acetaminofeno..... P Aspirina..... Q Ibuprofeno..... R Otro _____ X (Especifique) No sabe..... Z	
CA14 ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA PREGUNTA AG2: EDAD DEL NIÑO O NIÑA <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Edad del niño(a) 0, 1 ó 2 <input type="checkbox"/> Edad del niño(a) 3 o 4 <input type="checkbox"/> → UF13 </div>			
CA15	La última vez que (nombre) hizo una deposición o hizo caca, ¿Cómo se eliminó la deposición?	El niño o niña usó el inodoro o letrina..... 01 La puso o descargó en el inodoro o letrina..... 02 La puso o descargó en el desagüe, cañada o zanja..... 03 La tiró a la basura (residuo sólido)..... 04 La enterró..... 05 Se dejó en el suelo al aire libre..... 06 Otra _____ 96 (Especifique) No sabe..... 98	

Hora Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	UF13 Anote la hora y minutos de finalización de la entrevista.....
--	---

UF14 ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA LISTA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, PREGUNTAS HL2 Y HL15 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR "1". ¿LA PERSONA ENTREVISTADA ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE ALGÚN OTRO NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS QUE VIVE EN ESTE HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí → Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada. <input type="checkbox"/> No → Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe continuar con la siguiente entrevista en caso de que haya alguna otra mujer u otro niño o niña menor de 5 años.
--