

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS			UF
UF1. Número de conglomerado: _____	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 código de la encuestadora: NOMBRE _____	UF6. Nombre y código de la supervisora: NOMBRE _____		
UF7. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / 201_	UF8. Registre 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 registrar '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 Instituto Nacional de Estadística. Estamos trabajando 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 número de minutos. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor hágame saber. ¿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 número de minutos. De nuevo, toda información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna o desea detener la entrevista, por favor hágame saber. ¿Puedo comenzar ahora?	
SÍ..... 1 NO / NO SE PREGUNTÓ 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.	COMPLETADA 01 AUSENTE..... 02 RECHAZO..... 03 COMPLETADA PARCIALMENTE..... 04 INCAPACITADA (especifique) _____ 05
Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.	
Comente con su supervisora cualquier resultado no completado.	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
UB0. Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer la partida de Nacimiento y el carnet de vacunación Infantil de (nombre), así como cualquier registro de inmunización de un proveedor de salud? Necesitaremos referirnos a esos documentos.		
UB1. ¿En qué día, mes y año nació (nombre)? Indague: ¿Cuándo es su cumpleaños? Si la madre/ cuidadora conoce la fecha exacta de nacimiento, registre también el día; de lo contrario, registre '98' para el día. El mes y el año <u>deben</u> ser anotados.	FECHA DE NACIMIENTO DÍA NS DÍA..... 98 MES AÑO 2 0 1 _	
UB2. ¿Qué edad tiene (nombre)? Indague: ¿Qué edad tenía (nombre) en su último cumpleaños? Registre la edad en años cumplidos. Registre '0' si es inferior a 1 año Si las respuestas a UB1 y UB2 son inconsistentes, indague más y corrija.	EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS) _	
UB3. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2..... 1 EDAD 3 Ó 4 2	1 ⇒Fin
UB4. Verifique el número de línea del encuestado (UF4) y el encuestado en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):	ENCUESTADO ES EL MISMO, UF4=HH47 1 ENCUESTADO NO ES EL MISMO, UF4≠HH47 2	2 ⇒UB6
UB5. Verifique ED10 en el MÓDULO DE EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asiste el niño/a a Educación Pre-básica o a algún programa para la primera infancia (GUARDERÍAS INFANTILES, JARDINES DE NIÑOS, CCEPREB) en el actual año lectivo?	SÍ, ED10=1 1 NO, ED10≠1 O EN BLANCO..... 2	1 ⇒UB8B 2 ⇒Fin
UB6. ¿Ha (nombre) alguna vez asistido a algún programa de educación para la primera infancia, como, por ejemplo, guarderías infantiles, jardines de niños, CCEPREB?	SÍ..... 1 NO..... 2	2 ⇒Fin
UB7. En algún momento desde el año 2019, ¿asistió a (los programas mencionados en la UB6)?	SÍ..... 1 NO..... 2	1 ⇒UB8A 2 ⇒Fin

UB8A. ¿Asiste actualmente a (<i>programas mencionados en UB6</i>)?	SÍ..... 1 NO..... 2	
UB8B. Usted ha mencionado que (<i>nombre</i>) ha asistido a un programa de educación para la primera infancia guarderías infantiles, jardines de niños, CCEPREB durante este año lectivo ¿Actualmente asiste a este programa?		

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿Tiene (<i>nombre</i>) partida de nacimiento? <i>Si es 'Sí', pregunte:</i> ¿Puedo verlo?	SÍ, VISTO..... 1 SÍ, NO VISTO 2 NO..... 3 NS 8	1 ⇒Fin 2 ⇒Fin
BR2. ¿El nacimiento de (<i>nombre</i>) fue registrado ante el Registro Nacional de las personas?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	1 ⇒Fin
BR3. ¿Sabe cómo registrar el nacimiento de (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿Sabe cómo realizar el trámite para registrar el nacimiento de (<i>nombre</i>) en el registro nacional de las personas?	SÍ..... 1 NO..... 2	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																
EC1. ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (<i>nombre</i>)?	NINGUNO 00 NÚMERO DE LIBROS DE NIÑOS/AS <u>0</u> ____ DIEZ O MÁS LIBROS 10																	
EC2. Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (<i>nombre</i>) juega cuando está en casa. ¿Juega con:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] juguetes caseros tales como muñecas, carritos u otros juguetes hechos en casa?</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>[B] juguetes de una tienda o fabricados?</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>[C] objetos del hogar como tazones u ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas?</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>		SI	NO	NS	[A] juguetes caseros tales como muñecas, carritos u otros juguetes hechos en casa?	1	2	8	[B] juguetes de una tienda o fabricados?	1	2	8	[C] objetos del hogar como tazones u ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas?	1	2	8	
	SI	NO	NS															
[A] juguetes caseros tales como muñecas, carritos u otros juguetes hechos en casa?	1	2	8															
[B] juguetes de una tienda o fabricados?	1	2	8															
[C] objetos del hogar como tazones u ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas?	1	2	8															
EC3. A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa. ¿Cuántos días en la última semana fue (<i>nombre</i>):	NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA..... ____ NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ A CARGO DE OTRO NIÑO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA ____ <i>Si la respuesta es "ningún día", registre '0'. Si la respuesta es "no sé", escriba '8'.</i>																	
EC4. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, Ó 1 1 EDAD 2, 3 Ó 4 2	1 ⇨ Fin																

EC5. En los pasados 3 días, ¿usted o alguien del hogar de 15 años o mayor participó en alguna de las siguientes actividades con (<i>nombre</i>): Si es "Sí", pregunte: ¿Quién participó en esta actividad con (<i>nombre</i>)? <i>Los padres/madres adoptivas 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> <i>Registre todas las opciones que correspondan.</i> <i>'Nadie' no puede ser registrado si algún miembro del hogar de 15 años de edad o más realiza actividades con el niño/a.</i>	<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;">OTRO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?</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>[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?</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>[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?</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>[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?</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>[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?</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>[F] ¿Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?</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	OTRO	NADIE	[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?	A	B	X	Y	[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?	A	B	X	Y	[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	[F] ¿Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	
	MADRE	PADRE	OTRO	NADIE																																	
[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																																	
[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																																	
[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?	A	B	X	Y																																	
[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?	A	B	X	Y																																	
[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																																	
[F] ¿Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																																	
EC5G. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 2 1 EDAD 3 Ó 4 2	1 ⇨ Fin																																			
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>). ¿Puede (<i>nombre</i>) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?	SÍ 1 NO 2 NS 8																																				
EC7. ¿Puede (<i>nombre</i>) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?	SÍ 1 NO 2 NS 8																																				
EC8. ¿Sabe (<i>nombre</i>) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?	SÍ 1 NO 2 NS 8																																				

EC9. ¿Puede (<i>nombre</i>) recoger 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>) patea, muerde o golpea a otros niños/as o adultos?	SÍ 1 NO 2 NS 8	
EC15. ¿Se distrae (<i>nombre</i>) fácilmente?	SÍ 1 NO 2 NS 8	

DISCIPLINA INFANTIL		UCD
UCD1. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0..... 1 EDAD 1, 2, 3 Ó 4..... 2	1 ⇒Fin
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 (<i>nombre</i>) en el mes pasado.	SÍ NO [A] Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (<i>nombre</i>) le gusta, o no le permitió salir de la casa. LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO1 2 [B] Le explicó a (<i>nombre</i>) por qué estuvo mal su comportamiento. EXPLICÓ EL COMPORTAMIENTO ERRÓNEO1 2 [C] Lo/la sacudió. LO/LA SACUDIÓ1 2 [D] Le gritó, le gritó muy fuerte. 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 lo/la nalgueó sólo con la mano. LE DIO UNA TUNDA, LO/LA NALGUEÓ SÓLO CON LA MANO1 2 [G] Lo/la golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, con una sandalia, un palo u otro objeto duro. LO/LA GOLPEÓ CON UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO1 2 [H] Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida. LO/LA LLAMÓ TONTO/A, PEREZOSO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA ...1 2 [I] Lo/la golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas. GOLPEÓ / DIO PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS1 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 PUDO 1 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?	SÍ..... 1 NO 2	2 ⇒UCD5
UCD4. Verifique UF4: ¿Esta entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro niño?	SÍ..... 1 NO 2	1 ⇒Fin
UCD5. ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño/una niña, se le debe castigar físicamente?	SÍ..... 1 NO 2 NS / SIN OPINIÓN..... 8	

FUNCIONAMIENTO INFANTIL		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 anteojos?	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) No puede realizar la actividad <i>Repita las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no usa 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) No puede realizar la actividad		
UCF6. Verifique UCF2: ¿El niño/a usa anteojos?	SÍ, UCF2=1..... 1 NO, UCF2=2..... 2	1 ⇒UCF7A 2 ⇒UCF7B
UCF7A. Cuando (nombre) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver: UCF7B. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE 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 (aparato para oír) ¿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 NO PUEDE 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 NO PUEDE CAMINAR..... 4	

UCF12. Cuando (nombre) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE CAMINAR..... 4	1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14
UCF13. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE CAMINAR..... 4	
UCF14. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para recoger objetos pequeños con la mano:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE RECOGER..... 4	
UCF15. ¿Tiene (nombre) dificultad para entenderle a usted:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE ENTENDER..... 4	
UCF16. Cuando (nombre) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE SER ENTENDIDO..... 4	
UCF17. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para aprender cosas:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE APRENDER..... 4	
UCF18. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para jugar:	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE JUGAR..... 4	
UCF19. La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿qué tanto patea, muerde o golpea (nombre) a otros niños/as o adultos: ¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más:	NO LO HACE..... 1 MENOS..... 2 LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 MUCHO MÁS..... 5	

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, bebió (<i>nombre</i>) algún líquido de una botella con chupón, pepe o biberón?	SÍ..... 1 NO..... 2				
	NS 8				
BD5. ¿Tomó (<i>nombre</i>) Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO) en el día de ayer, durante el día o la noche?	SÍ..... 1 NO..... 2				
	NS 8				
BD6. ¿Tomó o comió (<i>nombre</i>) suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento en el día de ayer, durante el día o 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 la noche. Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar. ¿Bebió (<i>nombre</i>) (<i>nombre del ítem</i>) ayer durante el día o la noche?			SÍ	NO	NS
[A] Agua sola (sin aditivos)?	AGUA SOLA	1	2	8	
[B] Jugo o bebidas de jugo?	JUGO O BEBIDAS DE JUGO	1	2	8	
[C] Caldo/sopa no espesa?	CALDO/SOPA NO ESPESA	1	2	8	
[D] Leche de fórmula, como leche, Nan, Enfamil, etc.?	LECHE DE FÓRMULA	1	2	8	
			BD7	BD7	
			[E]	[E]	
[D1] ¿Cuántas veces bebió (<i>nombre</i>) leche de fórmula? <i>Si es 7 o más veces, registre '7'.</i> <i>Si es desconocido, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE DE FÓRMULA	—			

[E] Leche de origen animal, como leche fresca de vaca, envasada o en polvo como Pinito, Ceteco, Nido.	LECHE	1	2	8	
			BD7	BD7	
			[X]	[X]	
[E1] ¿Cuántas veces bebió (<i>nombre</i>) leche? <i>Si es 7 o más veces, registre '7'.</i> <i>Si es desconocido, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE	—			
[X] Algún otro líquido?	OTROS LÍQUIDOS	1	2	8	
			BD8	BD8	
[X1] Registre todos los otros líquidos mencionados.	(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: por favor, dígame todo lo que (<i>nombre</i>) comió en ese momento. Indague: ¿algo más? Registre 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>					
Para cada grupo de alimentos no mencionado después de completar lo anterior, pregunte: 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 BD7[E] o BD7[X] dependiendo del contenido de leche.</i>	YOGURT	1	2	8	
			BD8	BD8	
			[B]	[B]	
[A1] ¿Cuántas veces (<i>nombre</i>) comió o bebió yogurt? <i>Si es 7 veces o más, registre '7'.</i> <i>Si no sabe, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ YOGURT	—			
[B] ¿Algún alimento fortificado para bebé, como, por ejemplo, Cerelac, Gerber, o Nestum?	ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ	1	2	8	
[C] Pan, tortillas, arroz, fideos, avena, poleada u otros alimentos elaborados con granos?	ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS	1	2	8	
[D] ¿Calabaza, zanahorias, ayote, camote, que son de color amarillo o naranja por dentro?	CALABAZA, ZANAHORIA, AYOTE, CAMOTE, ETC.	1	2	8	
[E] ¿Papa, yuca, malanga o cualquier alimento hecho de raíces?	ALIMENTOS HECHOS A BASE DE RAÍCES	1	2	8	
[F] ¿Alguna verdura de hojas verde oscuro y frondosas como brócoli, mostaza, espinacas, acelga?	VERDURAS DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS	1	2	8	

[G] ¿Mangos maduros o papayas maduras, melón?	MANGOS/PAPAYA MADUROS	1	2	8
[H] ¿Alguna otra fruta o verdura, como naranjas, sandías, manzana, aguacate, bananos, mandarinas, ciruelas, durazno, lechuga y repollo?	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, cordero, cabra, pollo o pavo 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, guisantes, lentejas o nueces, incluyendo cualquier alimento hecho a base de estos?	ALIMENTOS A BASE DE FRIJOLES, GUISANTES, NUECES, ETC.	1	2	8
[N] ¿Queso, mantequilla, quesillo 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 δ BD9	8 δ BD9
[X1] Registre cualquier otro alimento sólido, semisólido o blando que no corresponda a ningún grupo de alimentos mencionado anteriormente.	(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[A]</i> <i>Si es 7 veces o más, registre '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 \Rightarrow Fin		
IM2. ¿Tiene carnet/tarjeta nacional de vacunación, o cualquier otro documento en donde estén registradas por escrito las vacunas administradas a (<i>nombre</i>)?		SÍ, SOLO CARNET..... 1 SÍ, SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO 2 SÍ, TIENE CARNET(S) Y OTRO DOCUMENTO..... 3 NO, NO TIENE CARNET NI OTRO DOCUMENTO 4						1 \Rightarrow IM5 3 \Rightarrow IM5		
IM3. ¿Alguna vez tuvo carnet/tarjeta o registros de vacunación para (<i>nombre</i>)?		SÍ 1 NO 2								
IM4. Verifique IM2:		SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO, IM2=2 1 NO TIENE CARNET NI DOCUMENTOS DISPONIBLES, IM2=4 2						2 \Rightarrow IM11		
IM5. ¿Podría ver su carnet/tarjeta de vacunación (y/u) otro documento?		SÍ, SOLO SE VIO EL CARNET 1 SÍ, SOLO SE VIO OTRO DOCUMENTO 2 SÍ, SE VIERON EL CARNET Y EL OTRO DOCUMENTO..... 3 NO SE VIERON EL CARNET NI EL OTRO DOCUMENTO 4						4 \Rightarrow IM11		
IM6. (a) Copie las fechas para cada vacuna del Carnet (b) Registre '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	BCG			2	0	1				
HepB (al nacer)	HepB0			2	0	1				
Polio (VOP/Sabin o VPI) 1	PrimeraDosis			2	0	1				
Polio (VOP/Sabin o VPI) 2	SegundaDosis			2	0	1				
Polio (VOP/Sabin o VPI) 3	TerceraDosis			2	0	1				
Polio Refuerzo (VOP/Sabin)	PrimerRefuerzo			2	0	1				
Pentavalente (DPT-Hib-HepB) 1	Penta1			2	0	1				
Pentavalente (DPT-Hib-HepB) 2	Penta2			2	0	1				
Pentavalente (DPT-Hib-HepB) 3	Penta3			2	0	1				
Neumococo 1	Neumo1			2	0	1				
Neumococo 2	Neumo2			2	0	1				
Neumococo 3	Neumo3			2	0	1				
Rotavirus 1	Rota1			2	0	1				
Rotavirus 2	Rota2			2	0	1				

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. En las últimas dos semanas, ¿tuvo (<i>nombre</i>) diarrea?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA1A. ¿Había sangre en las evacuaciones?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8	
CA2. Verifique BD3: ¿Está todavía el niño/a siendo amamantado?	SÍ O EN BLANCO, BD3=1 O EN BLANCO.....1 NO O NS, BD3=2 U 8.....2	1⇒CA3A 2⇒CA3B
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 (Litrosol, Pedialite, Oralite, Oraldex) y otros líquidos administrados con medicamentos. 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? <i>Si bebió "menos", indague:</i> ¿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 DIO NADA PARA TOMAR..... 5 NO SABE8	
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 (Litrosol, Pedialite, Oralite, Oraldex) y otros líquidos administrados con medicamentos. 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? <i>Si bebió "menos", indague:</i> ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?		
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?: <i>Si responde "menos", indague:</i> ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 CASI LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 SUSPENDIÓ LA COMIDA..... 5 NO SE LE DIO DE COMER..... 7 NO SABE 8	

CA5. ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA6. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento? <i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i> <i>Registre todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i> <i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i> <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i> _____ <i>(Nombre del lugar)</i>	SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL SECRETARÍA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CESAMO D CESAR.....E VOLUNTARIOS DE SALUDF OTRO PÚBLICO <i>(especifique)</i>H SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... I CLINICA PRIVADAJ FARMACIAK CLINICA ONG L CLÍNICA MÓVIL M OTRO PRIVADO <i>(especifique)</i> O NO SABE SI ES PUBLICO O PRIVADO.....W OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO..... P TIENDA / MERCADO / CALLE.....Q OTRO <i>(especifique)</i> X	
CA7. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (<i>nombre</i>):	S N NS	
[A] Un líquido preparado con un paquete especial de sales de rehidratación oral (litrosol etc.)?	FLUIDO DE SRO EN PAQUETE.....1 2 8	
[B] Algún fluido pre-ensado de solución de rehidratación oral (Pedialite, Oralite, Oraldex, Oralectril)?	FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO...1 2 8	
[C] ¿Pastillas o jarabe de zinc?	PASTILLAS O JARABE DE ZINC.....1 2 8	
[D] ¿Suero casero (agua de arroz, preparado con agua hervida con limón y azúcar y otros)?	FLUIDO RECOMENDADO.....1 2 8	

CA8. Verifique CA7[A] y CA7[B]: ¿Se le dio al niño/a SRO?	SÍ, SÍ EN CA7[A] O CA7[B]..... 1 NO, 'NO' O 'NS' EN CA7[A] Y CA7[B]2	2 ⇒ CA10
CA9. ¿Dónde obtuvo usted la (SRO mencionada en CA7[A] y/o CA7[B])? <i>Indague para identificar la fuente.</i> Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente. <u>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado</u> , escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. _____ (Nombre del lugar)	SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUDA HOSPITAL DEL IHSSB CESAMO.....D CESARE VOLUNTARIOS DE SALUDF OTRO PÚBLICO (especifique) _____ H SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... I CLINICA PRIVADAJ FARMACIAK CLINICA ONGL CLÍNICA MÓVILM OTRO PRIVADO (especifique) _____ O NO SABE SI ES PUBLICO O PRIVADO.....W OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO..... P TIENDA / MERCADO / CALLE.....Q OTRO (especifique) _____ X NS / NO SE ACUERDA Z	
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. <u>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado</u> , escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. _____ (Nombre del lugar)	SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUDA HOSPITAL DEL IHSSB CESAMO.....D CESARE VOLUNTARIOS DE SALUDF OTRO PÚBLICO (especifique) _____ H SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... I CLINICA PRIVADAJ FARMACIAK CLINICA ONGL CLÍNICA MÓVILM OTRO PRIVADO (especifique) _____ O NO SABE SI ES PUBLICO O PRIVADO.....W OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO..... P TIENDA / MERCADO / CALLE.....Q CURANDERO/CHAMAN 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 ANTIBIÓTICOA ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA) ...B OTRA PASTILLA O JARABE.....G NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE H INYECCIÓN ANTIBIÓTICAL NO ANTIBIÓTICA.....M NO SABE TIPO DE INYECCIÓNN INTRAVENOSA (IV).....O REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS.....Q OTRO (especifique) _____ X	
CA14. En las dos últimas semanas, ¿ha estado (<i>nombre</i>) enfermo con fiebre en algún momento?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	2 ⇒ CA16 8 ⇒ CA16

CA15. ¿En algún momento durante la enfermedad, se tomó a (nombre) una muestra de sangre del dedo o talón?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	
CA16. En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido (nombre) alguna enfermedad con tos?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	
CA17. En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿respiraba (nombre) 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?	SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD.....A HOSPITAL DEL IHSS.....B CESAMOD CESAR.....E VOLUNTARIOS DE SALUD.....F OTRO PÚBLICO (<i>especifique</i>) H	
<i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i>		
<i>Registre todas las fuentes mencionadas, pero <u>no</u> proporcione ninguna sugerencia.</i>		
<i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i>	SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... I CLINICA PRIVADA J FARMACIAK CLINICA ONG L CLÍNICA MÓVIL M OTRO PRIVADO (<i>especifique</i>) O	
<i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i>	NO SABE SI ES PUBLICO O PRIVADO.....W	
	OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO..... P TIENDA / MERCADO / CALLE.....Q CURANDERO/CHAMANR OTRO (<i>especifique</i>) X	
_____ (<i>Nombre del lugar</i>)		
CA22. En algún momento durante la enfermedad, ¿se le dio a (nombre) algún medicamento para tratar esta enfermedad?	SÍ.....1 NO.....2 NS.....8	2⇒CA30 8⇒CA30

<p>CA23. ¿Qué medicamento se le dio a (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> <input type="checkbox"/> ¿Algún otro medicamento?</p> <p><i>Registre todos los medicamentos que se le administraron. Registre la marca de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p><i>Si no puede determinar el tipo de medicina, escriba la marca y temporalmente registre 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p>	<p>ANTIMALÁRICOS CLOROQUINA.....C PRIMAQUINA I OTRO ANTIMALARICO (<i>especifique</i>) _____ K</p> <p>ANTIBIÓTICOS AMOXICILLINA.....L COTRIMOXAZOL.....M OTRO ANTIBIÓTICO EN PASTILLA O JARABE.....N OTRO ANTIBIÓTICO EN INYECCIÓN.....O</p> <p>OTROS MEDICAMENTOS PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINOFÉN R ASPIRINA S IBUPROFENO..... T</p> <p>SOLO RECUERDA LA MARCA W</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X NS..... Z</p>	
<p>CA24. Verifique CA23: ¿Antibióticos mencionados?</p>	<p>SÍ, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS, CA23=L-O.....1 NO, ANTIBIÓTICOS NO MENCIONADOS2</p>	<p>2 ⇒CA26</p>

<p>CA25. ¿Dónde obtuvo el (<i>nombre del medicamento en CA23, códigos L-O</i>)?</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><i>Si no puede determinar si se trata de público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'W' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>SECTOR MÉDICO PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUDA HOSPITAL DEL IHSSB CESAMOD CESAR.....E VOLUNTARIOS DE SALUD F OTRO PÚBLICO (<i>especifique</i>) _____ H</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... I CLINICA PRIVADA J FARMACIAK CLINICA ONG L CLÍNICA MÓVIL M OTRO PRIVADO (<i>especifique</i>) _____ O</p> <p>NO SABE SI ES PUBLICO O PRIVADO.....W</p> <p>OTRA FUENTE FAMILIAR / AMIGO..... P TIENDA / MERCADO / CALLE.....Q CURANDERO/CHAMANPROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X NS / NO SE ACUERDA Z</p>	
<p>CA26. Verifique CA23: ¿Se mencionó antimalárico?</p>	<p>SÍ, SE MENCIONÓ ANTIMALÁRICO, CA23=C-K.....1 NO, NO SE MENCIONÓ ANTIMALÁRICO....2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>

UF11. Registre la hora.	HORAS Y MINUTOS..... ____ : ____	
UF12. Idioma del cuestionario.	ESPAÑOL..... 1	
UF13. Idioma de la entrevista.	ESPAÑOL..... 1 INGLES 2 MISQUITO 3	
UF14. Lengua materna de la entrevistada.	ESPAÑOL..... 1 INGLES 2 MISQUITO 3 GARIFUNA 4	
UF15. ¿Se utilizó un traductor en alguna parte de este cuestionario?	SÍ, TODO EL CUESTIONARIO.....1 SÍ, PARTE DEL CUESTIONARIO.....2 NO, NO SE UTILIZÓ.....3	
<p>UF16. Explique al entrevistado que usted necesitará medir el peso, la altura del niño/a y realizar la prueba de anemia antes de que usted salga del hogar y que una 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 cuidadora 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 registre '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 cuidadora 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 registre '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 registre '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 DE LA ENCUESTADORA

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

HH42. Verifique HH9 en el PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR: ¿Se ha seleccionado el hogar para el Cuestionario de prueba de calidad del agua?	SÍ, HH9=11 NO, HH9=22	2 ⇒ HH45
HH43. Emita un CUESTIONARIO DE PRUEBA DE CALIDAD DEL AGUA para este hogar		
HH44. Como parte de la encuesta, también queremos saber sobre la calidad del agua para beber. Nos gustaría hacer una prueba simple del agua que utilizan para beber. Un colega vendrá para tomar muestras de agua. ¿Podemos hacer esa prueba? <i>Si el entrevistado solicita conocer los resultados, explique que no se compartirán con los hogares individuales, sino que se pondrán a disposición de las autoridades locales.</i>	SÍ, SE CONCEDE PERMISO 1 NO SE CONCEDE PERMISO 2	2 ⇒ Registre '02' en WQ31 en el CUESTIONARIO DE PRUEBA DE CALIDAD DEL AGUA
HH45. Ahora regrese al PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR y, <ul style="list-style-type: none"> • Registre '01' en la pregunta HH46 (Resultado de la entrevista del Cuestionario de Hogar), • Registre el nombre y el número de línea (del LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR) de la persona que respondió la entrevista del Cuestionario de Hogar en HH47, • Complete las preguntas HH48–HH52, • Agradezca al entrevistado por su cooperación y luego • Proceda con la administración de los demás cuestionario(s) individual(es) en este hogar. <p><i>Si no hay un cuestionario individual ni tampoco un CUESTIONARIO DE PRUEBA DE CALIDAD DEL AGUA que deba completarse en este hogar, agradezca al entrevistado por su cooperación y vaya al siguiente hogar que le haya asignado su supervisor.</i></p>		

OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA