

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<p><i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar).</i></p> <p><i>Se debe usar un cuestionario separado para cada niño/a elegible.</i></p>		
UF1. Número de conglomerado: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de residente del niño/a : _____	
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de residente de la madre/persona encargada: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (nombre del niño/a de UF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (nombre del niño/niña de UF3) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</p>	

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Completada parcialmente 04 Incapacitada 05 Otro (<i>especifique</i>) _____ 96
UF10A. Nombre y número del supervisor de campo: Nombre _____	
UF12. Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____

EDAD		AG
<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i></p> <p><i>Debe anotar el mes y el año.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día__ __</p> <p>No sabe día98</p> <p>Mes.....__ __</p> <p>Año201 __</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años completos.</i></p> <p><i>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</i></p> <p><i>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</i></p>	<p>Edad (en años completos).....__</p>	
<p>AG3. ¿(<i>NOMBRE</i>) ESTÁ AFILIADO/A O INSCRITO/A A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE:</p> <p><i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i></p>	<p>Seguro Social (IMSS)?.....A</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C</p> <p>Pemex, Defensa o Marina?.....D</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....E</p> <p>Seguro PrivadoF</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)X</p> <p>No responde.....?</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p>BR1. ¿TIENE UN ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?</p>	<p>Sí, visto 1</p> <p>Sí, no visto 2</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒ Siguiete módulo</p> <p>2⇒Siguiete módulo</p>

<p>BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒Siguiente Módulo</p> <p>8⇒BR3</p>
<p>BR2A. ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS POR LOS QUE (<i>nombre</i>) NO HA SIDO REGISTRADO O NO CUENTA CON ACTA DE NACIMIENTO?</p> <p><i>Circule todas las respuestas que correspondan.</i></p>	<p>El costo de tramitar el acta de nacimiento ya sea recién nacido o más tarde es alto.....A</p> <p>La oficina del registro civil se encuentra lejos en otra localidad o municipio.....B</p> <p>Toma demasiado tiempo realizar el trámite.....C</p> <p>Dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro.....D</p> <p>No se cuenta con el certificado de nacimiento.....E</p> <p>El acta no ofrece ningún beneficio al niño (a) o la familia del niño(a).....F</p> <p>Los trámites se realizan en una lengua diferente.....G</p> <p>No entiendo cómo puedo realizar el registro....H</p> <p>Los padres son de nacionalidad diferente a la mexicana.....I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)X</p> <p>No sabe.....Z</p> <p>No responde.....?</p>	
<p>BR3. ¿SABE CÓMO TRAMITAR EL ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....9</p>	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																				
<p>EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS PARA NIÑAS Y NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Ninguno 00</p> <p>Número de libros para niños.....0__</p> <p>Diez o más libros 10</p> <p>No responde.....99</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, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?</p> <p><i>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juguetes de tienda.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Juguetes caseros.....1	2	8	9		Juguetes de tienda.....1	2	8	9		Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																		
Juguetes caseros.....1	2	8	9																			
Juguetes de tienda.....1	2	8	9																			
Objetos del hogar u objetos del exterior1	2	8	9																			
<p>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.</p> <p>¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p><i>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.</i> <i>Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</i></p>	<p>Número de días que lo dejó solo/a 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>No responde.....9</p>																					
<p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Continúe con EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p>																						

<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN/DESARROLLO TEMPRANO ESTRUCTURADO Y FORMAL, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN DE NIÑOS, GUARDERÍAS O ESTANCIAS?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9</p>																																											
<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>)?: <i>Si es "SI", pregunte:</i></p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DEL HOGAR (MÁS ALLÁ DEL JARDÍN, PATIO O SOLAR)?</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="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó cosas o animales</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	NR	Leyó libros	A	B	X	Y	9	Contó cuentos	A	B	X	Y	9	Cantaron canciones	A	B	X	Y	9	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9	Jugó	A	B	X	Y	9	Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9	
	Madre	Padre	Otro	Nadie	NR																																							
Leyó libros	A	B	X	Y	9																																							
Contó cuentos	A	B	X	Y	9																																							
Cantaron canciones	A	B	X	Y	9																																							
Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9																																							
Jugó	A	B	X	Y	9																																							
Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9																																							
<p>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9</p>																																											
<p>EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9</p>																																											

<p>EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC12. ¿A VECES (<i>nombre</i>) SE SIENTE DEMASIADO ENFERMO/A COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC14. CUANDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO/A?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	

<p>EC18. Verifique en AG2 la fecha de nacimiento de (nombre) y calcule su edad en meses _____ edad en meses</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Continúe con EC19</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 6 a 11 meses ⇒ Continúe con EC21</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 12 a 23 meses ⇒ Continúe con EC25</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 24 a 35 meses ⇒ Continúe con EC27</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene más 36 meses o más ⇒ Continúe con EC33</p>		
<p>EC19. (nombre) ¿LE SONRÍE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC20. ¿PUEDE (nombre) LEVANTAR LA CABEZA CUANDO ESTÁ BOCA ABAJO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC21. ¿(nombre) VOLTEA CUANDO LE HABLAN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC22. ¿(nombre) SE RÍE CUANDO USTED JUEGA A TAPARSE Y LUEGO DESTAPARSE LA CARA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC23. (nombre) ¿HACE COSAS A PROPÓSITO PARA MOLESTARLE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>EC23A. Verifique edad en meses en EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 6 meses o más ⇒ Continúe con EC24</p>		

EC24. ¿(nombre) SE MANTIENE SENTADO/A SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25. ¿(nombre) REPITE SONIDOS COMO BABA, LALA, GAGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 9 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 9 meses o más ⇒ Continúe con EC26		
EC26. CUANDO (nombre) ESTA ENTRETENIDO/A Y USTED LE DICE QUE NO, ELLA/EL ¿REACCIONA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC26A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 12 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 12 meses o más ⇒ Continúe con EC27		
EC27. ¿(nombre) CAMINA SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC28. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS CUATRO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC29. CUANDO USTED LE DA DE COMER, ¿(nombre) SOSTIENE SU PROPIO PLATO O TAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC30. ¿(nombre) LE BESA Y ABRAZA?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC30A. Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 18 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 18 meses o más ⇒ Continúe con EC31		
EC31. ¿(nombre) PATEA UNA PELOTA SIN CAERSE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32. ¿CUÁNDO VISTE A (nombre), PUEDE EL/ELLA AYUDARLE, POR EJEMPLO, TERMINANDO DE METER EL BRAZO POR LA MANGA?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32A. Verifique edad en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 3 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 años o más ⇒ Continúe con EC33		
EC33. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS OCHO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC34. ¿(nombre) PIDE MÁS CUANDO ALGO LE GUSTA MUCHO?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC35. (nombre) PREGUNTA FRECUENTEMENTE POR QUÉ?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC36. ¿(nombre) JUEGA CON OTROS NIÑOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC37. ¿(nombre) SABE DECIR SU NOMBRE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC38. (nombre) ¿PUEDE IR SÓLO AL BAÑO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. VerifiqueAG2: edad del niño/a		
<input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
BD2. ¿ALGUNA VEZ DIO PECHO A (nombre)?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. ¿TODAVÍA LE ESTÁ DANDO PECHO?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	
BD4. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) <u>ALGÚN LÍQUIDO DE UN BIBERÓN (MAMILA)?</u>	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	
BD5. ¿TOMÓ (nombre) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (VIDA SUERO ORAL)</u> EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	Sí.....1 No2 No sabe8 No responde.....9	

(Especifique) _____						
<p>BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (<i>nombre</i>) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (<i>nombre</i>) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</p> <p>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</p> <p>¿COMIÓ (<i>nombre</i>) AYER DE DÍA O DE NOCHE (<i>nombre del alimento</i>) ...</p>						
			SÍ	NO	NS	NR
[A] YOGURT?	Yogurt	1	28	8	9	9
<p><i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (<i>nombre</i>)?</i> <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i></p>		Número de veces que comió/bebió yogurt		—		
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ, por ejemplo, Cerelac, Gerber, NUTRISANO, papilla o polvo del programa Oportunidades?	Cerelac/Gerber/otras papillas	1	2	8	9	
[C] TORTILLA, PAN, ARROZ, PASTA, AVENA Y OTROS CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8	9	
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CAMOTES, QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, etc.	1	2	8	9	
[E] PAPAS BLANCAS, CAMOTE BLANCO, O CUALQUIER ALIMENTO QUE SE CONSIDERE UN TUBÉRCULO?	Papas blancas, camote blanco, etc.	1	2	8	9	
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS COMO ESPINACAS, VERDOLAGAS, ACELGAS O QUELITES?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8	9	
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS, MELÓN AMARILLO/ ANARANJADO?	Mangos maduros	1	2	8	9	
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA COMO PLÁTANO, MANZANA, TUNA, CALABACITA?	Otras frutas o verduras	1	2	8	9	
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VÍSCERAS DE ANIMALES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8	9	
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, BORREGO, CABRITO, CONEJO, POLLO O PATO O JAMÓN O SALCHICHA?	carne de res, cerdo, cordero, cabra, jamón, salchicha, etc.	1	2	8	9	
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8	9	
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8	9	
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, chicharos, etc.	1	2	8	9	
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, EXCEPTO YOGURT?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8	9	
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especifique) _____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8	9	
[P] ALGUNA COMIDA CON AZÚCAR COMO DULCES, CHOCOLATES, PAN DULCE, PASTEL O GALLETAS DULCES?	Alimentos dulces como chocolates, golosinas, pasteles, etc.	1	2	8	9	
[Q] ALGUNA COMIDA SALADA O BOTANA COMO PAPITAS FRITAS, FRITURAS DE MAÍZ O	Comida salada o botana	1	2	8	9	

CHICHARRÓN DE HARINA?		
BD9. Verifique BD8 (Categorías de la “A” a la “Q”) <input type="checkbox"/> Al menos un “sí” o todo “NS” ⇒ Vaya a BD11 <input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10		
BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche <input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya a BD11A <input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a Q]. Cuando haya terminado, continúe con BD11		
BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O ANOCHE? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces.....__ No sabe.....8 No responde.....9	
BD11A. ¿DURANTE SU EMBARAZO O DESDE QUE (NOMBRE) NACIÓ, HA ESCUCHADO, VISTO O LEÍDO ANUNCIOS O COMERCIALES SOBRE LECHE DE FÓRMULA O EN POLVO PARA BEBÉS O NIÑOS?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	
BD11B. ¿CONOCE USTED O HA OÍDO HABLAR DE LOS BENEFICIOS QUE LA LECHE MATERNA APORTA AL NIÑO Y A LA MADRE?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒ SI-GUIENTE MÓDULO 8⇒ SI-GUIENTE MÓDULO
BD11C. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA LA MADRE? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene alguna enfermedad crónica.....A</i> <i>Mejora la salud.....B</i> <i>Previene el embarazo.....C</i> <i>Previene algún tipo de cáncer.....D</i> <i>Para bajar de peso.....E</i> <i>Reduce la depresión postparto.....F</i> Otro, especifique _____.....X No sabe/No responde.....?	
BD11D. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA EL BEBÉ? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene infecciones.....A</i> <i>Mejora su salud/para que no se enferme.....B</i> <i>Previene alergias.....C</i> <i>Para que crezca (fuerte).....D</i> <i>Fortalece los vínculos entre la madre y el niño.....E</i> Otro, especifique _____.....X No sabe/No responde.....?	

ROTAVIRUS2	ROTA2								
ROTAVIRUS3	ROTA3								
NEUMOCOCICA CONJUGADA1	NEUMO1								
NEUMOCOCICA CONJUGADA2	NEUMO2								
NEUMOCOCICA CONJUGADA3	NEUMO3								
INFLUENZA1	INFLU1								
INFLUENZA2	INFLU2								
INFLUENZA3 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU3								
INFLUENZA4 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU4								
SRP (SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS/ MMR)	SARAMPIÓN								
POLIO 1 (SABIN)	SABIN1								
POLIO 2 (SABIN)	SABIN 2								
POLIO 3 (SABIN)	SABIN 3								
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)	VITA1								
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)	VITA2								

IM4. Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la BCG a Vitamina A)?

Sí ⇒ Vaya a IM19

No ⇒ Continúe con IM5

IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA CARTILLA, ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD O JORNADAS DE VACUNACIÓN?

Sí ⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19

No/NS ⇒ Continúe con IM19

IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA SEMANA NACIONAL DE SALUD, EN VISITAS CON (*NOMBRE*) AL MÉDICO O CUANDO PROMOTORAS VISITARON SU HOGAR?

Sí..... 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde.....9

2⇒IM19

8⇒IM19

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
 No responde.....9

IM13. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ LA VACUNA DE HEPATITIS B; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?

Sí..... 1
 No..... 2

2⇒IM15C

<p><i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i></p>	<p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>8⇒IM15C</p>
<p>IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?</p>	<p>Número de veces _</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>IM15C. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA PENTAVALENTE ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE PONE EN EL MUSLO PARA PREVENIR DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS Y LA INFLUENZA TIPO B?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15E</p> <p>8⇒IM15E</p>
<p>IM15D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces _</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>IM15E. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (PROTEGE DE DIARREA POR ROTAVIRUS Y ES UNA AMPOLLETA DE LÍQUIDO QUE ES TOMADA O BEBIDA)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15G</p> <p>8⇒IM15G</p>
<p>IM15F. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ROTAVIRUS?</p>	<p>Número de veces _</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>IM15G ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA QUE PROTEGE CONTRA INFECCIONES POR NEUMOCOCO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15I</p> <p>8⇒IM15I</p>
<p>IM15H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA?</p>	<p>Número de veces _</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	

IM15I. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM16 8⇒IM16																				
IM15J. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9																					
IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA SARAMPIÓN (SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAROTIDITIS O SRP, O TRIPLE VIRAL) MMR O MR; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO AL AÑO DE EDAD O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA SARAMPIÓN?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ (<i>nombre</i>) VITAMINA A, INCLUSO EN ALGUNA SEMANA NACIONAL DE SALUD?	Número de veces Ninguna 0 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16B. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ VACUNAS ADICIONALES CONTRA POLIOMIELITIS (SABIN) EN SEMANAS DE SALUD?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (NOMBRE) HA SIDO VACUNADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEMANAS NACIONALES DE SALUD: [A] <i>Primera semana nacional de salud 2015, del 21 al 27 de febrero, vacuna contra la polio</i> [B] <i>Otra semana nacional de salud durante 2015</i> [C] <i>Otra semana nacional de salud, anterior a 2015</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ra semana nac. de salud 2015.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td><i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> <td style="text-align: center;"><i>2</i></td> <td style="text-align: center;"><i>8</i></td> <td style="text-align: center;"><i>9</i></td> </tr> <tr> <td><i>Otra semana nac. de salud</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> <td style="text-align: center;"><i>2</i></td> <td style="text-align: center;"><i>8</i></td> <td style="text-align: center;"><i>9</i></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	NR	1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	<i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>Otra semana nac. de salud</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	
	SÍ	No	NS	NR																		
1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
<i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>9</i>																		
<i>Otra semana nac. de salud</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>9</i>																		

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<p>CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>
<p>CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).</p> <p>DURANTE EL TIEMPO EN QUE (<i>nombre</i>) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, 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</p> <p>Un poco menos..... 2</p> <p>Casi lo mismo 3</p> <p>Más..... 4</p> <p>No se le dio nada para beber..... 5</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO 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</p> <p>Un poco menos..... 2</p> <p>Casi lo mismo 3</p> <p>Más..... 4</p> <p>Suspendió la comida 5</p> <p>Nunca se le dio de comer..... 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN, PARA LA DIARREA DE (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒CA4</p> <p>8⇒CA4</p>
<p>CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</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 si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno.....A</p> <p>Clínica del gobierno/centro de saludB</p> <p>Caravana o puesto móvil de saludC</p> <p>Promotor o auxiliar de salud..... D</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>).....H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada..... I</p> <p>Médico privado J</p> <p>Farmacia privadaK</p> <p>Otro médico privado (<i>especifique</i>)_____O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo P</p> <p>TiendaQ</p> <p>Profesional tradicionalR</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____X</p> <p>No responde.....?</p>	<p>I⇒CA4</p> <p>J⇒CA4</p> <p>K⇒CA4</p> <p>O⇒CA4</p> <p>P⇒CA4</p> <p>Q⇒CA4</p> <p>R⇒CA4</p> <p>X⇒CA4</p> <p>?⇒CA4</p>

CA3C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (<i>NOMBRE</i>)?	Seguro Social (IMSS)1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera.....2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)3 Pemex, Defensa o Marina4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....5 Otro6 No responde.....9																
CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>): [A] UN POLVO QUE VIENE EN UN SOBRE ESPECIAL LLAMADO VIDA SUERO ORAL? [B] ALGUNA SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN PARA DIARREA COMO PEDIALYTE ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida suero oral.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Solución de rehidratación.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Vida suero oral.....1		2	8	9	Solución de rehidratación.....1		2	8	9	
	Sí	No	NS	NR													
Vida suero oral.....1		2	8	9													
Solución de rehidratación.....1		2	8	9													
CA4A. Verifique CA4: Vida Suero Oral o solución de rehidratación. <input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio Vida suero oral u otro tipo de solución de rehidratación ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio Vida suero oral ⇒ Vaya a CA4C																	
CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL VIDA SUERO ORAL O SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (<i>especifique</i>).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada..... 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (<i>especifique</i>) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa.....40 Otro (<i>especifique</i>)..... 96 No responde.....99																
CA4C. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA DE ESTAS COSAS: [A] TABLETAS DE ZINC? [B] JARABE DE ZINC?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Tabletas de zinc	1	2	8	9	Jarabe de zinc	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR													
Tabletas de zinc	1	2	8	9													
Jarabe de zinc	1	2	8	9													

CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?																																	
<input type="checkbox"/> <i>Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E</i>																																	
<input type="checkbox"/> <i>Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F</i>																																	
CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> <hr/> <i>(Nombre del lugar)</i>	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público <i>(especifique)</i>16 Sector médico privado Hospital / clínica privada..... 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado <i>(especifique)</i> _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa40 Otro <i>(especifique)</i> ,96 No responde.....99																																
CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre) ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada ítem (A y luego B) en voz alta y anote la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i> [A] SUERO CASERO? [B] ATOLE O AGUA DE ARROZ? [C] ATOLE DE MAÍZ? [D] TE DE HIERBAS [E] OTRO LÍQUIDO EXCEPTO REFRESCOS O CAFÉ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Suero casero</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><i>Atole/agua de arroz</i>....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><i>Atole de maíz</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><i>Te de hierbas</i>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><i>Otro líquido excepto refrescos o café</i>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	<i>Suero casero</i>	1	2	8	9	<i>Atole/agua de arroz</i>	1	2	8	9	<i>Atole de maíz</i>	1	2	8	9	<i>Te de hierbas</i>	1	2	8	9	<i>Otro líquido excepto refrescos o café</i>	1	2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																													
<i>Suero casero</i>	1	2	8	9																													
<i>Atole/agua de arroz</i>	1	2	8	9																													
<i>Atole de maíz</i>	1	2	8	9																													
<i>Te de hierbas</i>	1	2	8	9																													
<i>Otro líquido excepto refrescos o café</i>	1	2	8	9																													
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe.....8 No responde.....9		2⇒CA6A 8⇒CA6A																														
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A AntiespasmódicoB Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)G No sabe tipo de pastilla o jarabeH																																

<p>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</p>	<p>Inyección Antibiótica..... L No antibiótica..... M No sabe tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas Q</p> <p>Otros (especifique)..... X</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>CA6A. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA9A 8⇒CA9A</p>
<p>CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR O JADEABA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEABA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moqueaba solamente.. 2</p> <p>Ambos 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>)..... 6 No sabe 8 No responde..... 9</p>	<p>1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p>CA9A. Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14</p>		
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A DE PARTE DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ 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>Sector público Hospital del gobierno..... A Clínica del gobierno/centro de salud B Caravana o puesto móvil de salud C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (<i>especifique</i>)..... H</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada..... I Médico privado J Farmacia privada K Otro médico privado (<i>especifique</i>)..... O</p>	<p>I⇒CA12 J⇒CA12 K⇒CA12</p>

<p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigoP</p> <p>TiendaQ</p> <p>Profesional tradicionalR</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)X</p> <p>No responde.....?</p>	<p>O⇒CA12</p> <p>P⇒CA12</p> <p>Q⇒CA12</p> <p>R⇒CA12</p> <p>X⇒CA12</p> <p>?⇒CA12</p>
<p>CA11AA. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS)1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) ..._____.. 6</p> <p>No responde 9</p>	
<p>CA12. ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre)</i></p>	<p>Antibióticos</p> <p>Pastilla / Jarabe (suspensión) I</p> <p>Inyección..... J</p> <p>Otros medicamentos:</p> <p>Paracetamol / Acetaminofen (Temptra)..P</p> <p>AspirinaQ</p> <p>Ibuprofeno (Motrin/Neomelufen/Advil)....R</p> <p>Desenfriolito.....S</p> <p>Neomelubrina.....T</p> <p>Febrax.....U</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)X</p> <p>No sabe Z</p> <p>No responde.....?</p>	
<p>CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14</p>		

<p>CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (<i>nombre del medicamento en CA13</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del lugar</i>)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 11</p> <p>Clínica del gobierno/centro de salud 12</p> <p>Caravana o puesto móvil de salud 13</p> <p>Promotor o auxiliar de salud..... 14</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>).....16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada..... 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmacia privada 23</p> <p>Otro médico privado (<i>especifique</i>) _____ 26</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente / amigo 31</p> <p>Tienda 32</p> <p>Profesional tradicional 33</p> <p>Ya lo tenía en casa.....40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p> <p>No responde.....99</p>	<p>21⇒CA14</p> <p>22⇒CA14</p> <p>23⇒CA14</p> <p>26⇒CA14</p> <p>31⇒CA14</p> <p>32⇒CA14</p> <p>33⇒CA14</p> <p>40⇒CA14</p> <p>96⇒CA14</p> <p>99⇒CA14</p>
<p>CA13C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN OBTUVO EL (<i>nombre del medicamento en CA13</i>)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS)1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) ..._____.. 6</p> <p>No responde 9</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a CF0 del módulo de Funcionamiento y discapacidad niños/as 2-4 años</p>		
<p>CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) EVACUÓ/HIZO POPÓ, ¿CÓMO SE DESECHÓ?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿QUÉ HIZO CON EL PAÑAL?</p>	<p>El niño usó el excusado (taza) / letrina 01</p> <p>Lo puso / tiró en el excusado o letrina..... 02</p> <p>Lo puso / tiró en el desagüe o drenaje 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>No sabe 98</p> <p>No responde.....99</p>	

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS (2-4 AÑOS)		CFD
CFD0. Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 año ⇒ Vaya a UF13 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 2 A 4 años ⇒ Continúe con CFD1 <i>Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.</i>		
CFD1. ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER. ¿(nombre) USA LENTES?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD3 9⇒CFD3
CFD2. ¿TIENE (nombre) DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES? ¿DIRÍA QUÉ (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD4 2⇒CFD4 3⇒CFD4 4⇒CFD4 9⇒CFD4
CFD3. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA VER? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD4. ¿(nombre) USA APARATO AUDITIVO?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD6 9⇒CFD6
CFD5. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) APARATO(S) AUDITIVO? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
CFD6. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD7. ¿(nombre) UTILIZA ALGÚN APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD10 9⇒CFD10

<p>CFD8. SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD9. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1⇒CFD11 2⇒CFD11 3⇒CFD11 4⇒CFD11</p> <p>9⇒CFD11</p>
<p>CFD10. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1⇒CFD11</p> <p>4⇒CFD11</p> <p>9⇒CFD11</p>
<p>CFD10A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR?</p>	<p>Disposición para caminar.....1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD10B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación.... 3 Entre poca y mucha..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD11. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD12. ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD13. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿USTED TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>¿DIRÍA QUE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	

<p>CFD14. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1</p> <p>Alguna dificultad..... 2</p> <p>Mucha dificultad..... 3</p> <p>Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD15. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTADES PARA JUGAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1</p> <p>Alguna dificultad..... 2</p> <p>Mucha dificultad..... 3</p> <p>Imposibilidad total 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD16. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿QUÉ TANTO PATEA, MUERDE O GOLPEA (<i>nombre</i>) A OTROS NIÑOS O ADULTOS?</p> <p>¿DIRÍA QUE: NO LO HACE, LO MISMO O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?</p>	<p>No lo hace..... 1</p> <p>Lo mismo o menos..... 2</p> <p>Más..... 3</p> <p>Mucho más..... 4</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>CFD17. ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL, AUNQUE SEA EN EDUCACIÓN INICIAL?</p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	

UF13. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos __ __ : __ __	
<p>UF14. <i>Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</i></p> <p><i>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí</i> ⇒ <i>Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No</i> ⇒ <i>Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar</i></p> <p><i>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, del hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</i></p>		

Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.

<p>AN1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:</p>	<p>Nombre _____</p>	
<p>AN2. Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso</p>	<p>Se midió una o ambas..... 1</p> <p>El niño/ la niña no estaba presente..... 2</p> <p>El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 6</p>	<p>2⇒AN6</p> <p>3⇒AN6</p> <p>6⇒AN6</p>
<p>AN3. Peso del niño/a</p>	<p>Kilogramos (kg)..... ____ . ____</p> <p>No se midió el peso.....99.99</p>	
<p>AN3AA. Peso del niño/a (<i>segunda medición</i>)</p>	<p>Kilogramos (kg)..... ____ . ____</p> <p>No se midió el peso.....99.99</p>	
<p>AN3AB. Peso del niño/a (<i>tercera medición</i>)</p>	<p>Kilogramos (kg)..... ____ . ____</p> <p>No se midió el peso.....99.99</p>	
<p>AN3A. <i>¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.</p>		
<p>AN3B. <i>Verifique la edad del niño/a en AG2:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla o longitud (acostado).</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).</p>		
<p>AN4. Longitud o talla del niño/a</p>	<p>Talla/estatura (cm)..... ____ . ____</p> <p>No se midió la Talla/estatura9999.9</p>	
<p>AN4AA. Longitud o talla del niño/a (<i>segunda medición</i>)</p>	<p>Talla/estatura (cm)..... ____ . ____</p> <p>No se midió la Talla/estatura9999.9</p>	
<p>AN4AB. Longitud o talla del niño/a (<i>tercera medición</i>)</p>	<p>Talla/estatura (cm)..... ____ . ____</p> <p>No se midió la Talla/estatura9999.9</p>	

<p>AN4A. <i>¿Cómo se midió en realidad al niño/a?</i> <i>¿Acostado o de pie?</i></p>	<p>Acostado..... 1</p> <p>De pie 2</p>	
<p>AN6. <i>¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.</i></p>		

Una vez que las mediciones antropométricas para todos los niños/as estén completas, el técnico tomará la muestra de sangre capilar y medirá la hemoglobina para cada niño/a.
Anote el resultado de la prueba de hemoglobina abajo, asegurándose de anotarlo en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar los resultados.

HM1A. Verifique AG2.

1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM1.

0 años de edad ⇒ Vaya a HM4.

HM1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las muestras de sangre capilar:	Nombre _____	
HM2. Resultado del procedimiento de medición de hemoglobina	Se midió..... 1	
	El niño/ la niña no estaba presente..... 2	2⇒HM4
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3	3⇒HM4
	Otro (<i>especifique</i>) _____ 6	6⇒HM4
HM3. Resultado de la medición de hemoglobina del niño/a	Resultados	
	No se midió99.9	

HM4. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para prueba de hemoglobina?

Sí ⇒ Tome la muestra de sangre capilar y anote los resultados del siguiente niño/a.

No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.

Observaciones del Supervisor

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del medidor