

CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS
PANAMÁ

CAPÍTULO XXII. PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS

Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o personas encargadas (ver columna HL9 del Listado del Hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del Listado del Hogar). Se debe obtener la información por separado para cada menor elegible.

Repita el saludo si aún no se lo ha leído a ésta encuestada:

SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLARLE DE ESTO. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA DEL EQUIPO DEL PROYECTO. PUEDO COMENZAR AHORA?

Si, se concede el permiso → vaya a UF12 para anotar la hora y luego inicie la entrevista.

No, no se concede el permiso → complete UF9. Discuta éste resultado con su supervisor/a para definir una futura revisita.

UF3. Nombre y Apellido del niño/niña: _____ UF4. Número de línea del niño/niña: [][]

UF5. Nombre y Apellido de la madre o persona encargada: _____ UF6. Número de línea de la madre o persona encargada: [][]

UF8. Fecha de la entrevista: Día [][] Mes [][] Año [][][][]

UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 5 años

Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.

- Completa..... 01
- Ausente..... 02
- Rechazo..... 03
- Incompleta..... 04
- Incapacitada..... 05
- Otro _____ 96
(especifique)

UF12. Anote la hora.

Hora y minutos..... [][] : [][]

CAPÍTULO XXIII. EDAD

AG

<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE (nombre).</p> <p>¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?</p> <p><i>Si la madre/persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también registre el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día..... [][]</p> <p>No sabe día..... 98</p> <p>Mes..... [][]</p> <p>Año..... [][][][]</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre) ?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años cumplidos.</i></p> <p><i>Anote cero "00" si tiene menos de un año.</i></p> <p><i>Compare y corrija AG1 y AG2 si no son consistentes</i></p>	<p>Edad (en años cumplidos)..... [][]</p>	

CAPÍTULO XXIV. REGISTRO DEL NACIMIENTO

BR

<p>BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE (nombre)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte ¿PUEDE VERLO?</i></p>	<p>Si, visto..... 1</p> <p>Si, no visto..... 2</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>1 → Sig. Cap.</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>BR2. ¿ESTÁ INSCRITO (nombre) EN EL REGISTRO CIVIL?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>1 → Sig. Cap.</p>
<p>BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

BR3A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO PRINCIPAL PORQUÉ (nombre) NO ESTÁ INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL?	La oficina queda muy lejos.....	01	
	Recién nacido(a).....	02	
	Es extranjero(a).....	03	
	Falta de dinero.....	04	
	Padre o Madre no ha querido.....	05	
	Desconocimiento.....	06	
	Otro _____ (especifique)	96	

CAPÍTULO XXV. DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL

EC

EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (nombre)?	Ninguno..... 00	
	Número de libros de niños..... 0 <input type="text"/>	
	Diez o más libros..... 10	
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (nombre) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON:	Sí No NS	
[A]. JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	Juguetes caseros..... 1 2 8	
[B]. JUGUETES COMPRADOS EN UNA TIENDA O FABRICADOS?	Juguetes de tienda..... 1 2 8	
[C]. OBJETOS DEL HOGAR (COMO VASIJAS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS, ANIMALES U HOJAS)?	Objetos del hogar u objetos del exterior..... 1 2 8	
<i>Si el entrevistado responde "Sí" a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño.</i>		
EC3. A VECES LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS TIENEN QUE SALIR DE CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS EN CASA. ¿EN LA ÚLTIMA SEMANA, CUÁNTOS DÍAS DEJÓ TOTALMENTE SÓLO A (nombre), ES DECIR SIN LA SUPERVISIÓN DE NADIE NI SIQUIERA OTRO NIÑO/A		
A. DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo durante más de una hora..... <input type="text"/>	
B. AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, MENOR DE 10 AÑOS DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño(a) durante más de una hora..... <input type="text"/>	
<i>Si la respuesta es 'ningún día' escriba '0'. Si la respuesta es 'no sé' escriba '8'</i>		
EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a		
<input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años → Continúe con EC5		
<input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 ó 2 años → Pase al Sig. Cap.		
EC5. ¿ASISTE (nombre) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO PÚBLICO O PRIVADO, COMO CENTRO/JARDÍN INFANTIL, COIF?	Si..... 1	
	No..... 2	2 → EC7
	No sabe..... 8	8 → EC7
EC6. EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ (nombre)?	Número de horas..... <input type="text"/>	

<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR, MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>):</p> <p><i>Si es "SI", pregunte: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (nombre)?</i></p> <p><i>Circle todas las opciones que aplican.</i></p> <p>[A] LE LEYÓ LIBROS, LE SEÑALÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO A (<i>NOMBRE</i>)</p> <p>[B] LE CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES, O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DE LA CASA, AL PATIO, PARQUE, CENTRO COMERCIAL, U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>)?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros.....</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos.....</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones.....</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó pasear fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó.....</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nombró, contó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Leyó libros.....	A	B	X	Y	Contó cuentos.....	A	B	X	Y	Cantaron canciones.....	A	B	X	Y	Lo llevó pasear fuera	A	B	X	Y	Jugó.....	A	B	X	Y	Nombró, contó	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																																	
Leyó libros.....	A	B	X	Y																																	
Contó cuentos.....	A	B	X	Y																																	
Cantaron canciones.....	A	B	X	Y																																	
Lo llevó pasear fuera	A	B	X	Y																																	
Jugó.....	A	B	X	Y																																	
Nombró, contó	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE SU NIÑO/A. LOS NIÑOS 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 SU NIÑO/A.</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
<p>EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, O COMUNES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
<p>EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
<p>EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRITA, DEL PISO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
<p>EC12. ¿SE SIENTE (<i>nombre</i>) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				
<p>EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) OBEDECER INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																																				

EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿(<i>nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?, ES DECIR CUÁNDO INICIA UNA ACTIVIDAD SE LE DIFICULTA FINALIZARLA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

CAPÍTULO XXVI. LACTANCIA

BF

BF1. ¿HA SIDO AMAMANTADO (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF3 8 → BF3
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ SIENDO AMAMANTADO/A?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF3. QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (<i>nombre</i>) PUDO HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (<i>nombre</i>) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) AGUA SOLA (SIN ADITIVOS) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF4. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) FÓRMULA PARA BEBÉS AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF6 8 → BF6
BF5. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ (<i>nombre</i>) FÓRMULA PARA BEBÉS?	Número de veces..... <input type="text"/>	
BF6. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA (EN LITRO, EVAPORADA, TETRAPAC, ETC) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF8 8 → BF8

BF7. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE ENVASADA, EN POLVO O FRESCA?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF8. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) JUGO O BEBIDAS DE JUGO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF9. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) SOPA, CONSOMÉ O CALDO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF10 8 → BF10
BF9A. ¿QUÉ TIPO DE SOPA, CONSOMÉ O CALDO TOMÓ (<i>nombre</i>) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE, CASERO O COMERCIAL ?	Casero..... 1 Comercial..... 2 Ambos..... 3 No sabe..... 8	
BF10. ¿TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE ?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF11. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF12. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN OTRO LÍQUIDO (TÉ, AGUA CON MIEL, AGUA DE ARROZ O DE MASA, ETC.) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF13. ¿TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF15 8 → BF15
BF14. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF15. ¿COMIÓ (<i>nombre</i>) CEREALES DE AVENA, ARROZ, MAÍZ, TRIGO U OTRO, CREMAS, MAICENA AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF16. ¿COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF18 8 → BF18
BF17. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF18. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

<p>CA1. ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA7</p> <p>8 → CA7</p>																								
<p>CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO LÍQUIDO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).</p> <p>DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVO CON DIARREA, ¿BEBIÓ (<i>nombre</i>) MUCHO MENOS, UN POCO MENOS, CASI LO MISMO O MÁS LÍQUIDOS QUE LO DE COSTUMBRE?</p> <p><i>Si bebió menos, indague:</i></p> <p>LE DIO MUCHO MENOS QUE DE COSTUMBRE 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 tomar..... 5</p> <p>No sabe..... 8</p>																									
<p>CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MUCHO MENOS, UN POCO MENOS, DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA?</p> <p><i>Si responde "menos", indague:</i></p> <p>¿MUCHO MENOS, 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 le dio de comer..... 6</p> <p>No sabe..... 8</p>																									
<p>CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:</p> <p><i>Lea cada una de las opciones en voz alta y registre la respuesta antes de pasar al siguiente punto.</i></p> <p>[A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL?</p> <p>[B] ALGÚN FLUÍDO DE SUERO PRE-ENVASADO PARA DIARREA COMO PEDIALYTE?</p> <p>[C] SUERO ORAL ANCALMO?</p> <p>[D] SUERO ORAL FRUTADEX?</p> <p>[E] VIDA SUERO ORAL?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de suero en paquete.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pedialyte.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ancalmo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Frutadex.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Vida suero oral.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de suero en paquete.....	1	2	8	Pedialyte.....	1	2	8	Ancalmo.....	1	2	8	Frutadex.....	1	2	8	Vida suero oral.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																							
Fluido de suero en paquete.....	1	2	8																							
Pedialyte.....	1	2	8																							
Ancalmo.....	1	2	8																							
Frutadex.....	1	2	8																							
Vida suero oral.....	1	2	8																							
<p>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA7</p> <p>8 → CA7</p>																								

<p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados.</i></p> <p><i>Anote todos los medicamentos que se mencionen.</i></p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antiespasmódico..... B</p> <p>Otros (no antibióticos, no antiespasmódico)..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H</p> <p>Inyección:</p> <p>Antibiótica..... L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe el tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otro: _____ X (especifique)</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) TOS?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA8. CUÁNDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIRACIONES CORTAS Y RÁPIDAS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O A QUE MOQUEA?</p>	<p>Problema de pecho..... 1</p> <p>Nariz tapada o moqueaba solamente..... 2</p> <p>Ambos..... 3</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>6 → CA14</p>
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA12</p> <p>8 → CA12</p>

<p>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague: ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</i></p> <p><i>Circule todas las opciones mencionadas, 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 es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital A</p> <p>Policlínicas..... B</p> <p>Centros de Salud..... C</p> <p>ULAPS, CAPS, PAIS y Subcentros..... D</p> <p>Otra institución pública.....</p> <p>_____ H</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Privado</p> <p>Hospital..... I</p> <p>Clínica..... J</p> <p>Farmacia K</p> <p>Otro: _____ O</p> <p>(especifique)</p> <p>Otra persona o lugar:</p> <p>Parientes, amigo(a)..... P</p> <p>Tienda..... Q</p> <p>Curandero/Hierbero..... R</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... S</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>(especifique)</p>	
<p>CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (nombre) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p><i>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</i></p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron.</i></p>	<p>Antibiótico</p> <p>Pastilla/Jarabe..... A</p> <p>Inyección..... B</p> <p>Antimaláricos..... M</p> <p>Paracetamol / Panadol / Acetaminofen..... P</p> <p>Aspirina..... Q</p> <p>Ibuprofeno..... R</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>(especifique)</p> <p>No sabe..... Z</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño/a menor de 3 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> No → Pase al Sig. Cap</p>		
<p>CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) HIZO UNA DEPOSICIÓN, ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN (PUPÚ)?</p>	<p>El niño usó el inodoro / letrina..... 01</p> <p>Lo puso / descartó al inodoro o letrina..... 02</p> <p>Lo puso / descartó en el desagüe o cloaca. 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: _____ 96</p> <p>(especifique)</p> <p>No sabe..... 98</p>	
<p>CA15A. ¿LAVÓ USTED SUS MANOS CON AGUA Y JABÓN DESPUÉS DE ELIMINAR LA DEPOSICIÓN (PUPÚ) DE (nombre)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	

Si está disponible una tarjeta de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17F son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17F sólo deben preguntarse si no está disponible la tarjeta de inmunización.

<p>IM1. ¿TIENE (nombre) UNA TARJETA EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS?</p> <p>(Si la respuesta es "sí", pregunte)</p> <p>¿PUEDE MOSTRÁRMELA POR FAVOR?</p>	Sí, vista.....	1	1 → IM3
	Sí, no vista.....	2	2 → IM6
	No tiene.....	3	
<p>IM2. ¿(Nombre) ALGUNA VEZ TUVO TARJETA DE INMUNIZACIÓN?</p>	Sí.....	1	1 → IM6
	No.....	2	2 → IM6
<p>IM3.</p> <p>(a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta.</p> <p>(b) Anote '44' en la columna "día" si la tarjeta muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha.</p>	Fecha de inmunización		
	DÍA	MES	AÑO
BCG (TUBERCULOSIS)			
HPB AL NACER (HEPATITIS B)			
DPT / PENTA 1° (PENTAVALENTE)			
DPT / PENTA 2° (PENTAVALENTE)			
DPT / PENTA 3° (PENTAVALENTE)			
DPT 5 (DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANO)			
POLIO / OPV (R.N.)			
POLIO / OPV (1°)			
POLIO / OPV (2°)			
POLIO / OPV (3°)			
POLIO / OPV (1ER REF.)			
POLIO / OPV (2DO REF.)			
TETRAVALENTE			
NEUMOCOCO 1°			
NEUMOCOCO 2°			
NEUMOCOCO 3°			
ROTAVIRUS 1°			
ROTAVIRUS 2°			
INFLUENZA (1°)			
INFLUENZA (2°)			
MMR (RUBÉOLA, PAPERERA Y SARAMPIÓN.) (1°)			
MMR (REF.)			
HEP A 1°			
HEP A 2°			
FIEBRE AMARILLA / YF			
VITAMINA A1			
VITAMINA A2			
TDAP			

<p>IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Fiebre Amarilla) anotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → Vaya a IM18</p> <p><input type="checkbox"/> No → Continúe con IM5</p>		
<p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE INMUNIZACIÓN?</p> <p>Anote 'Sí' únicamente si la persona entrevistada menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba. (preg. IM3)</p>	<p>Sí..... 1 <i>(Indague sobre las vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM18.)</i></p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM18</p> <p>8 → IM18</p>
<p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE INMUNIZACIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM18</p> <p>8 → IM18</p>
<p>IM7. ¿ RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO IZQUIERDO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p>IM8. ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VACUNA EN FORMA DE "GOTAS EN LA BOCA" PARA PROTEGERLO DE ENFERMEDADES, ES DECIR, POLIO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM11</p> <p>8 → IM11</p>
<p>IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA Y REFUERZOS CONTRA EL POLIO?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM11. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (nombre) "VACUNAS INYECTADAS DE DPT" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA? (ALGUNAS VECES SE APLICA JUNTO CON LA DEL POLIO)</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica el mismo momento que la del Polio</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM13</p> <p>8 → IM13</p>
<p>IM12. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA DPT/ PENTA (nombre)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM13. ¿SE LE DIO A (nombre) LA INYECCIÓN DE HEPATITIS B AL NACER – ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO – PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM16</p> <p>8 → IM16</p>
<p>IM14. ¿ RECIBIÓ ESTA VACUNA DE HEPATITIS B, DENTRO DE LAS 12 HORAS DE NACER ?</p>	<p>Dentro de las 12 horas de nacer..... 1</p> <p>Más tarde..... 2</p> <p>No la ha recibido..... 3</p>	
<p>IM16. ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL MMR – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17</p> <p>8 → IM17</p>
<p>IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL MMR (nombre)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	

<p>IM17. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA LA FIEBRE AMARILLA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el MMR/Hep A</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p>IM17A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS INYECTADAS DE NEUMOCOCO" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIA DEL NEUMOCOCO PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17C</p> <p>8 → IM17C</p>
<p>IM17B. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCO?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17C. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS ORALES CONTRA ROTAVIRUS" – ES DECIR, CONTRA EL GERMEN O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17E</p> <p>8 → IM17E</p>
<p>IM17D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ORAL CONTRA EL ROTAVIRUS (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17E. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA – ES DECIR, UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFLUENZA O GRIPE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17G</p> <p>8 → IM17 G</p>
<p>IM17F. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17G. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS INYECTADAS DE TETRAVALENTE" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA, INFLUENZA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17I</p> <p>8 → IM17I</p>
<p>IM17H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA TETRAVALENTE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17I. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A – ES DECIR, UNA VACUNA PARA PREVENIR LA HEPATITIS A?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17K</p> <p>8 → IM17K</p>
<p>IM17J. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA HEPATITIS A?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17K. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS INYECTADAS DE TDAP – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM18</p> <p>8 → IM18</p>
<p>IM17L. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA TDAP (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	

IM18. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA DOSIS DE VITAMINA A EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM19 8 → IM19																
IM18A. ¿CUÁNTAS DOSIS (<i>nombre</i>) RECIBIÓ DE VITAMINA A EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ?	Cantidad de dosis..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (<i>nombre</i>) HA PARTICIPADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAMPAÑAS, JORNADAS NACIONALES DE INMUNIZACIÓN: [A] CAMPAÑA DE LA SEMANA DE VACUNACIÓN DE LAS AMÉRICAS? [B] JORNADA ESPECIAL (EN LA ESCUELA, CENTRO COMERCIAL, ETC.?) [C] CAMPAÑA DE BLOQUEO EN ÁREA DE RESIDENCIA POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Campaña de la semana de vacunación de Las Américas abril 2012.....</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Jornada especial (en la escuela, centro comercial, etc.....)</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Campaña de bloqueo (área de residencia por sospecha de enfermedad).....</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	NS	<i>Campaña de la semana de vacunación de Las Américas abril 2012.....</i>	1	2	8	<i>Jornada especial (en la escuela, centro comercial, etc.....)</i>	1	2	8	<i>Campaña de bloqueo (área de residencia por sospecha de enfermedad).....</i>	1	2	8
	Sí	No	NS															
<i>Campaña de la semana de vacunación de Las Américas abril 2012.....</i>	1	2	8															
<i>Jornada especial (en la escuela, centro comercial, etc.....)</i>	1	2	8															
<i>Campaña de bloqueo (área de residencia por sospecha de enfermedad).....</i>	1	2	8															
UF13. Anote la hora.	Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/>																	

CONTROL DE VISITAS – CUESTIONARIO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

VISITA	ENCUESTADOR (A)				SUPERVISOR (A)			
	FECHA	HORA	PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA	FECHA	HORA	FIRMA
			Fecha	Hora				
1°								
2°								
3°								
4°								
5°								
6°								
7°								
8°								
9°								
10°								

Códigos: 01 Completa 02 Incompleta 03 No respuesta (rechazo)

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, las entrevistadas , etc., que faciliten los procesos posteriores).
