

**LA INFORMACIÓN SOLICITADA ESTÁ AMPARADA POR EL SECRETO ESTADÍSTICO
Y ES EstrictAMENTE CONFIDENCIAL
LEY 10 de 22 de enero de 2009**



Recorrido N°

Cuestionario N°

Hogar N°

Semana N°

**ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES POR
CONGLOMERADO - PANAMÁ 2013**

PARA USO DE LA OFICINA

Provincia	Distrito	Corregimiento	Estrato	UPM	Recorrido N°	Cuestionario N°	Hogar N°	Semana N°

**CUESTIONARIO DE HOGAR
PANAMÁ**

CAPÍTULO I. PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR

HH

HH1. Unidad Primaria: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HH7A. Distrito:
HH2A. Cuestionario N°: <input type="text"/> <input type="text"/>	HH7B. Corregimiento:
HH2. Hogar N°: <input type="text"/> <input type="text"/>	HH7C. Lugar poblado o Barriada:
HH3. Encuestadora: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HH3A. Cod.	HH7D. Calle o Avenida (No. o Nombre):
HH4. Supervisor(a): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HH4A. Cod.	HH7E. Edificio o Casa (No. o Nombre):
HH5. Fecha de la entrevista: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	HH7F. Cuarto o Apartamento No.:
HH7. Provincia o Comarca:	

SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO Estricta CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede el permiso → HH18 anote la hora de inicio luego comience con la entrevista.
 No, no se concede permiso Complete HH9. Comuníquese el resultado a su supervisor.

HH18.
Anote la hora.
Horas:
Minutos:

ANOTE EL NOMBRE DEL INFORMANTE:

HH10. Informante _____ HH10.A Teléfono _____ HH10.B Informante Persona No.

HH10C. ¿CUÁNTOS HOGARES RESIDEN EN ESTA VIVIENDA? CONSIDERE COMO HOGAR EL CONSTITUIDO POR PERSONAS QUE COMPARTEN UNA OLLA EN COMÚN Y UN SOLO PRESUPUESTO PARA SUS GASTOS.

Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información:

HH9. Resultado de la entrevista de hogar: Completa..... 01 Ningún miembro del hogar presente o ningún informante competente en casa en el momento de la visita..... 02 Todo el hogar está ausente por un periodo extenso de tiempo..... 03 Rechazo (No. dio inf.)..... 04 Vivienda vacía/La dirección no es una vivienda..... 05 Vivienda destruida..... 06 No se encontró la vivienda..... 07 Vivienda en construcción..... 08 Vivienda fusionada..... 09 Vivienda temporal..... 10 Otro _____ (especifique) 96	HH8. ANOTE EL NOMBRE DEL JEFE/A DEL HOGAR: _____ HH11. Número total de miembros del hogar: <input type="text"/> <input type="text"/> HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años: <input type="text"/> <input type="text"/> HH13. Entrevistas completas de mujeres de 15 a 49 años: <input type="text"/> <input type="text"/> HH14. Número de niños(as) menores de 5 años: <input type="text"/> <input type="text"/> HH15. Entrevistas completas de niños(as) menores de 5 años: <input type="text"/> <input type="text"/> HH.17 Digitado por (Nombre y número): Nombre _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

CAPÍTULO II. FORMULARIO DE LISTADO DEL HOGAR

HL

¿PODRÍA DECIRME EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN AQUÍ, COMENZANDO POR (EL JEFE/LA JEFA) DEL HOGAR, CONTINÚE CON EL CÓNYUGE, LOS HIJOS/AS SOLTEROS/AS DE MAYOR A MENOR. LOS HIJOS CASADOS CON SUS CÓNYUGES E HIJOS, OTROS PARIENTES, LOS MIEMBROS DEL SERVICIO DOMÉSTICO Y LOS NO PARIENTES?

Anote el nombre de (el jefe/la jefa) del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con (el jefe/la jefa) del hogar (HL3) y su sexo (HL4). Luego pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ AUNQUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO? Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas. Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del formulario de listado del hogar.

HL1. Número de línea	HL2. NOMBRE Y APELLIDOS	HL3. CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO DE (nombre) CON (EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER? (SEXO)		HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?		HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)? <i>Anote en años comple- tos Si la edad es 95 o más anote '95'</i>	Para mujeres de 15 a 49 años	Para niños(as) de 5-14 años	Para niños(as) menores de 5 años	Para niños(as) de 0 a 17 años		
			HL7. Encie- rre en un círculo el número de línea si es una mujer de 15 a 49 años	HL8. ¿ QUIÉN ES LA MADRE O EL RESPON- SABLE PRINCIPAL DE (nombre)?	HL9. ¿ QUIÉN ES LA MADRE O EL RESPON- SABLE PRINCIPAL DE (nombre)?	HL11 ¿ ESTÁ VIVA LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre)?							
		Jefe/Jefa.... 01 Cónyuge.... 02 Hijo(a)..... 03 Yerno/nuera 04 Nieto(a)..... 05 Padre/ Madre..... 06 Suegros..... 07 Hermano(a).. 08 Cuñado(a).. 09 Tío(a).... 10 Sobrino(a) 11 Otro pariente 12 Hijastro(a)/ Adoptivo(a) 13 No pariente... 14 Servicio doméstico... 15 No sabe... 98	1 Hombre	2 Mujer	98 No sabe	9998 No sabe					1 Sí 2 NO ↓ HL13 8 NS ↓ HL13		
Línea	Nombre	Parentesco	H	M	Mes	Año	Edad	15-49	Madre	Madre	S	N	NS
01		0 1	1	2				01			1	2	8
02			1	2				02			1	2	8
03			1	2				03			1	2	8
04			1	2				04			1	2	8
05			1	2				05			1	2	8
06			1	2				06			1	2	8
07			1	2				07			1	2	8
08			1	2				08			1	2	8
09			1	2				09			1	2	8
10			1	2				10			1	2	8
11			1	2				11			1	2	8
12			1	2				12			1	2	8

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional

Sondee por miembros adicionales en el hogar.
 Pregunte especialmente por algún niño o niña pequeño/a que no haya sido incluido en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (tales como empleados domésticos, amigos) pero que por lo general vivan en el hogar.
 Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.
 Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Mujeres aparte.
 Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea y el número de línea de su madre o persona encargada en el panel de información de un Cuestionario para Menores de 5 Años aparte.
 Usted debe tener ahora un cuestionario por separado para cada mujer y cada niño/a en el hogar que reúnan los requisitos para ser entrevistados/as.

Para niños(as) de 0 a 17 años					Para todo(as) los miembros del hogar						
HL12. ¿VIVE LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre) EN ESTA VIVIENDA?	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre)?	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre) EN ESTA VIVIENDA?	HL14A. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre)?	HC1.A ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA ((nombre)?	HC1.B ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/ IDIOMA NATIVO DE (nombre)?	HC1.D ¿(nombre) PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?	HC1E ¿A QUÉ GRUPO INDÍGENA PERTENECE (nombre)? (Anoté el cod. y pase a la sig. Pers.)	HC1.F ¿(nombre) SE CONSIDERA NEGRO O AFRO-DESCENDIENTE?	HC1.G ¿(nombre) SE CONSIDERA	
Si responde que Sí anote el número de línea de la madre y pase a la HL13	1 En otro lugar en Panamá	1 Sí	Si responde que Sí anote el número de línea del padre y pase a la HC1A	1 En otro lugar en Panamá	Católica 01	Español 01		Kuna 01			
	2 En el extranjero	2 No		2 En el extranjero	Evangélica 02	Kuna 02		Kuna 01		NEGRO (A) COLONIAL? 1	
	3 En la cárcel, hospital u otra Institución	HC1.A	Si responde que No anote 00 y continúe	3 En la cárcel, hospital u otra Institución	Ortodoxa 03	Ngäbere 03	1 Sí	Ngäbe. 02	1 Sí	NEGRO (A) ANTILLANO? 2	
Si responde que No anote 00 y continúe	8 NS	8 NS		8 NS	Testigos de Jehová... 04	Buglere/ Bokota 04	2 No	Buglé 03	2 No	NEGRO (A)? 3	
					Mormonismo 05	Emberá 05	HC1F	Naso/ Teribe 04	Sig. persona	OTRO? 6	(especifique)
					Budismo 06	Wounmeu (Wounaan) 06		Bokota 05			
					Judaísmo 07	Naso 07		Emberá 06			
					Islamismo 09	Otro lengua Indígena (especifique) 09		Wounaan 07			
					Confucianismo 10	Inglés 10		Bri Bri 09			
					Ninguna 11	Otro (especifique) 96		Otro (especifique) 96			
					Otro (especifique) 96						
Madre	S N NS	S N NS	Padre	Religión	Lengua/idioma	S N	Grupo Indígena	S N	Grupo Afro		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		01
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		02
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		03
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		04
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		05
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		06
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		07
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		08
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		09
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		10
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		11
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		
<input type="text"/>	1 2 3 8	1 2 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>		12
				(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)		

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR SOBRE EL FORMULARIO DE LISTADO DEL HOGAR: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, los/as entrevistados/as , etc., que faciliten los procesos posteriores).

<p>WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p>	<table border="0"> <tr><td>Acueducto público del IDAAN.....</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>Acueducto público de la comunidad.....</td><td>02</td><td></td></tr> <tr><td>Acueducto particular.....</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>Pozo brocal protegido.....</td><td>21</td><td>21 → WS3</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal protegido.....</td><td>31</td><td>31 → WS3</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal no protegido.....</td><td>32</td><td>32 → WS3</td></tr> <tr><td>Manantial protegido.....</td><td>41</td><td>41 → WS3</td></tr> <tr><td>Manantial no protegido.....</td><td>42</td><td>42 → WS3</td></tr> <tr><td>Recogen agua de lluvia.....</td><td>51</td><td>51 → WS3</td></tr> <tr><td>Carrotanque / camión cisterna.....</td><td>61</td><td>61 → WS3</td></tr> <tr><td>Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....</td><td>81</td><td>81 → WS3</td></tr> <tr><td>Agua embotellada/envasada.....</td><td>91</td><td>91 → WS2</td></tr> <tr><td>Otra? _____ (especifique)</td><td>96</td><td>96 → WS3</td></tr> </table>	Acueducto público del IDAAN.....	01		Acueducto público de la comunidad.....	02		Acueducto particular.....	03		Pozo brocal protegido.....	21	21 → WS3	Pozo artesanal protegido.....	31	31 → WS3	Pozo artesanal no protegido.....	32	32 → WS3	Manantial protegido.....	41	41 → WS3	Manantial no protegido.....	42	42 → WS3	Recogen agua de lluvia.....	51	51 → WS3	Carrotanque / camión cisterna.....	61	61 → WS3	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81	81 → WS3	Agua embotellada/envasada.....	91	91 → WS2	Otra? _____ (especifique)	96	96 → WS3	
Acueducto público del IDAAN.....	01																																								
Acueducto público de la comunidad.....	02																																								
Acueducto particular.....	03																																								
Pozo brocal protegido.....	21	21 → WS3																																							
Pozo artesanal protegido.....	31	31 → WS3																																							
Pozo artesanal no protegido.....	32	32 → WS3																																							
Manantial protegido.....	41	41 → WS3																																							
Manantial no protegido.....	42	42 → WS3																																							
Recogen agua de lluvia.....	51	51 → WS3																																							
Carrotanque / camión cisterna.....	61	61 → WS3																																							
Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81	81 → WS3																																							
Agua embotellada/envasada.....	91	91 → WS2																																							
Otra? _____ (especifique)	96	96 → WS3																																							
<p>WS1A. ¿LAS PLUMAS O LAS LLAVES DE AGUA DE ESTE HOGAR ESTÁN UBICADAS:</p> <p>DENTRO DE LA VIVIENDA?</p> <p>DENTRO DEL TERRENO PATIO O LOTE?</p> <p>CONEXIÓN O PLUMA DEL VECINO?</p> <p>LLAVE O GRIFO PÚBLICO?</p>	<table border="0"> <tr><td>Dentro de la vivienda.....</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>Dentro del terreno, patio o lote.....</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>Conexión o pluma del vecino.....</td><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>Llave o grifo público.....</td><td>14</td><td>14 → WS3</td></tr> </table>	Dentro de la vivienda.....	11		Dentro del terreno, patio o lote.....	12		Conexión o pluma del vecino.....	13		Llave o grifo público.....	14	14 → WS3																												
Dentro de la vivienda.....	11																																								
Dentro del terreno, patio o lote.....	12																																								
Conexión o pluma del vecino.....	13																																								
Llave o grifo público.....	14	14 → WS3																																							
<p>WS1B. ¿QUÉ REGULARIDAD TIENE EN EL SUMINISTRO DE AGUA PARA BEBER...</p> <p>DURANTE LA ESTACIÓN SECA...</p> <p>DURANTE LA ESTACIÓN LLUVIOSA....</p> <p>LAS 24 HORAS DEL DÍA ?</p> <p>PARTE DEL DÍA ?</p> <p>OCASIONALMENTE?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">Durante la estación seca</th> <th style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">Durante la estación lluviosa</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Las 24 horas del día ?.....</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">4</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → WS6</td> </tr> <tr> <td>Parte del día?.....</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">5</td> </tr> <tr> <td>Ocasionalmente?.....</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">3</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">6</td> </tr> </tbody> </table>		Durante la estación seca	Durante la estación lluviosa		Las 24 horas del día ?.....	1	4	} → WS6	Parte del día?.....	2	5	Ocasionalmente?.....	3	6																										
	Durante la estación seca	Durante la estación lluviosa																																							
Las 24 horas del día ?.....	1	4	} → WS6																																						
Parte del día?.....	2	5																																							
Ocasionalmente?.....	3	6																																							
<p>WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?</p>	<table border="0"> <tr><td>Acueducto público del IDAAN.....</td><td>01</td><td>01 → WS6</td></tr> <tr><td>Acueducto público de la comunidad.....</td><td>02</td><td>02 → WS6</td></tr> <tr><td>Acueducto particular.....</td><td>03</td><td>03 → WS6</td></tr> <tr><td>Pozo brocal protegido.....</td><td>21</td><td></td></tr> <tr><td>Pozo artesanal protegido.....</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td>Pozo artesanal no protegido.....</td><td>32</td><td></td></tr> <tr><td>Manantial protegido.....</td><td>41</td><td></td></tr> <tr><td>Manantial no protegido.....</td><td>42</td><td></td></tr> <tr><td>Recogen agua de lluvia.....</td><td>51</td><td></td></tr> <tr><td>Carrotanque / camión cisterna.....</td><td>61</td><td></td></tr> <tr><td>Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....</td><td>81</td><td></td></tr> <tr><td>Otra _____ (especifique)</td><td>96</td><td></td></tr> </table>	Acueducto público del IDAAN.....	01	01 → WS6	Acueducto público de la comunidad.....	02	02 → WS6	Acueducto particular.....	03	03 → WS6	Pozo brocal protegido.....	21		Pozo artesanal protegido.....	31		Pozo artesanal no protegido.....	32		Manantial protegido.....	41		Manantial no protegido.....	42		Recogen agua de lluvia.....	51		Carrotanque / camión cisterna.....	61		Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81		Otra _____ (especifique)	96					
Acueducto público del IDAAN.....	01	01 → WS6																																							
Acueducto público de la comunidad.....	02	02 → WS6																																							
Acueducto particular.....	03	03 → WS6																																							
Pozo brocal protegido.....	21																																								
Pozo artesanal protegido.....	31																																								
Pozo artesanal no protegido.....	32																																								
Manantial protegido.....	41																																								
Manantial no protegido.....	42																																								
Recogen agua de lluvia.....	51																																								
Carrotanque / camión cisterna.....	61																																								
Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81																																								
Otra _____ (especifique)	96																																								

<p>WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA ?</p>	<p>En su propio patio /lote..... 2</p> <p>En otro lado..... 3</p>	<p>2 → WS6</p>
<p>WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?</p>	<p>No. de minutos..... <input type="text"/></p> <p>No Sabe..... 998</p>	
<p>WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?</p>	<p>Mujer adulta (de 15 años o más)..... 1</p> <p>Hombre adulto (de 15 años o más)..... 2</p> <p>Niña (menor de 15)..... 3</p> <p>Niño (menor de 15)..... 4</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 → WS8</p> <p>8 → WS8</p>
<p>WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Anote todas las opciones mencionadas.</i></p>	<p>La hierve..... A</p> <p>Le añade cloro / blanqueador..... B</p> <p>La filtra con tela..... C</p> <p>Utiliza filtro de agua (cerámica, arena, Compuestos, etc) D</p> <p>Desinfección solar..... E</p> <p>La deja reposar y asentar..... F</p> <p>Otro _____ X</p> <p>No sabe..... Z</p>	
<p>WS8. ¿QUÉ CLASE DE SERVICIO SANITARIO UTILIZAN LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> <p><i>Si responde "letrina", indague: que tipo de letrina...</i></p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i></p>	<p>Servicio conectado al alcantarillado..... 11</p> <p>Servicio conectado a tanque séptico o a fosa séptica..... 12</p> <p>Letrina de arrastre..... 13</p> <p>Servicio con conexión al mar, río o quebrada u otro lugar circundante..... 14</p> <p>Letrina o servicio de hueco con ventilación..... 21</p> <p>Letrina o servicio de hueco sin ventilación..... 22</p> <p>Letrina o servicio de hueco sin piso..... 23</p> <p>Letrina de compostaje..... 31</p> <p>Servicio colgante sobre el río o el mar..... 51</p> <p>No hay servicio sanitario, va al monte, campo.. 95</p> <p>Otro _____ 96 (especifique)</p>	<p>95 → Sig. Cap.</p>

<p>WS9. ¿COMPARTE USTED EL SERVICIO SANITARIO CON PERSONAS DE OTRAS VIVIENDAS?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>WS10. ¿COMPARTE EL SERVICIO SANITARIO ÚNICAMENTE CON PERSONAS DE OTRAS VIVIENDAS QUE USTED CONOCE, O ESTÁ ABIERTO AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?</p>	<p>Con otros hogares únicamente (no con el público en general)..... 1</p> <p>Instalación pública..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>WS11. ¿CUÁNTAS VIVIENDAS EN TOTAL UTILIZAN EL SERVICIO SANITARIO, INCLUYENDO SU VIVIENDA?</p>	<p>Número de viviendas (si menos de 10).... 0 <input type="text"/></p> <p>Diez viviendas o más..... 10</p> <p>NS..... 98</p>	

CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

HC

<p>HC2A. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE LA VIVIENDA? (No incluya la cocina, servicio y el baño)</p>	<p>Número de cuartos..... <input type="text"/></p>	
<p>HC2. DE ESTOS: ¿CUÁNTOS CUARTOS SON SÓLO PARA DORMIR?</p>	<p>Número de cuartos para dormir..... <input type="text"/></p>	
<p>HC3. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL PISO DE ESTA VIVIENDA?</p>	<p>Cemento (concreto, mosaicos o baldosas, Ladrillo)..... 1</p> <p>Madera..... 2</p> <p>Tierra..... 3</p> <p>Otro (caña, palos, desechos)..... 6</p>	
<p>HC4. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL TECHO DEL EDIFICIO O CASA ?</p>	<p>Concreto (cemento)..... 01</p> <p>Teja..... 02</p> <p>Tejalit, Panalit, Techolit..... 03</p> <p>Metal (zinc, aluminio, etc)..... 04</p> <p>Madera protegida..... 05</p> <p>Palma, paja o penca..... 06</p> <p>Otros materiales..... 96</p>	
<p>HC5. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DEL EDIFICIO O CASA?</p>	<p>Bloque, ladrillo, piedra, Concreto 01</p> <p>Madera (tablas, troza)..... 02</p> <p>Quincha, adobe..... 03</p> <p>Metal (zinc, aluminio, etc)..... 04</p> <p>Palma, paja o penca, caña, palos..... 05</p> <p>Sin paredes..... 06</p> <p>Otros materiales..... 96</p>	

Características del Hogar

<p>HC8. ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>[A] ELECTRICIDAD?</p> <p>[B] RADIO/EQUIPO DE SONIDO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELÉFONO FIJO?</p> <p>[E] REFRIGERADORA?</p> <p>[F] COMPUTADORA?</p> <p>[G] TIENE CONEXIÓN A INTERNET?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Radio/Equipo de sonido.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Televisor.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Refrigeradora.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Computadora.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tiene conexión a Internet.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Electricidad.....	1	2	Radio/Equipo de sonido.....	1	2	Televisor.....	1	2	Teléfono fijo.....	1	2	Refrigeradora.....	1	2	Computadora.....	1	2	Tiene conexión a Internet.....	1	2	
	Sí	No																								
Electricidad.....	1	2																								
Radio/Equipo de sonido.....	1	2																								
Televisor.....	1	2																								
Teléfono fijo.....	1	2																								
Refrigeradora.....	1	2																								
Computadora.....	1	2																								
Tiene conexión a Internet.....	1	2																								
<p>HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:</p> <p>[A] RELOJ DE PULSO?</p> <p>[B] TELÉFONO CELULAR ACTIVO?</p> <p>[C] BICICLETA?</p> <p>[D] MOTOCICLETA O MOTONETA?</p> <p>[E] CARRETA HALADA POR ANIMALES?</p> <p>[F] AUTOMÓVIL O CAMIÓN?</p> <p>[G] BOTE CON MOTOR?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reloj de pulso.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono celular activo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta o motoneta.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Carreta halada por animales.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Automóvil/camión.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Bote con motor.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Reloj de pulso.....	1	2	Teléfono celular activo.....	1	2	Bicicleta.....	1	2	Motocicleta o motoneta.....	1	2	Carreta halada por animales.....	1	2	Automóvil/camión.....	1	2	Bote con motor.....	1	2	
	Sí	No																								
Reloj de pulso.....	1	2																								
Teléfono celular activo.....	1	2																								
Bicicleta.....	1	2																								
Motocicleta o motoneta.....	1	2																								
Carreta halada por animales.....	1	2																								
Automóvil/camión.....	1	2																								
Bote con motor.....	1	2																								
<p>HC10. ¿Es su vivienda:</p> <p>HIPOTECADA?</p> <p>ALQUILADA?</p> <p>PROPIA?</p> <p>CEDIDA?</p> <p>CONDENADA?</p> <p>OTRA? _____ (especifique)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Hipotecada.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Alquilada.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Propia.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Cedida.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Condenada.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Otra _____ (especifique)</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </tbody> </table>	Hipotecada.....	1	Alquilada.....	2	Propia.....	3	Cedida.....	4	Condenada.....	5	Otra _____ (especifique)	6													
Hipotecada.....	1																									
Alquilada.....	2																									
Propia.....	3																									
Cedida.....	4																									
Condenada.....	5																									
Otra _____ (especifique)	6																									
<p>HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNA TIERRA QUE PUEDA USARSE PARA AGRICULTURA?</p> <p><i>Recuerde aclarar al informante que se trata solo de las tierras que pertenezcan a algún miembro de este hogar y no a familiares no miembros del hogar.</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2	<p>2 → HC13</p>																				
Sí.....	1																									
No.....	2																									
<p>HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</p> <p><i>Si es menos de 1, anote "00". Si es 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i></p>	<p>Hectáreas..... <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>																									
<p>HC13. ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2	<p>2 → HC15</p>																				
Sí.....	1																									
No.....	2																									

Tabla 1: Niños/as de 1 a 14 años que son elegibles para el modulo de Disciplina Infantil

- A. Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 14 años en el orden en que aparece en el Formulario de Listado del Hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 14 años de edad.
- B. Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.
- C. Luego anote el número total de niños de entre 1 y 14 años en el casillero correspondiente (CD6).
- D. Si no hay niños de 1 a 14 años en el hogar, vaya al siguiente modulo.

CD1. Número de orden	CD2. Número de línea de HL1	CD3. Nombre de HL2	CD4. Sexo de HL4		CD5 Edad de HL6
Orden	Línea	Nombre	H	M	Edad
1	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
CD6.	Total de niños de 1 a 14 años				<input type="text"/>

E. Si hay (un solo niño)/(una sola niña) de 1 a 14 años en el hogar, omita la tabla 2 y vaya a CD8; escriba '1' y continúe con CD9

Tabla 2: Selección aleatoria de (un niño)/(una niña) para el Cuestionario sobre Disciplina Infantil

- A. Use la Tabla 2 para seleccionar a (un niño)/(una niña) de 1 a 14 años, si hay más de uno/a en ese rango de edad en el hogar.
- B. Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Éste es el número de la fila que usted debe usar en la tabla de abajo.
- C. Verifique el número total de niños elegibles (1-14) en CD6 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir.
- D. Busque el recuadro en el cual se intersectan la fila y la columna y circule el número que aparece en dicho recuadro Este es el número de orden del niño (CD1) acerca del cual se harán las preguntas.

CD7. Último dígito del número del hogar HH2	Número total de niños/as en el Hogar que son elegibles							
	1	2	3	4	5	6	7	8 +
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD8. Anote el número de orden (del niño/de la niña) seleccionado/a

CD9. Escriba para (el niño seleccionado)/(la niña seleccionada) para el módulo, el nombre y el número de línea que aparece en CD3 y CD2, según el número de orden que figura en CD8.	Nombre: _____ Línea N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CD10. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS(AS) LA FORMA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUIERO QUE UD. ME DIGA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (NOMBRE) A LO LARGO DEL MES PASADO		
CD11. LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (NOMBRE) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Si..... 1 No..... 2	
CD12. LE EXPLICÓ A (NOMBRE) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Si..... 1 No..... 2	
CD13. LE SACUDIÓ O JAMAQUEÓ	Si..... 1 No..... 2	
CD14. LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ, O LE DIO ALARIDOS.	Si..... 1 No..... 2	
CD15. LE DIO OTRA COSA QUE HACER, PARA DISTRAERLO.	Si..... 1 No..... 2	
CD16. LE GOLPEÓ O LE DIO EN LAS NALGAS CON LA MANO.	Si..... 1 No..... 2	
CD17. LE DIO UNA CUERA, LE PEGÓ EN LAS NALGAS O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Si..... 1 No..... 2	
CD18. LE LLAMÓ TONTO/A, PEREZOSO/A O DE ALGUNA OTRA FORMA PARECIDA.	Si..... 1 No..... 2	
CD19. LE GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Si..... 1 No..... 2	
CD20. LE GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	Si..... 1 No..... 2	
CD21. LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ TAN FUERTE COMO PUDO.	Si..... 1 No..... 2	
CD22. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe/ No opina..... 8	
HH19. Anote la hora.	Hora y minutos..... <input type="text"/> : <input type="text"/>	

CONTROL DE VISITAS - CUESTIONARIO DEL HOGAR

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

Códigos: 01 Completa (todos los miembros del hogar con información) 02 Incompleta 03 No respuesta (rechazo)

WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento: Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el mes..... 98 Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el año..... 9998	
WB2. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos)..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ AL PREESCOLAR O A LA ESCUELA?	Si..... 1 No..... 2	2 → WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Preescolar..... 01 Enseñanza especial..... 02 Primaria..... 03 Vocacional..... 04 Secundaria..... 05 Superior no universitaria..... 06 Superior universitaria..... 07 Especialidad (postgrado)..... 08 Maestría..... 09 Doctorado..... 10	01 → WB7 02 → WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si es menos de 1 grado o año, anote "00"</i>	Grado/año <input type="text"/> <input type="text"/>	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria, vocacional o superior → Vaya a MT2 <input type="checkbox"/> Primaria → Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada..... 1 Puede leer sólo partes de la frase..... 2 Puede leer la frase completa..... 3 La frase no estaba en el idioma requerido..... _____ (especifique el idioma) 4 Ciega/muda, dificultad para ver o hablar 5	1 → MT3 2 → MT2 3 → MT2 4 → MT2 5 → MT3

CAPÍTULO IX. ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN
 MT

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ COMPUTADORA?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT9
MT7. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA USADO UNA COMPUTADORA ?	Si..... 1 No..... 2	1 → MT8
MT7A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ COMPUTADORA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → MT9 2 → MT9 3 → MT9 4 → MT9 5 → MT9 6 → MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT10A
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Si..... 1 No..... 2	1 → MT10B 2 → Sig. Cap.
MT10A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ INTERNET DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → Sig. Cap. 2 → Sig. Cap. 3 → Sig. Cap. 4 → Sig. Cap. 5 → Sig. Cap. 6 → Sig. Cap.
MT10B. ¿PARA CUÁL DE LAS SIGUIENTE ACTIVIDADES UTILIZÓ EL INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? [A] RECIBIR O ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO? [B] PARTICIPAR EN REDES SOCIALES? [C] LEER O DESCARGAR NOTICIAS, PERIÓDICOS O REVISTAS DE ACTUALIDAD ON-LINE? [D] INTERACCIÓN CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES? [E] OBTENER INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS O SERVICIOS? [F] COMPRA, VENTA O CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS? [G] OPERACIONES DE BANCA ELECTRÓNICA? [H] BUSCAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FORMAL O CAPACITACIÓN? [I] BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD? [J] DESCARGAR SOFTWARE, ENTRETENIMIENTO U OTROS?	Recibir o enviar correo electrónico..... A Participar en redes sociales..... B Leer o descargar noticias, periódicos o revistas de actualidad on-line..... C Interacción con organizaciones gubernamentales..... D Obtener información sobre productos o servicios..... E Compra, venta o contratación de bienes o servicios..... F Operaciones de banca electrónica..... G Buscar o participar en actividades de educación formal o capacitación..... H Buscar información sobre temas de salud..... I Descargar software, entretenimiento u otros..... J	
MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	

Todas las preguntas se refieren sólo a (niños nacidos vivos)/ (niñas nacidas vivas).

<p>CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LOS NACIMIENTOS VIVOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ? ¿HA TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS ?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2</p>	<p>2 → Cap. XIV</p>
<p>CM12. DE ESTOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO ÚLTIMA HIJA (AÚN CUANDO ESTE HAYA FALLECIDO)?</p> <p><i>Se deben anotar el mes y el año.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Día..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe el día..... 98</p> <p>Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2011</p> <p><input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. Vaya al capítulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.</p> <p><input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. Pregunte el nombre del niño Nombre del niño / de la niña _____</p> <p><i>Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los capítulos siguientes.</i></p> <p><i>Continúe con el siguiente capítulo</i></p>		

CAPÍTULO XI. ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO

Este capítulo al igual que los 2 subsiguientes deben aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13 y anote aquí el nombre del último hijo/a nacido/a

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

<p>DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2</p>	<p>1 → Sig. Cap.</p>
<p>DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?</p>	<p>Más adelante..... 1 No más..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR?</p>	<p>Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	

CAPÍTULO XII. SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

<p>MN1. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2</p>	<p>2 → MN17</p>
<p>MN2. ¿QUIÉN LA ATENDIÓ?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____ (especifique)</p>	

<p>MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO?</p> <p><i>No sabe 98</i></p>	<p>Número de controles..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>																																																																	
<p>MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, SE LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ:</p> <p>[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</p> <p>[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</p> <p>[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Si	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2																																																					
	Si	No																																																																
Presión arterial.....	1	2																																																																
Muestra de orina.....	1	2																																																																
Muestra de sangre.....	1	2																																																																
<p>MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i></p> <p><i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p style="text-align: center;">_____ (especifique)</p> <p>Nadie..... Y</p>																																																																	
<p>MN18. ¿DÓNDE DIO USTED A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p>	<table border="0"> <tr> <td>Su casa.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> <td style="width: 20px;"></td> <td>11 → MN20</td> </tr> <tr> <td>Otra casa.....</td> <td style="text-align: right;">12</td> <td></td> <td>12 → MN20</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sector público</td> </tr> <tr> <td>Hospital del gobierno.....</td> <td style="text-align: right;">21</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clínica del gobierno/Centro de salud.....</td> <td style="text-align: right;">22</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puesto de salud del gobierno.....</td> <td style="text-align: right;">23</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra institución pública.....</td> <td style="text-align: right;">26</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">_____ (especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sector Médico Privado</td> </tr> <tr> <td>Hospital privado.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clínica privada.....</td> <td style="text-align: right;">32</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Casa privada de maternidad.....</td> <td style="text-align: right;">33</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro centro médico privado.....</td> <td style="text-align: right;">36</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">_____ (especifique)</td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> <td></td> <td>96 → MN20</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">_____ (especifique)</td> </tr> </table>	Su casa.....	11		11 → MN20	Otra casa.....	12		12 → MN20	Sector público				Hospital del gobierno.....	21			Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22			Puesto de salud del gobierno.....	23			Otra institución pública.....	26			_____ (especifique)				Sector Médico Privado				Hospital privado.....	31			Clínica privada.....	32			Casa privada de maternidad.....	33			Otro centro médico privado.....	36			_____ (especifique)				Otro: _____	96		96 → MN20	_____ (especifique)				
Su casa.....	11		11 → MN20																																																															
Otra casa.....	12		12 → MN20																																																															
Sector público																																																																		
Hospital del gobierno.....	21																																																																	
Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22																																																																	
Puesto de salud del gobierno.....	23																																																																	
Otra institución pública.....	26																																																																	
_____ (especifique)																																																																		
Sector Médico Privado																																																																		
Hospital privado.....	31																																																																	
Clínica privada.....	32																																																																	
Casa privada de maternidad.....	33																																																																	
Otro centro médico privado.....	36																																																																	
_____ (especifique)																																																																		
Otro: _____	96		96 → MN20																																																															
_____ (especifique)																																																																		
<p>MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿SE LE HIZO UNA CIRUGÍA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>																																																																	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande..... 1</p> <p>Más grande que el promedio..... 2</p> <p>Tamaño promedio..... 3</p> <p>Más pequeño que el promedio..... 4</p> <p>Muy pequeño..... 5</p> <p>No sabe..... 8</p>																																																																	

MN21. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → MN23 8 → MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i>	De la Tarjeta (kg)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> De Memoria (kg)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 99998	
MN23. ¿DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), LE VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL ?	Si..... 1 No..... 2	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es "menos de una hora", anote '00' horas.</i> <i>Si la respuesta es 'menos de 24 horas', anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/ No recuerda..... 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO DE (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGO QUE NO SEA LECHE MATERNA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR? <i>Indague: ¿ALGO MÁS?</i>	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola (sin aditivos)..... B Agua con azúcar o con glucosa..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés..... G Té/Infusiones..... H Miel..... I Otro: _____ X (<i>especifique</i>)	

CAPÍTULO XIII. CONTROLES DE SALUD POST- NATAL

PN

Recuerde que este capítulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13, y anote aquí el nombre del último nacimiento

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en una instalación de salud?

Sí, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN2

No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 o 96) → Vaya a PN6

<p>PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p><u>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>). DESPUÉS DEL PARTO ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ?</u> <i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI ESTABA BIEN.</p> <p><u>¿ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>). ALGUIEN EVALUÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN4. AHORA DÍGAME, EN CUANTO A USTED, ¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASÓ DESPUÉS DE QUE SE FUE DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>).</p> <p><u>¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) → Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) → Vaya a PN10</p>		
<p>PN7. USTED YA HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), REVISANDO EL CORDÓN UMBILICAL, O VIENDO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>PERSONA O PERSONAS EN MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO CHEQUEAR SU CONDICIÓN DE SALUD, QUIERO DECIR EXAMINAR SU CONDICIÓN, POR EJEMPLO HACIÉNDOLE PREGUNTAS DE SU SALUD O EVALUÁNDOLA.</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), CHEQUEÓ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIÓ SI SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTE CHEQUEO OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1 → PN12A</p> <p>2 → PN12B</p>

<p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE LAS REVISIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública..... 26</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado..... 36</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en una instalación de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 o 96) → Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de instalación de salud en la MN18</i>). ¿CHEQUEÓ ALGUIEN <u>SU</u> SALUD?</p>	<p>Si.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) → Continúe con PN18</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) → Vaya a PN19</p>		

<p>PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINÓ EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>Persona o personas en la MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ <u>SU</u> SALUD?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿ALGUIEN LA CHEQUEÓ A <u>USTED</u>?</p> <p><i>ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</i></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN20. ¿ESTE CHEQUEO OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1 → PN21A</p> <p>2 → PN21B</p>
<p>PN21A. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p>PN21B. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ EL PRIMERO DE ESTOS CHEQUEOS?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p><i>(especifique)</i></p>	
<p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública _____ 26</p> <p><i>(especifique)</i></p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado _____ 36</p> <p><i>(especifique)</i></p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p><i>(especifique)</i></p>	

CAPÍTULO XIV. SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

IS

<p>IS1. Verifique el Listado de Hogar, columna HL9</p> <p>¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → Continúe con IS2</p> <p><input type="checkbox"/> No → Vaya al Sig. Cap.</p>		
<p>IS2. ALGUNAS VECES LOS NIÑOS(AS) TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD.</p> <p>¿CUÁLES SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA AL NIÑO(A) A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p>¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?</p> <p><i>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</i></p> <p><i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero NO induzca la respuesta con sugerencias</i></p>	<p>Si el niño(a) no puede beber o mamar..... A</p> <p>Si se pone más enfermo..... B</p> <p>Si le da fiebre..... C</p> <p>Si tiene respiraciones rápidas..... D</p> <p>Si tiene dificultad para respirar..... E</p> <p>Si hace deposiciones/heces con sangre..... F</p> <p>Si bebe poco..... G</p> <p>Si tiene alergia..... H</p> <p>Si tiene vómito..... I</p> <p>Si tiene diarrea..... J</p> <p>Otro _____ X (especifique)</p> <p>Otro _____ Y (especifique)</p> <p>Otro _____ Z (especifique)</p>	

CAPÍTULO XV. ANTICONCEPCIÓN

CP

<p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ESTÁ USTED EMBARAZADA ACTUALMENTE?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No está segura o no Sabe.....8</p>	<p>1 → Sig. cap</p>
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → CP3</p>
<p>CP2A. ¿EN EL PASADO HA HECHO USTED ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → Sig. Cap.</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta.</i> <i>Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Salpin/Operación o esterilización femenina..... A</p> <p>Operación masculina..... B</p> <p>DIU..... C</p> <p>Inyecciones..... D</p> <p>Implantes..... E</p> <p>Píldoras..... F</p> <p>Condón masculino..... G</p> <p>Condón femenino..... H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Jalea/Espuma..... J</p> <p>Amenorrea por Lactancia (MELA)..... K</p> <p>Abstinencia periódica Ritmo..... L</p> <p>Retiro..... M</p> <p>Otro _____ X (especifique)</p>	

<p>UN1. Verifique CP1. Está embarazada actualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente → Continúe con UN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe → Vaya a UN5</p>		
<p>UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU EMBARAZO ACTUAL. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → UN4</p>
<p>UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?</p>	<p>Más adelante..... 1</p> <p>No más..... 2</p>	
<p>UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>1 → UN7</p> <p>2 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>
<p>UN5. Verifique CP3. Está utilizando ahora "Salpin/ operación o esterilización femenina"?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN6</p>		
<p>UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO O PREFERIRÍA NO TENER, MÁS HIJO(S)?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No puede quedar embarazada..... 3</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>2 → UN9</p> <p>3 → UN11</p> <p>8 → UN9</p>
<p>UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR PARA TENER (UN/OTRO) HIJO?</p>	<p>Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pronto/Ahora.....993</p> <p>Dice que no puede quedar embarazada.....994</p> <p>Después del matrimonio.....995</p> <p>Otro.....996</p> <p>No sabe.....998</p>	<p>994 → UN11</p>
<p>UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe → Continúe con UN9</p>		
<p>UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN10</p>		
<p>UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>1 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>

UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes / No tiene relaciones sexuales.....	A
	Menopausia.....	B
	Nunca menstruó.....	C
	Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero).....	D
	Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados.....	E
	Amenorrea postparto.....	F
	Amamantamiento.....	G
	Muy vieja.....	H
	Fatalista.....	I
	Otro: _____ (especifique)	X
No sabe.....	Z	

UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó "nunca menstruó"?	
<input type="checkbox"/> Mencionado. —————> Vaya al Sig. Cap.	
<input type="checkbox"/> No mencionado —————> Continúe con UN13	

UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL?	Hace días.....	1	___	___
	Hace semanas.....	2	___	___
	Hace meses.....	3	___	___
	Hace años.....	4	___	___
	En la menopausia / Se le ha realizado histerectomía.....	994		
	Antes del último nacimiento.....	995		
	Nunca menstruó.....	996		

CAPÍTULO XVII. ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA **DV**

DV1. A VECES, EL COMPAÑERO O ESPOSO SE MOLESTA O SE ENOJA POR COSAS QUE LA PAREJA O ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL HOMBRE GOLPEE A SU PAREJA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:		Sí	No	NS	
	[A] SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle.....	1	2	8
	[B] SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS?	Descuida a los niños.....	1	2	8
	[C] SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....	1	2	8
	[D] SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a tener relaciones sexuales con él.....	1	2	8
	[E] SI A ELLA SE LE QUEMA LA COMIDA?	Se le quema la comida.....	1	2	8
	[F] SI ELLA SE VISTE PROVOCATIVAMENTE?	Se viste provocativamente.....	1	2	8

CAPÍTULO XVIII. MATRIMONIO/UNIÓN

MA

MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE?	Sí, actualmente casada.....	1	3 → MA5
	Sí, unida con un hombre.....	2	
	No,	3	
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA?	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe.....	98	
MA3. ADEMÁS DE USTED, ¿TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA : OTRAS PAREJAS O ESPOSAS O VIVE CON OTRAS MUJERES?	Sí.....	1	2 → MA7 8 → MA7
	No.....	2	
	No sabe.....	8	
MA4. ¿CUÁNTAS OTRAS PAREJAS O ESPOSAS TIENE ÉL?	Número.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	→ MA7
	No sabe.....	98	98 → MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE ?	Sí, casada en el pasado.....	1	3 → Sig. Cap
	Sí, vivió con un hombre en el pasado.....	2	
	No,	3	
MA6. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA, SEPARADA?	Viuda.....	1	
	Divorciada.....	2	
	Separada.....	3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED UNIDA O CASADA CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez.....	1	
	Más de una vez.....	2	
MA8. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE UNIÓ O SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> ?	Fecha del primer matrimonio o unión		→ Sig. Cap
	Mes.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe en qué mes.....	98	
	Año.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe en qué año.....	9998	
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMER COMPAÑERO/PAREJA/ESPOSO ?	Edad en años cumplidos.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	

CAPÍTULO XIX. COMPORTAMIENTO SEXUAL

SB

Verifique que no hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay privacidad.

SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA VIDA SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca tuvo relaciones sexuales.....	00	00 → Sig. Cap.
	Edad en años.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Cuando comenzó a vivir con su primer esposo o pareja.....	95	
SB2. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?	Sí.....	1	
	No.....	2	
	No sabe / No recuerda.....	8	

<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Anote la respuesta en "años" sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años.</i> <i>Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.</i></p>	<p>Hace días..... 1 <input type="text"/></p> <p>Hace semanas..... 2 <input type="text"/></p> <p>Hace meses..... 3 <input type="text"/></p> <p>Hace años..... 4 <input type="text"/></p>	<p>4 → SB15</p>
<p>SB4. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON EL HOMBRE CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es el "novio", pregunte:</i> <i>¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</i></p> <p><i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB7</p> <p>4 → SB7</p> <p>6 → SB7</p>
<p>SB6. Verifique MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) → Pase a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/No en una unión (MA1 = 3) → Continúe con SB7</p>		
<p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> <i>¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i></p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	
<p>SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → SB15</p>
<p>SB9. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB10. ¿CUÁL ERA SU RELACIÓN CON ESA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i></p> <p><i>Si es el "novio" preguntar:</i> <i>¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</i></p> <p><i>Si La Respuesta Es "si", Circule "2"</i> <i>Si La Respuesta Es "no", Circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB12</p> <p>4 → SB12</p> <p>6 → SB12</p>
<p>SB11. Verifique MA1 y MA7:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2), Y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) → Pase a SB13</p> <p><input type="checkbox"/> Otro → Continúe con SB12</p>		
<p>SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> <i>¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i></p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	

SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si..... 1 No..... 2	2 → SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros..... <input type="text"/>	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es mayor a 95, anote "95".</i>	Número de compañeros en toda su vida..... <input type="text"/> No sabe..... 98	

CAPÍTULO XX. VIH/SIDA Ó VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

HA

HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿HA OÍDO Ud. HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE EL VIH VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap																
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI TENGA OTRAS PAREJAS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIH/ SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIH AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA DE SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE, TENGA EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA8. ¿PUEDA EL VIH/ SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO. [A] DURANTE EL EMBARAZO [B] DURANTE EL PARTO [C] LACTANDO/AMAMANTANDO	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Lactando/Amamantando.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sí	No	NS	Durante el embarazo.....	1	2	8	Durante el parto.....	1	2	8	Lactando/Amamantando.....	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Durante el embarazo.....	1	2	8															
Durante el parto.....	1	2	8															
Lactando/Amamantando.....	1	2	8															
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIH/SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																	

HA10. ¿UD. LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR(A) O TENDERO(A) SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIA CON EL VIH/ SIDA, ¿QUISIERA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIH/SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE EL/ELLA EN SU CASA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA13. Verifique CM13: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años (CM13 = "No" o quedó en blanco) → Vaya a HA24 <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. → Continúe con HA14																						
HA14. Verifique MN1: Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. → Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales. → Vaya a HA24																						
HA15. ¿EN CUALQUIER CHEQUEO PRENATAL DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIH/SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON ELVIH/SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIH? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA DEL VIH/SIDA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse prueba del SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba.....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR ELVIH/ SIDA COMO PARTE DE SUS CHEQUEOS PRENATALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA19 8 → HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA22 8 → HA22																				
HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	1 → HA22 2 → HA22 8 → HA22																				
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto. → Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud → Vaya a HA24																						

HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y EL MOMENTO DEL PARTO?	Si.....	1	
	No.....	2	2 → HA24
	No sabe.....	8	8 → HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si.....	1	
	No.....	2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Si.....	1	1 → HA25
	No.....	2	
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Hace menos de 12 meses.....	1	1 → Sig. Cap
	12-23 meses atrás.....	2	2 → Sig. Cap
	Hace dos o más años.....	3	3 → Sig. Cap
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIH/SIDA?	Si.....	1	
	No.....	2	2 → HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses.....	1	
	12-23 meses atrás.....	2	
	Hace dos o más años.....	3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si.....	1	1 → Sig. Cap
	No.....	2	2 → Sig. Cap
	No sabe.....	8	8 → Sig. Cap
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Si.....	1	
	No.....	2	

CAPÍTULO XXI. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA

<p>LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.</p> <p>PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O UN POCO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?</p> <p>PUEDE MIRAR ESTA TARJETA, PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p>	Muy feliz.....	1	
	Un poco feliz.....	2	
	Ni feliz ni infeliz.....	3	
	Un poco infeliz.....	4	
	Muy infeliz.....	5	

<p>LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.</p> <p>PUEDA MIRAR ESTA TARJETA , PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la tarjeta de respuestas y explique el significado de cada símbolo. Circule la respuesta indicada por la entrevistada para LS3 a LS13.</i></p> <p>¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2013 ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → LS7</p>
<p>LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU TRABAJO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene trabajo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta.</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener trabajo, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene trabajo..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

<p>LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?</p> <p><i>De ser necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i></p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS10. ¿EN GENERAL, CUÁN SATISFECHA, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0".</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener ingresos, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene ingresos..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

