

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.</i>		
<b>UF1.</b> Número de conglomerado (UPM): _____	<b>UF2.</b> Número de hogar (vivienda): _____	
<b>UF3.</b> Nombre del niño/a: Nombre _____	<b>UF4.</b> Número de línea del niño/a : _____	
<b>UF5.</b> Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	<b>UF6.</b> Número de línea de la madre/persona encargada: _____	
<b>UF7.</b> Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	<b>UF8.</b> Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2016	

Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:  SOMOS DE <b>LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS.</b> ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON <b>UNICEF</b> SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE ( <b>nombre del niño/a de UF3</b> ). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>30</b> MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:  ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE ( <b>nombre del niño/niña de UF3</b> ) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>30</b> MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. .
¿PUEDO COMENZAR AHORA? <input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista. <input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor	

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

**EDAD****AG**

**AG1.** AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (*nombre*),

¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (*nombre*)?

*Indague:*

¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?

*Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.*

*Debe anotar el mes y el año.*

Fecha de nacimiento

Día .....\_\_ \_\_

No sabe día..... 98

Mes.....\_\_ \_\_

Año .....\_\_ \_\_ \_\_

**AG2.** ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (*nombre*)?

*Indague:*

¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (*nombre*) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?

*Anote la edad en años completos.*

*Anote '0' si tiene menos de 1 año.*

*Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.*

Edad (en años completos) .....\_\_

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<b>BR1.</b> ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE <i>(nombre)?</i>  <i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?	Sí, visto ..... 1	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo
	Sí, no visto..... 2	
	No..... 3	
	No sabe ..... 8	
<b>BR2.</b> ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE <i>(nombre)</i> ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí ..... 1	1⇒Siguiete módulo
	No..... 2	
	No sabe ..... 8	
<b>BR3.</b> ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE <i>(nombre)?</i>	Sí ..... 1	
	No..... 2	

**DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL**

**EC**

<p><b>EC1.</b> ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Ninguno ..... 00</p> <p>Número de libros de niños ..... 0 __</p> <p>Diez o más libros ..... 10</p>																	
<p><b>EC2.</b> QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.</p> <p>¿JUEGA CON:</p> <p>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES COMPRADOS EN UN NEGOCIO O INDUSTRIALIZADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO PLATOS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS U HOJAS)?</p> <p><i>Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juguetes comprados.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Juguetes caseros.....1	2	8		Juguetes comprados.....1	2	8		Objetos del hogar u objetos del exterior.....1	2	8		
	Sí	No	NS															
Juguetes caseros.....1	2	8																
Juguetes comprados.....1	2	8																
Objetos del hogar u objetos del exterior.....1	2	8																
<p><b>EC3.</b> A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p><i>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.</i> <i>Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</i></p>	<p>Número de días que lo dejó solo durante más de una hora ..... __</p> <p>Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora ..... __</p>																	
<p><b>EC4.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p>																		
<p><b>EC5.</b> ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO ESTRUCTURADO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO COMO CODENI, CEBINFA , MITA ROGA, DEQUENÍ, ETC.?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																	

<p><b>EC7.</b> 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 "SÍ", pregunte:</i></p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGUNA PLAZA, PARQUE, PATIO U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>) O CON (<i>nombre</i>) ?</p>	<table border="1"> <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 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 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 fuera	A	B	X	Y																																	
Jugó	A	B	X	Y																																	
Nombró/contó	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				

<b>EC12.</b> ¿SE SIENTE ( <i>nombre</i> ) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC13.</b> ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE,?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC14.</b> CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC15.</b> ¿SE LLEVA ( <i>nombre</i> ) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC16.</b> ¿( <i>Nombre</i> ) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC17.</b> ¿SE DISTRAE ( <i>nombre</i> ) FÁCILMENTE?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8																					
<b>EC18.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a  <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene menos de 1 año (de 0 a 11 meses) ⇒ continúe con EC18A <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 1 año (de 12 a 23 meses) ⇒ continúe con EC19 <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 2 años (de 24 a 35 meses) ⇒ continúe con EC20 <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 3- 4 años (de 36 a 59 meses) ⇒ pase al módulo siguiente																						
<b>EC18A.</b> EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN MIRÓ A LOS OJOS, HABLÓ, Y ACARICIÓ A ( <i>nombre</i> ) AL DARLE DE COMER?:  SI ES “SÍ”, PREGUNTE:  ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON ( <i>nombre</i> )?  <i>Circule todas las opciones que apliquen.</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE MIRÓ A (<i>nombre</i>)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[B] LE ACARICIÓ A (<i>nombre</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[C] LE HABLÓ A (<i>nombre</i>)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	[A] LE MIRÓ A ( <i>nombre</i> )?	A	B	X	Y	[B] LE ACARICIÓ A ( <i>nombre</i> ) ?	A	B	X	Y	[C] LE HABLÓ A ( <i>nombre</i> )?	A	B	X	Y	⇒ Siguiente módulo
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
[A] LE MIRÓ A ( <i>nombre</i> )?	A	B	X	Y																		
[B] LE ACARICIÓ A ( <i>nombre</i> ) ?	A	B	X	Y																		
[C] LE HABLÓ A ( <i>nombre</i> )?	A	B	X	Y																		

<p><b>EC19A.</b> EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN JUGÓ CON (<i>nombre</i>) A ESCONDERSE, TREPAN, O QUE LE SIGAN Y ALCANCEN?:</p> <p>SI ES “SÍ”, PREGUNTE:</p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] A ESCONDERSE?</p> <p>[B] A TREPAN?</p> <p>[C] QUE LE SIGAN Y ATRAPEN?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A esconderse</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>A Trepar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Que le sigan y atrapen</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	A esconderse	A	B	X	Y	A Trepar	A	B	X	Y	Que le sigan y atrapen	A	B	X	Y	<p>⇒Siguiente módulo</p>
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
A esconderse	A	B	X	Y																		
A Trepar	A	B	X	Y																		
Que le sigan y atrapen	A	B	X	Y																		
<p><b>EC20A.</b> EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN CONVERSÓ CON (<i>nombre</i>) SOBRE UN TEMA DE SU INTERÉS, NOMBRANDO OBJETOS, COLORES, NÚMEROS, O ACCIONES?:</p> <p>SI ES “SÍ”, PREGUNTE:</p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] A NOMBRAR OBJETOS Y COLORES?</p> <p>[B] NOMBRANDO NÚMEROS?</p> <p>[C] A REALIZAR ACCIONES?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombrando objetos y colores</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Números</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>A realizar acciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Nombrando objetos y colores	A	B	X	Y	Números	A	B	X	Y	A realizar acciones	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
Nombrando objetos y colores	A	B	X	Y																		
Números	A	B	X	Y																		
A realizar acciones	A	B	X	Y																		

**LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA**

**BD**

**BD1.** Verifique AG2: edad del niño/a

- Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2
- Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES

<b>BD2.</b> ¿HA SIDO AMAMANTADO ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	2⇒BD4  8⇒BD4
<b>BD3.</b> ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>BD4</b> AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) <u>ALGÚN LÍQUIDO EN UN BIBERÓN?</u>	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>BD5.</b> ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</u>	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>BD6.</b> ¿TOMÓ O COMIÓ ( <i>nombre</i> ) <u>SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</u>	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>BD7.</b> QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE ( <i>nombre</i> ) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI ( <i>nombre</i> ) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS.  ¿BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) ( <i>nombre los ítem, de [A] a la [F]</i> ) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE?  <b>Incluir los líquidos consumidos fuera de su hogar.</b>		
[A] AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola	Si No NS 1 2 8
[B] JUGO O BEBIDAS DE JUGO	Jugo o bebidas de jugo	1 2 8
[C] SOPA DE VERDURA, DE CARNE ,POLLO O CUALQUIER OTROS CALDO NO ESPESO.	Caldo de verduras.	1 2 8
[D] LECHE SACHET O CARTÓN, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche	1 2 8
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) LECHE?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.</i>	Número veces bebió leche	—
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS? (POR EJEMPLO “NUTRILÓN” “LECHE NAN”, OTROS)	Leche de fórmula	1 2 8
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (<i>nombre</i>) LECHE DE FÓRMULA?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.</i>	Número de veces que bebió leche	—
[F] ALGÚN OTRO LÍQUIDO?  (Especificar)_____	Otro líquido	1 2 8



<b>BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (nombre) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</b> <b>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</b> <b>COMIÓ (nombre) AYER (nombre del alimento) DE DÍA O DE NOCHE:</b>				
		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogur	1	2	8
<i>Si es sí: CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i>	Número de veces que comió/bebió yogurt			—
[B] TOMO AYER (nombre) ALGÚN ALIMENTO PARA BEBE FORTIFICADO, NESQUIK, ZUCARITA. NESTUM, CERELAC, QUAKER?	Alimento fortificado	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8
[D] ZAPALLOS, ZANAHORIAS, ZAPALLITOS, CALABAZA "ANDAI"?	zapallos, zanahoria, zapallitos, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, MANDIOCA, REMOLACHA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS, ESPINACA, ACELGA?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGOS MADUROS, MAMÓN, BANANA, AGUACATE, NARANJA, MANDARINA?	Mangos maduros, mamón, etc.	1	2	8
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA?	Otras frutas o verduras	1	2	8
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTROS ÓRGANOS DE CARNES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE VACUNA, CERDO, OVEJA, CABRA, POLLO O PATO, ANIMALES SILVESTRES?	carne, como carne vacuna, cerdo, oveja, cabra, etc.	1	2	8
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] PESCADOS FRESCOS O CONGELADOS?	Pescado fresco o congelados	1	2	8
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE POROTO, GUISANTE "ARVEJAS", LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de porotos, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, ARROZ CON LECHE?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? <i>(Especificar)</i> _____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8
<b>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</b> <input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11 <input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10				
<b>BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche</b> <input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11				
<b>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</b>  <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i>	Número de veces.....— NS.....8			

INMUNIZACIÓN		IM	
<i>Si está disponible la libreta de vacunación (salud infantil), copie las fechas de cada dosis en IM3 para cada tipo de inmunización registrada en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la tarjeta de inmunización no está disponible.</i>			
<b>IM1.</b> ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (nombre)? (Si la respuesta es "sí", pregunte) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No tiene libreta ..... 3	1⇒IM3 2⇒IM6	
<b>IM2.</b> ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA LIBRETA DE VACUNACIÓN (salud infantil) DE (nombre)?	Sí ..... 1 No ..... 2	1⇒IM6 2⇒IM6	
<b>IM3.</b> (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. (b) Anote '44' en la columna "día" si la libreta de vacunación muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.	Fecha de vacunación		
	Día	Mes	Año
<b>TUBERCULOSIS BCG</b>	<b>BCG</b>		
<b>ROTAVIRUS 1</b>	<b>ROTAVIRUS 1</b>		
<b>ROTAVIRUS 2</b>	<b>ROTAVIRUS 2</b>		
<b>POLIOMIELITIS 1</b>	<b>OPV1</b>		
<b>POLIOMIELITIS 2</b>	<b>OPV2</b>		
<b>POLIOMIELITIS 3</b>	<b>OPV3</b>		
<b>POLIOMIELITIS (REFUERZO)</b>	<b>OPV R</b>		
<b>PENTAVALENTE 1</b>	<b>PENTA 1</b>		
<b>PENTAVALENTE 2</b>	<b>PENTA 2</b>		
<b>PENTAVALENTE 3</b>	<b>PENTA 3</b>		
<b>NEUMOCOCO 1</b>	<b>NEUMOCOCO 1</b>		
<b>NEUMOCOCO 2</b>	<b>NEUMOCOCO 2</b>		
<b>NEUMOCOCO (REFUERZO)</b>	<b>NEUMOCOCO R</b>		
<b>SARAMPIÓN, PAROTIDITIS (PAPERAS), RUBÉOLA</b>	<b>SARAMPIÓN (SPR)</b>		
<b>VARICELA</b>	<b>VARICELA</b>		
<b>HEPATITIS A</b>	<b>HEPATITIS A</b>		
<b>FIEBRE AMARILLA</b>	<b>AA</b>		
<b>DPT (DIFTERIA, TOS CONVULSA Y TÉTANOS)-REFUERZO</b>	<b>DPT</b>		
<b>H1N1</b>	<b>INFLUENZA</b>		
<b>IM4.</b> Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la <b>BCG a Influenza</b> )?			
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a IM19			
<input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5			

<p><b>IM5.</b> ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA LIBRETA, ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba ‘66’ en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19</p> <p><input type="checkbox"/> No/NS ⇒ Continúe con IM19</p>		
<p><b>IM6.</b> ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p><b>IM7.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p><b>IM7A.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS ORALES CONTRA LA 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⇒IM8</p> <p>8⇒IM8</p>
<p><b>IM7B.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces.....__</p>	
<p><b>IM8.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA EN GOTAS EN LA BOCA PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM13A</p> <p>8⇒IM13A</p>
<p><b>IM9.</b> ¿RECIBIÓ LA PRIMERA VACUNA CONTRA LA POLIO A LOS 2 MESES LUEGO DE NACER?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p><b>IM10.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?</p>	<p>Número de veces.....__</p>	
<p><b>IM13A.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO O EN LA NALGA, PARA PREVENIR LA (DIFTERIA, TOS CONVULSA, TÉTANOS, HEPATITIS B, MENINGITIS)?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la pentavalente algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM13C</p> <p>8⇒IM13C</p>
<p><b>IM13B.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces.....__</p>	
<p><b>IM13C.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS INYECTADAS DE NEUMOCOCO” ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS 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⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p><b>IM13D.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA NEUMOCOCO (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces.....__</p>	
<p><b>IM16.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN (<b>SPR o SR</b>); 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>	

<b>IM16A.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) “VACUNAS INYECTADAS DE VARICELA” ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS DE LA VARICELA PARA EVITAR LA VARICELA?	SÍ ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	
<b>IM16B.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A?	SÍ ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	
<b>IM17.</b> ¿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?  <i>Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión.</i>	SÍ ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	
<b>IM17A.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) EL REFUERZO DE LA DPT, ES DECIR UNA INYECCIÓN A LOS 18 MESES PARA PREVENIR LA DIFTERIA, TOS CONVULSA Y EL TÉTANOS?	SÍ ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	
<b>IM17B.</b> ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA, ES DECIR UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFLUENZA O GRIPE?	SÍ ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	
<b>IM19.</b> ¿PODRÍA DECIRME SI ( <i>nombre</i> ) ha PARTICIPADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAMPAÑAS, JORNADAS NACIONALES DE VACUNACIONES:  [A] CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAPIÓN Y LA RUBÉOLA 2014  [B] INMUNIZACIÓN CONTRA LA INFLUENZA  [C] PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN “PARAGUAY SIN POLIO 2016”	<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> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Campaña A.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Campaña B.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Campaña C.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	Campaña A.....	1	2	8	Campaña B.....	1	2	8	Campaña C.....	1	2	8	
	SÍ	NO	NS															
Campaña A.....	1	2	8															
Campaña B.....	1	2	8															
Campaña C.....	1	2	8															

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA												
<b>CA1.</b> EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿TUVO ( <i>nombre</i> ) DIARREA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A												
<b>CA2.</b> ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A ( <i>nombre</i> ) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).  DURANTE EL TIEMPO EN QUE ( <i>nombre</i> ) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL?  <i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 No se le dio nada para tomar ..... 5 No sabe ..... 8													
<b>CA3.</b> DURANTE EL TIEMPO QUE ( <i>nombre</i> ) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA?  <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 Suspendió la comida ..... 5 Nunca se le dio de comer ..... 6 No sabe ..... 8													
<b>CA3A.</b> ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA DE ALGUNA FUENTE?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4												
<b>CA3B.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?  <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?  <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i>  <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i>  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... A Centro de salud ..... B Puesto de salud (USF) ..... C Promotor de salud ..... D Clínica móvil / ambulante ..... E Otro público ( <i>especificar</i> ) ..... H  Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmacia privada ..... K Clínica móvil ..... L Otras fuentes médicas privadas ( <i>especificar</i> ) ..... O  Otras fuentes Pariente / amigo ..... P Tienda o despensa ..... Q Medico naturalista ..... R  Otro ( <i>especificar</i> ) ..... X													
<b>CA4.</b> CUANDO TUVO DIARREA ( <i>nombre</i> ), ¿SE LE DIO DE BEBER:  [A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO SUERO DE REHIDRATACIÓN CASSANELLO?  [B] ALGÚN LIQUIDO PRE-ENVASADO DE SUERO PARA DIARREA HEMOHIDRAT?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de SRO en paquete....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fluido de SRO pre-ensado .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de SRO en paquete....	1	2	8	Fluido de SRO pre-ensado .....	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Fluido de SRO en paquete....	1	2	8											
Fluido de SRO pre-ensado .....	1	2	8											
<b>CA4A.</b> Verifique CA4: SRO <input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇒ Vaya a CA4C														

<p><b>CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO?</b></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11</p> <p>Centro de salud ..... 12</p> <p>Puesto de salud (USF) ..... 13</p> <p>Promotor de salud ..... 14</p> <p>Clínica móvil / ambulante ..... 15</p> <p>Otro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmacia ..... 23</p> <p>Clínica móvil..... 24</p> <p>Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... 31</p> <p>Tienda o despensa ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>													
<p><b>CA4C CUANDO TUVO DIARREA (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:</b></p> <p>[A] TABLETAS DE ZINC?</p> <p>[B] JARABE DE ZINC?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Tabletas de zinc	1	2	8	Jarabe de zinc	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Tabletas de zinc	1	2	8											
Jarabe de zinc	1	2	8											
<p><b>CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F</i></p>														
<p><b>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</b></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11</p> <p>Centro de salud ..... 12</p> <p>Puesto de salud (USF) ..... 13</p> <p>Promotor de salud ..... 14</p> <p>Clínica móvil / ambulante ..... 15</p> <p>Otro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmacia ..... 23</p> <p>Clínica móvil..... 24</p> <p>Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... 31</p> <p>Tienda o despensa ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>													

<p><b>CA4F.</b> CUANDO TUVO DIARREA (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE BEBER ALGO DE LO SIGUIENTE:</p> <p><i>Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i></p> <p>[A] UNA PREPARACIÓN CASERA CON AGUA, AZÚCAR Y SAL (SUERO ORAL)</p> <p>[B] AGUA DE ARROZ</p> <p>[C] TÉ CON UN POCO DE AZÚCAR</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Agua de arroz.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Té con un poco de azúcar...1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....	1	2	8	Agua de arroz.....	1	2	8	Té con un poco de azúcar...1	2	8		
	Sí	No	NS															
Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....	1	2	8															
Agua de arroz.....	1	2	8															
Té con un poco de azúcar...1	2	8																
<p><b>CA5.</b> ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>																
<p><b>CA6.</b> ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(<i>Nombre</i>)</p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antiespasmódico..... B</p> <p>Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)..... 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 tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otros (<i>especificar</i>)..... X</p>																	
<p><b>CA6A.</b> EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>																	
<p><b>CA7.</b> EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>																
<p><b>CA8.</b> CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>																
<p><b>CA9.</b> ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O CON MOCO?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1</p> <p>Nariz tapada o resfrió solamente..... 2</p> <p>Ambos..... 3</p> <p>Otros (<i>especificar</i>)..... 6</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>																
<p><b>CA9A.</b> Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14</p>																		
<p><b>CA10.</b> ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>																

<p><b>CA11.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... A Centro de salud ..... B Puesto de salud (USF) ..... C Promotor de salud ..... D Clínica móvil / ambulante ..... E Otro público (<i>especificar</i>) ..... H</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmacia privada ..... K Clínica móvil ..... L Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) ..... O</p> <p>Otras fuentes Pariente / amigo ..... P Tienda o despensa ..... Q Medico naturalista ..... R</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) ..... X</p>	
<p><b>CA12.</b> ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p><b>CA13.</b> ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre)</p>	<p>Antibióticos Pastilla / Jarabe ..... I Inyección ..... J</p> <p>Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina..... Q Ibuprofeno ..... R</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) ..... X No sabe ..... Z</p>	
<p><b>CA13A.</b> Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14</p>		
<p><b>CA13B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO EL (<i>nombre del medicamento en CA13</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11 Centro de salud ..... 12 Puesto de salud (USF) ..... 13 Promotor de salud ..... 14 Clínica móvil / ambulante ..... 15 Otro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... 21 Médico privado ..... 22 Farmacia ..... 23 Clínica móvil..... 24 Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes Pariente / amigo ..... 31 Tienda o despensa ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>	



--	--	--

<b>CA14.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a		
<input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a UF13		
<b>CA15.</b> LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) DEFECO, (HIZO POPO O CACA), ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN?	El niño usó el inodoro / letrina.....	01
	Lo puso / descartó en el inodoro o letrina .	02
	Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca .....	03
	Se tiró a la basura (residuo sólido) .....	04
	Se enterró.....	05
	Se dejó al aire libre.....	06
	Otro (especificar) _____	96
No sabe .....	98	

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

ANTROPOMETRÍA		AN
<p>Una vez que los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.</p>		
AN1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
AN2. Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas.....1	
	El niño/ la niña no estaba presente .....2	2⇒AN6
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó .....3	3⇒AN6
	Otro (especificar) _____6	6⇒AN6
AN3. Peso del niño/a	Kilogramos (kg) ..... .	
	No se midió el peso .....99.9	
<p>AN3A. ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.</p>		
<p>AN3B. Verifique la edad del niño/a en AG2:</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla (acostado).</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).</p>		
AN4. Estatura/talla del niño/a	Talla/estatura (cm)..... .	
	No se midió la Talla/estatura .....9999.9	⇒AN6
AN4A. ¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?	Acostado.....1	
	De pie .....2	

AN6. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?

Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.

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

**Observaciones de la entrevistadora**

**Observaciones del Supervisor**

**Observaciones del medidor**