

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de conglomerado (UPM): _____	WM2. Número de hogar (vivienda): _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de línea de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día/Mes/Año de la entrevista: _____ / _____ / 2016	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON UNICEF SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede permiso</i> ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso</i> ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</p>	

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Parcialmente completada 04 Incapacitada para responder 05 Otro (<i>especificar</i>) _____ 96
---	---

WM10. Anote la hora.	Hora y minutos__ : __	
-----------------------------	-----------------------------	--

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes.....__ __ No sabe el mes 98 Año__ __ __ __ No sabe el año 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos)__ __	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ?	Nivel: Grado Especial.....0 Programas de Alfabetización.....1 Pre-primario.....2 EEB(1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria.....3 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica.....4 Educación Media/ Ex Bachillerato.....5 Superior no Universitario.....6 Universitario.....7 NS.....8	0⇒WB7 2⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Grado__ __	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria o superior (WB4=4, 5, 6 o 7) ⇒ Vaya al Siguiete Módulo <input type="checkbox"/> Primaria (WB4= 1 o 3) ⇒ Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases en la tarjeta 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..... 4 <i>(especificar el idioma)</i> Ciega/vista impedida..... 5	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

MT

MT1. Verifique WB7:

La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2

Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2

No puede leer nada o es ciega/vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3

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	
--	---	--

MT5. Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?

Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con MT6

Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya al Siguiente módulo

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí..... 1 No 2	2⇒MT9
--	-------------------------	-------

MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No 2	2⇒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?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiente módulo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------

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>	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiente módulo
--	-------------------------	--------------------

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	
--	---	--

FECUNDIDAD/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO CM		
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO CON HIJO/A NACIDO VIVO?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM4. ¿DE ESTOS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa __ __ Hijas viviendo en casa __ __	
CM6. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS NO ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar __ __ Hijas en otro lugar __ __	
CM8. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS ALGUNO/A FALLECIÓ DESPUÉS? <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:</i> ME REFIERO UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS.	Sí..... 1 No 2	2⇒CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Niños muertos __ __ Niñas muertas __ __	
CM10. <i>Sume las respuestas a CM5, CM7 y CM9.</i>	Total __ __	
CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (<i>número total en CM10</i>) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?		
<input type="checkbox"/> <i>Sí. Verifique abajo:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>No nacidos vivos ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO</i>		
<input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique las respuestas a CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO o el módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD</i>		

HISTORIAL DE NACIMIENTOS

BH

AHORA ME GUSTARÍA ANOTAR LOS NOMBRES DE TODOS SUS HIJOS NACIDOS VIVOS, QUE ACTUALMENTE ESTÉN VIVOS O NO, EMPEZANDO POR EL PRIMERO QUE TUVO.

Anote los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (primer/siguiente) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS /GEMELOS? 1 Único 2 Múltiple	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA? 1 Niño 2 Niña	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA? 1 Sí 2 No	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE- AÑOS? Anote la edad en años cumplidos.	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED? 1 Sí 2 No	BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI) Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.	BH9. <u>Si ha fallecido:</u> ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ? Si es "1 año", indague: ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)? Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; y demás en años		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER? 1 Sí 2 No	
				Mes	Año					S	N		Edad
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒Próxima Línea	Días 1 Meses 2 Años 3		
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	1 2 Añada Nacido	Siguiente Nacido

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (primer/siguiente) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS /GEMELOS? 1 Único 2 Múltiple	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA? 1 Niño 2 Niña	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? <i>Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</i>		BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA? 1 Sí 2 No	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE- AÑOS? <i>Anote la edad en años cumplidos.</i>	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED? 1 Sí 2 No	BH8. <i>Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI)</i> <i>Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.</i>	BH9. <i>Si ha fallecido:</i> ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ? <i>Si es "1 año", indague:</i> ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)? <i>Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; y demás en años</i>		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER? 1 Sí 2 No	
				Mes	Año					S	N		Edad
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses 2 Años 3	___	1 2 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
BH11. ¿HA TENIDO USTED ALGÚN NACIDO VIVO DESDE EL NACIMIENTO DE (nombre del último nacido en el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO)?							Sí 1 No 2			1⇒Anote nacido/s en el Historial de nacimientos			

CM12A. Compare el número en CM10 con el número de nacimientos en el Historial de nacimientos de arriba y verifique:

Los números son los mismos ⇒ Continúe con CM13

Los números son diferentes ⇒ Indague y reconcilie

CM13. Verifique BH4 en el **HISTORIAL DE NACIMIENTOS**: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2014** (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2014**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)

No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de **SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD**.

Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO**DB**

Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13_____.
Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.

DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí.1 No2	1⇒Siguiete Módulo
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante1 No más2	2⇒Siguiete Módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS HUBIERA QUERIDO ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como responda la entrevistada.</i>	Meses1__ __ Años.....2__ __ No sabe998	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO
MN

Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.

Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.

MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí1 No2	2⇒MN5																								
MN2. ¿CON QUIÉN REALIZÓ LA CONSULTA O ATENCIÓN PRENATAL? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitariaG Chamán/Curandero/NaturalistaH Otro (especificar) _____ X																									
MN2A. ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES DE EMBARAZO TENÍA CUANDO RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL O ATENCIÓN PRENATAL? <i>Anote la respuesta tal y como responda la entrevistada.</i>	Semanas..... 1 ___ ___ Meses 2 0 ___ No sabe998																									
MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces..... ___ ___ No sabe98																									
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, ¿SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?: [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? [D] ¿LE MIDIERON LA BARRIGA? [E] ¿LE OYERON EL CORAZÓN AL BEBÉ? [F] ¿LE HICIERON LA ECOGRAFÍA? [G] ¿LE HICIERON EL PAP?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">Sí</td> <td style="text-align:right;">No</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le midieron la barriga.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le oyeron el corazón al bebé.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le hicieron la ecografía.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le hicieron el PAP.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2	Le midieron la barriga.....	1	2	Le oyeron el corazón al bebé.....	1	2	Le hicieron la ecografía.....	1	2	Le hicieron el PAP.....	1	2	
	Sí	No																								
Presión arterial.....	1	2																								
Muestra de orina.....	1	2																								
Muestra de sangre.....	1	2																								
Le midieron la barriga.....	1	2																								
Le oyeron el corazón al bebé.....	1	2																								
Le hicieron la ecografía.....	1	2																								
Le hicieron el PAP.....	1	2																								
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA TARJETA DE VACUNACIÓN O FICHA DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR?	Sí (vio la tarjeta de vacunación)1 Sí (no vio la tarjeta de vacunación)2 No3 No sabe.....8																									

<i>Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>		
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí.1	2⇒MN9 8⇒MN9
	No2	
	No sabe8	
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?	Número de veces.....	8⇒MN9
	No sabe8	
MN8. ¿De cuántas vacunas antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?		
<input type="checkbox"/> Al menos dos vacunas antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una vacuna antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA VACUNA ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí.1	2⇒MN17 8⇒MN17
	No.....2	
	No sabe.....8	
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces	8⇒MN17
	No sabe8	
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años)	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitariaG Pariente/amigo/a.....H Partera tradicional indígena.....I Nadie..... Y Otro (especificar)..... X	

<p>MN18. ¿DÓNDE FUE EL PARTO DE (<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, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada..... 11</p> <p>Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.)..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Establecimientos del MSP y BS21</p> <p>IPS.....22</p> <p>Materno infantil.....23</p> <p>Hospital de Clínicas.....24</p> <p>Otra institución publica (especificar) _____ 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Sanatorio u Hospital privado31</p> <p>Clínica/Médico privada32</p> <p>Cruz Roja Paraguaya.....34</p> <p>Otro centro médico privado (especificar).....36</p> <p>Otro (especificar)96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA? ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORÉS DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes.....1</p> <p>Después.....2</p>	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA 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>	
<p>MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i></p>	<p style="text-align: right;">Kg gr</p> <p>De la tarjeta1 ____ . ____ ____</p> <p>De memoria.....2 ____ . ____ ____</p> <p>No sabe99998</p>	
<p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>MN24. ¿ALGUNA VEZ AMAMANTO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiete módulo</p>

<p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO DE MAMAR A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En cualquier otro caso, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente..... 000</p> <p>Horas 1 __ __</p> <p>Días 2 __ __</p> <p>NS/no recuerda 998</p>	
<p>MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p><i>¿ALGO MÁS?</i></p>	<p>Leche (cartón, sachet y leche fresca)A</p> <p>Agua solaB</p> <p>Agua con azúcar o con glucosa C</p> <p>Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D</p> <p>Solución de agua con azúcar y salE</p> <p>Jugo de frutas..... F</p> <p>Leche de fórmula para bebés G</p> <p>Té/infusiones H</p> <p>Miel..... I</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... X</p>	

*Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CMI3: _____.
Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.*

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

Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21-36) ⇒ Continúe con PN2

No, el niño/a no nació en un establecimiento 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>USTED DIJO QUE LE TUVO EN (<i>tipo de establecimiento de salud MN18</i>).</p> <p>¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</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 __ __</p> <p>Días..... 2 __ __</p> <p>Semanas 3 __ __</p> <p>NS/ no recuerdo 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 (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>ANTES DE QUE SE FUERA DE A (<i>tipo de establecimiento de salud MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN4. ¿Y HAN EVALUADO <u>SU</u> CONDICIÓN DE SALUD – ES DECIR, ALGUIEN HA EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD, POR EJEMPLO: AL HACERLE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN DE SALUD O LA HAN EXAMINADO?</p> <p>A USTED, ALGUIEN LE EXAMINÓ <u>SU</u> CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE RETIRARSE DE (<i>tipo de establecimiento de salud MN18</i>)</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>tipo de establecimiento de salud MN18</i>).</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE RETIRARSE DE (<i>tipo de establecimiento de salud MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 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, una partera tradicional o Trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇒ 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 ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		
<p>PN7. USTED HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO.</p> <p>AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE SE RETIRARA EL (<i>persona o personas en MN17</i>), ¿LE CONTROLÓ LA SALUD A DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE FUERA, ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</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</p> <p>ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿ALGUIEN CONTROLÓ LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN 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 ESTAS EVALUACIONES?</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>Horas1 ___</p> <p>Días2 ___</p> <p>Semanas.....3 ___</p> <p>NS/no recuerda998</p>	

<p>PN13. ¿QUIÉN CONTROLÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente/amigo/a H Partera tradicional indígena..... I Otro/a (<i>especificar</i>) X</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Hogar Casa de la entrevistada 11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.) 12</p> <p>Sector público Establecimientos del MSP y BS 21 IPS 22 Materno infantil 23 Hospital de Clínicas..... 24 Otra institución publica (<i>especificar</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado 31 Clínica/Médico privada 32 Cruz Roja Paraguaya..... 34</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especificar</i>)..... 36</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un establecimiento de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21- 36) ⇒ Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un establecimiento de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>tipo de establecimiento de salud en MN18</i>), ¿CONTROLÓ ALGUIEN <u>SU</u> SALUD?</p>	<p>Sí..... 1 No 2</p>	<p>1⇒PN20 2⇒Siguiete módulo</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"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇒ Continúe con PN18</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de Salud (A-G ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19</p>		

PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>profesional de salud u otra persona en MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ <u>SU</u> SALUD?	Sí...1 No2	1⇒PN20 2⇒Siguiente módulo
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED?</u> ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí...1 No2	2⇒Siguiente módulo
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez2	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <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>	Horas1 __ __ Días2 __ __ Semanas.....3 __ __ NS/no recuerda998	
PN22. ¿QUIÉN CONTROLÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitariaG Pariente/amigo/aH Partera tradicional indígena.....I Otro/a (<i>especificar</i>) _____X	
PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? <i>Indague para identificar el tipo de fuente. Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ <i>(Nombre del sitio)</i>	Hogar Casa de la entrevistada11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.)12 Sector público Establecimientos del MSP y BS21 IPS22 Materno infantil23 Hospital de Clínicas.....24 Otra institucion publica (<i>especificar</i>)_____ 26 Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado31 Clínica/Médico privada32 Cruz Roja Paraguaya.....34 Otro centro médico privado (<i>especificar</i>).....36 Otro (<i>especificar</i>)_____ 96	

IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?

Sí ⇒ Continúe con IS2.

No ⇒ Vaya al siguiente módulo.

IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD.
¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?

Indague:

¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.

Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias

- El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A
- El niño/a empeora B
- El niño/a comienza a tener fiebre C
- El niño/a tiene respiración rápida D
- El niño/a tiene dificultades para respirar E
- El niño/a tiene sangre en las heces F
- El niño/a ingiere poco líquido G
- El niño/a tiene diarrea..... H
- El niño/a tiene vómito..... I

Otro (especificar)_____ X

ANTICONCEPCION		CP
<p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ACTUALMENTE ESTÁ USTED EMBARAZADA?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada 1</p> <p>No 2</p> <p>No está segura o no sabe 8</p>	1⇒CP2A
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>ACTUALMENTE, ¿ESTÁ USTED HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	1⇒CP3
<p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p>	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR 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>Esterilización femenina (ligadura)A</p> <p>Esterilización masculina (vasectomía)B</p> <p>DIU (espiral o T de cobre) C</p> <p>Inyección anticonceptiva D</p> <p>ImplantesE</p> <p>Píldoras o pastillas anticonceptivasF</p> <p>Condón masculino G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma I</p> <p>Jalea/Espuma J</p> <p><i>Método de amenorrea por lactancia (MELA)K</i></p> <p>Abstinencia periódica/Ritmo (calendario o control de la temperatura) L</p> <p>Retiro M</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) X</p>	

NECESIDAD NO SATISFECHA

UN

UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?

Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2

No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5

UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí..... 1	1⇒UN4
	No..... 2	

UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde..... 1	
	No más..... 2	

UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a..... 1	1⇒UN7
	No más/ninguno..... 2	2⇒UN13
	No ha decidido/NS..... 8	8⇒UN13

UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”?

Sí. ⇒ Vaya a UN13

No. ⇒ Continúe con UN6

UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a..... 1	
	No más/ninguno..... 2	2⇒UN9
	Dice que no puede quedarse embarazada. 3	3⇒UN11
	No lo ha decidido/NS..... 8	8⇒UN9

UN7. ¿CUÁNTO TIEMPO QUERRÍA ESPERAR PARA TENER UN/OTRO HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses..... 1 ___	
	Años..... 2 ___	
	No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993	994⇒UN11
	Dice que no puede quedar embarazada... 994	
	Después del casamiento..... 995	
	Otro..... 996	
	NS..... 998	

UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?

Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13

No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9

UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?

Si ⇒ Vaya a UN13

No ⇒ Continúe con UN10

UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A Menopausia B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto (no menstrua después del parto) F Amamantamiento G Demasiado mayor H Fatalista (no vale la pena) I Otro (<i>especificar</i>) X NS Z	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? <input type="checkbox"/> <i>Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiete módulo</i> <input type="checkbox"/> <i>No mencionado ⇒ Continúe con UN13</i>		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? <i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i>	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	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**DV**

DV1. A VECES, UN ESPOSO/COMPAÑERO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA/COMPAÑERA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO/COMPAÑERO GOLPEE A SU ESPOSA/COMPAÑERA 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/AS?	Descuida a los niños/as	1	2	8
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....	1	2	8
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales.....	1	2	8
[E] ¿SI ELLA QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida.....	1	2	8
[F] ¿SI ELLA LE PROVOCA CELOS?	Le provoca celos.....	1	2	8

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada..... 1 Sí, viviendo con un hombre..... 2 No, no en unión 3	3⇒MA5
MA2. ¿CUÁNTO AÑOS TIENE SU ESPOSO/ CONCUBINO? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/ CONCUBINO EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?</i>	Edad en años__ __ No sabe 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado..... 1 Sí, vivió con un hombre en el pasado 2 No 3	3⇒Siguiete módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda 1 Divorciada 2 Separada 3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED POR PRIMERA VEZ O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del(primer) matrimonio Mes.....__ __ No sabe en qué mes 98 Año__ __ __ __ No sabe en qué año 9998	⇒Siguiete módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (PRIMER) ESPOSO/ PAREJA?	Edad en años__ __	

Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.

<p>SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA.</p> <p>LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?</p>	<p>Nunca mantuvo relaciones sexuales 00</p> <p>Edad en años __ __</p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/pareja..... 95</p>	<p>00⇒ Siguiendo módulo</p>
<p>SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe/no recuerda..... 8</p>	
<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Guarde las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año). Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i></p>	<p>Hace días 1 __ __</p> <p>Hace semanas 2 __ __</p> <p>Hace meses 3 __ __</p> <p>Hace años 4 __ __</p>	<p>4⇒ SB15</p>
<p>SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? Si la respuesta es “sí”, circule “2” Si la respuesta es “no”, circule “3”</p>	<p>Esposo..... 1</p> <p>Pareja conviviente (concubino) 2</p> <p>Novio 3</p> <p>Compañero casual 4</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 6</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) ⇒ Vaya 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 ÚLTIMA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p>	<p>Edad de la pareja sexual..... __ __</p> <p>No sabe 98</p>	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí 1 No 2	2⇒SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí 1 No 2	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA OTRA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo..... 1 Compañero conviviente..... 2 Novio 3 Compañero casual 4 Otro (<i>especificar</i>) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: <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) ⇒Vaya a SB13 <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA OTRA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad del compañero sexual..... __ __ No sabe 98	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí 1 No 2	2⇒SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros __ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO 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 95 o más, anote “95”.</i>	Numero de compañeros en toda su vida.... __ __ No sabe 98	

VIH/SIDA		HA																
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE EL SIDA?	Sí 1 No 2	2⇒Siguiete módulo																
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe 8																	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO:	<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>[A] ¿DURANTE EL EMBARAZO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿DURANTE EL PARTO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?</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	[A] ¿DURANTE EL EMBARAZO?	1	2	8	[B] ¿DURANTE EL PARTO?	1	2	8	[C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	1	2	8	
	Sí	No	NS															
[A] ¿DURANTE EL EMBARAZO?	1	2	8															
[B] ¿DURANTE EL PARTO?	1	2	8															
[C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	1	2	8															
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8																	

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8																					
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8																					
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8																					
HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																						
HA14. Verifique MNI: recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24																						
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<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: 20%; text-align: center;">No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....</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>Cosas que hacer.....</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>Hacerse la prueba del SIDA.....</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>Se le ofreció una prueba....</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	No sabe	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba....	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí 1 No 2 No sabe 8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí 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 ASESORAMIENTO DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ASESORAMIENTO DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí 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 (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = F, G, H, I o Y) ⇒ Vaya a HA24		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí.....1 No.....2	2⇒HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	Sí.....1 No.....2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Sí.....1 No.....2	1⇒HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 3⇒Siguiente módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 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 2 o más años 3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí.....1 No.....2	

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		TA
TA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS PITADAS?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA6
TA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ____ ____	00⇒TA6
TA3. ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA6
TA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos..... ____ ____	
TA5. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO, POR EJEMPLO, CIGARROS, PIPA DE AGUA O PIPA?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA10
TA7. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA10
TA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO FUMABLE CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? <i>Circule todos los productos mencionados.</i>	Cigarros A Pipa de agua (narguile) B Cigarrillos C Pipa..... D Otros (<i>especificar</i>) X	
TA9. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA FUMAR? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	

TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBO ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR (NACO, PETÝ)?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA11. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Tabaco de mascar A Otros (<i>especificar</i>) X	
TA13. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/ SIN HUMO? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiente módulo
TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE VODKA, WHISKY O RON, UNA PETACA DE CAÑA. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ____ ____	00⇒Siguiente módulo
TA16. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? <i>Si la entrevistada no tomó ninguno, circule "00".</i> <i>Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	No tomó un trago de alcohol en el último mes 00 Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	00⇒Siguiente módulo
TA17 EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ____ ____	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

LS

LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15 a 24 años?

Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a WM11

Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.

PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.

- Muy feliz 1
- Algo feliz 2
- Ni feliz ni infeliz 3
- Un poco infeliz 4
- Muy infeliz 5

LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.

EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?

- Muy satisfecha 1
- Algo satisfecha 2
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3
- Un poco insatisfecha 4
- Muy insatisfecha 5

LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?

- Muy satisfecha 1
- Algo satisfecha 2
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3
- Un poco insatisfecha 4
- Muy insatisfecha 5

LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR **actual 2016**, ¿ASISTE/ASISTIÓ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN ALGÚN MOMENTO?

- Sí 1
- No 2

2⇒LS7

LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?

- Muy satisfecha 1
- Algo satisfecha 2
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3
- Un poco insatisfecha 4
- Muy insatisfecha 5

<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene empleo 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo 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>Algo 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>En caso de que sea 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>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha 5</p>	
<p>LS10. ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo 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>Algo 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>Algo 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" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene ingresos 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha 5</p>	
<p>LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO?</p>	<p>Mejorado 1</p> <p>Mantenido más o menos igual 2</p> <p>Empeorado 3</p>	
<p>LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Más o menos igual 2</p> <p>Peor 3</p>	

WM11. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos__ __ : __ __	
------------------------------------	-----------------------------------	--

WM12. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*
¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

Sí ⇒ *Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.*

No ⇒ *Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.*

Observaciones de la Encuestadora

Observaciones del Antropometrista

Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1



LADO 2

