



EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES POR
CONGLOMERADOS, MICS 2014

CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<p>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.</p>		
UF1. Número de conglomerado: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de línea del niño/a : _____	
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de línea de la madre/persona encargada: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día/Mes/Año de la entrevista: _____ / _____ / 2014	
<p>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</p> <p>SOMOS DE DIGESTYC-MINSAL. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (<i>NOMBRE DEL NIÑO/A DE UF3</i>). 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 (<i>NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA DE UF3</i>) 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"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</p>		
<p>UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años</p> <p>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</p>	<p>Completada 01</p> <p>Ausente 02</p> <p>Rechazo 03</p> <p>Completada parcialmente 04</p> <p>Incapacitada 05</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	
UF10. Nombre y número del editor de campo: Nombre _____	UF11. Nombre y número del digitador de datos principales Nombre _____	
UF12. Anote la hora.	Hora y minutos..... : _____	

EDAD		AG
<p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p>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.</p> <p>Debe anotar el mes y el año.</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día __ __</p> <p>No sabe día 98</p> <p>Mes __ __</p> <p>Año __ __ __ __</p>	
<p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p>Anote la edad en años completos.</p> <p>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</p> <p>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</p>	<p>Edad (en años completos)..... __</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p>BR1. ¿TIENE LA PARTIDA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLA?</p>	<p>Sí, visto 1</p> <p>Sí, no visto 2</p> <p>No 3</p> <p>No sabe 8</p>	<p>1⇒ Siguiete módulo</p> <p>2⇒ Siguiete módulo</p>
<p>BR2. ¿HA SIDO ASENTADO EN LA ALCALDÍA EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>1⇒ Siguiete módulo</p>
<p>BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																
<p>EC1. ¿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>EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.</p> <p>¿JUEGA CON:</p> <p>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO HONDILLAS, CAPIRUCHO U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO BOTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS DE ANIMALES U HOJAS)?</p> <p>Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Juguetes de tienda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Juguetes caseros.....	1	2	8	Juguetes de tienda.....	1	2	8	Objetos del hogar u objetos del exterior	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Juguetes caseros.....	1	2	8															
Juguetes de tienda.....	1	2	8															
Objetos del hogar u objetos del exterior	1	2	8															
<p>EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO 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>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’. Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</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 durante más de una hora . __</p>																	
<p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase al módulo siguiente (<i>Lactancia e Ingesta Alimentaria</i>)</p>																		
<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																	

<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON <i>(nombre)</i>: <i>Si es "SÍ", pregunte:</i> ¿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 ALGÚN RECINTO, 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>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE <i>(nombre)</i>. LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE <i>(nombre)</i>.</p> <p>¿PUEDE <i>(nombre)</i> IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC9. ¿PUEDE <i>(nombre)</i> LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, POPULARES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC10. ¿SABE <i>(nombre)</i> EL NOMBRE Y RECONOCE EL SIMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC11. ¿PUEDE <i>(nombre)</i> LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC12. ¿SE SIENTE <i>(nombre)</i> A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC13. ¿PUEDE <i>(nombre)</i> SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				
<p>EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE <i>(nombre)</i> HACERLO POR SÍ SOLO/A?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																																				

EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿ (<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	

LACTANCIAE INGESTA ALIMENTARIA		BD				
BD1. Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES						
BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (nombre) ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2⇒BD4 8⇒BD4				
BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8					
BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN (PACHA)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8					
BD5. ¿TOMÓ (nombre) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8					
BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (nombre) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8					
BD7. AHORA QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (nombre) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (nombre) INGERIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR. ¿BEBIÓ (nombre) (nombre del ítem) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> </tr> </table>		Sí	No	NS	
	Sí	No	NS			
[A] AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola	1 2 8				
[B] JUGO O BEBIDAS DE JUGO?	Jugo o bebidas de jugo	1 2 8				
[C] SOPA (SIN VEGETALES NI CARNES)?	Sopa de vegetales o de alguna hoja verde	1 2 8				
[D] LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche	1 2 8				
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE? Si es 7 o más veces, guarde '7'. Si es desconocido, guarde '8'.	Número de veces que bebió leche	__				
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS?	Leche de fórmula	1 2 8				
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE DE FÓRMULA? Si es 7 o más veces, guarde '7'. Si es desconocido, guarde '8'.	Número de veces bebió leche de fórmula.....	__				
[F] ALGÚN OTRO LÍQUIDO? (Especifique)_____	Otro líquido	1 2 8				

<p>BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (<i>nombre</i>) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE., ESTOY INTERESADA EN SABER SI (<i>nombre</i>) CONSUMIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</p> <p>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</p> <p>COMIÓ (<i>nombre</i>) AYER (<i>nombre del alimento</i>) DE DÍA O DE NOCHE:</p>		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogurt	1	2	8
<p><i>Si es sí:</i> CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (<i>nombre</i>)? <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i></p>		Número de veces que comió/bebió yogurt		—
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBES TIPO Cerelac o Gerber?	Cerelac/Gerber	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CALABACÍN, PATATAS DULCES (CAMOTE) QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, camote, calabacín, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, ÑAME BLANCO, YUCA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, ñame blanco, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS (CHIPILÍN, MORA)?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS ?	Mangos maduros	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 DE RES, CERDO, CORDERO, CABRA, POLLO O PATO?	carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, etc.	1	2	8
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, GUISANTES, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS 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? (Especifique) _____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8
<p>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</p> <p><input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10</p>				
<p>BD10. Averigüe para determine si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><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</p>				
<p>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i></p>		Número de veces..... —		NS..... 8

VACUNACIÓN		IM																		
Si está disponible la tarjeta de inmunización (salud infantil), copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registrada en la tarjeta.. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la tarjeta de inmunización no está disponible.																				
IM1. ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (<i>nombre</i>)? (<i>Si la respuesta es "sí", pregunte</i>) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?				Sí, visto 1				1⇒IM3												
				Sí, no visto 2				2⇒IM6												
				No hay tarjeta 3																
IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA TARJETA DE VACUNACIÓN DE (<i>salud infantil</i>) DE (<i>nombre</i>)?				Sí 1				1⇒IM6												
				No 2				2⇒IM6												
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. (b) Anote '44' en la columna "día" si la tarjeta muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.				Fecha de vacunación																
				Día		Mes		Año												
BCG	BCG																			
POLIO 1	OPV1																			
POLIO 2	OPV2																			
POLIO 3	OPV3																			
PENTAVALENTE 1																				
PENTAVALENTE 2																				
PENTAVALENTE 3																				
ROTAVIRUS 1																				
ROTAVIRUS 2																				
NEUMOCOCO 1																				
NEUMOCOCO 2																				
PRIMER REFUERZO NEUMOCOCO																				
TRIPLE VIRAL (MMR)	SARAMPIÓN																			
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)	VITA																			
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)	VITA2																			
IM4. Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la BCG a Triple viral)?																				
<input type="checkbox"/> Sí⇒Vaya a IM18 <input type="checkbox"/> No ⇒Continúe con IM5																				

<p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿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 IM18</p> <p><input type="checkbox"/> No/NS ⇒ Continúe con IM18</p>		
<p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2 ⇒ IM18</p> <p>8 ⇒ IM18</p>
<p>IM7. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO IZQUIERDO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>IM8. ¿RECIBIÓ (<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 ⇒ IM11</p> <p>8 ⇒ IM11</p>
<p>IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?</p>	<p>Número de veces _</p>	
<p>IM11A. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO, PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA, LA HEPATITIS B, LA INFLUENZA TIPO B O LA DIFTERIA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna Pentavalente algunas veces se aplica en el mismo momento que la Polio</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2 ⇒ IM16</p> <p>8 ⇒ IM16</p>
<p>IM12A. ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces _</p>	
<p>IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN (O MMR O MR); ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN, LAS PAPERAS O LA RUBEOLA?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>IM17A. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) INYECCIONES DE LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO; ES DECIR, UNA INYECCIÓN PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2 ⇒ IM17C</p> <p>8 ⇒ IM17C</p>
<p>IM17B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCO?</p>	<p>Número de veces _</p>	
<p>IM17C. RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) LAS VACUNAS ORALES CONTRA EL ROTAVIRUS; ES DECIR, CONTRA EL GERME O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE ?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2 ⇒ IM18</p> <p>8 ⇒ IM18</p>
<p>IM17D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ORAL CONTRA EL ROTAVIRUS?</p>	<p>Número de veces _</p>	
<p>IM18. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) UNA DOSIS DE VITAMINA A COMO ESTA/ALGUNA DE ESTAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?</p> <p><i>Muéstrele los tipos comunes de ampollas/ cápsulas/jarabes</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA?	Sí 1	2⇒CA7
	No 2	
	No sabe 8	8⇒CA7
CA2. 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		
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? Si responde “menos”, indague: ¿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		
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA?	Sí 1	2⇒CA4
	No 2	
	No sabe 8	8⇒CA4
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente. Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospital del MINSAL A Unidad de salud del MINSAL B Promotor/a de salud del MINSAL D Hospital del ISSS E Unidad (Clínica) del ISSS F Clínica comunal o municipal G Otro público (<i>especifique</i>) H	
	Sector médico privado	
	Hospital privado I	
	Clínica / Médico privado J	
	Farmacia K	
	Clínica móvil (ONG) L	
	Otro privado (<i>especifique</i>) O	
	Otras fuentes	
	Pariente / amigo P	
	Tienda Q	
	Curandero/a Sobador R	
	Otro (<i>especifique</i>) X	

CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre): [A] SUERO ORAL EN POLVO SRO (PRESENTACIÓN DE SOBRE)? [B] ALGÚN LIQUIDO DE SUERO ORAL EN BOTELLA PARA DIARREA COMO PEDALITE, ORALDEX U OTROS ?	<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>SRO en polvo (presentación de sobre).....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>liquido de SRO pre-ensado1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8		liquido de SRO pre-ensado1	2	8		
	Sí	No	NS											
SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8												
liquido de SRO pre-ensado1	2	8												
CA4A. 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														
CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO (SUERO ORAL)? Indague para identificar cada tipo de fuente. Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar. _____ <i>(Nombre del lugar)</i>	Sector público Hospital del MINSAL 11 Unidad de salud del MINSAL 12 Promotor/a de salud del MINSAL 13 Hospital del ISSS 14 Unidad (Clínica) del ISSS 15 Clínica comunal o municipal 17 Otro público (<i>especifique</i>) 16 Sector médico privado Hospital 21 Clínica / Médico privada 22 Médico privado 23 Farmacia 24 Clínica móvil (ONG) 25 Otro privado (<i>especifique</i>) 26 Otras fuentes Pariente / amigo 30 Tienda 31 Curandero/a Sobador 32 Ya tenía en su casa 40 Otro (<i>especifique</i>) 96													
CA4C DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (nombre) A TOMAR JARABE DE ZINC?	Sí 1 No 2 No sabe 8	2⇒CA4F 8⇒CA4F												

<p>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL 11</p> <p>Unidad de salud del MINSAL 12</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL 13</p> <p>Hospital del ISSS 14</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS..... 15</p> <p>Clínica comunal o municipal 17</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital 21</p> <p>Clínica / Médico privada 22</p> <p>Médico privado 23</p> <p>Farmacia 24</p> <p>Clínica móvil (ONG) 25</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo 30</p> <p>Tienda 31</p> <p>Curandero/a Sobador..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) 96</p>	
<p>CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) ALGO DE LO SIGUIENTE:</p> <p>Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</p> <p>[A] AGUA DE ARROZ?</p> <p>[B] AGUA DE COCO?</p> <p>[C] JUGOS NATURALES SIN AZÚCAR (NO DE SOBRE O ENVASADOS)?</p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Agua de arroz..... 1 2 8</p> <p>Agua de coco 1 2 8</p> <p>Jugos naturales sin azúcar 1 2 8</p>	
<p>CA5. ¿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⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>

<p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</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>especifique</i>) _____ X</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿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⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA8. CUANDO (<i>NOMBRE</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1</p> <p>Nariz tapada o que moquea solamente 2</p> <p>Ambos 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) _____ 6</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>CA10. ¿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>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL A</p> <p>Unidad de salud del MINSAL B</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL D</p> <p>Hospital del ISSS E</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS..... F</p> <p>Clínica comunal o municipal G</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) _____ H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado I</p> <p>Clínica / Médico privado..... J</p> <p>Farmacia K</p> <p>Clínica móvil (ONG) L</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) _____ O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo P</p> <p>Tienda Q</p> <p>Curandero/a Sobador..... R</p>	

_____ (Nombre del lugar)	Otro (<i>especifique</i>) _____ X	
CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (nombre) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (nombre)? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen. _____ (Nombre)	Antibióticos Pastilla / Jarabe..... I Inyección J Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina Q Ibuprofeno R Jarabe para la tos S Aspirinina..... T Otro (<i>especifique</i>) _____ X No sabe Z	
CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I - J)? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14		
CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)? Indague para identificar cada tipo de fuente. Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar. _____ (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del MINSAL 11 Unidad de salud del MINSAL 12 Promotor/a de salud del MINSAL 13 Hospital del ISSS 14 Unidad (Clínica) del ISSS..... 15 Clínica comunal o municipal 17 Otro público (<i>especifique</i>) 16 Sector médico privado Hospital 21 Clínica / Médico privada..... 22 Médico privado 23 Farmacia 24 Clínica móvil (ONG) 25 Otro privado (<i>especifique</i>) 26 Otras fuentes Pariente / amigo 30 Tienda 31 Curandero/a Sobador..... 32 Ya tenía en su casa 40 Otro (<i>especifique</i>) 96	
CA14. 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		

CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) HIZO PUPÚ O ASIENTO, ¿CÓMO SE ELIMINÓ?	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 (<i>especifique</i>)	96
No sabe	98	

UF13. Anote la hora.	Hora y minutos : ..
-----------------------------	---------------------------

UF14. 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?

Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso.
Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada

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 y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso.

Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.

ANTROPOMETRÍA		AN
<p><i>Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a.</i> 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. Cuando todas las medidas de antropometría estén completas, el medidor procederá con el Módulo de Medición de Hemoglobina para cada niño.</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 (especifique) _____ 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..... ____ . ____	
	No se midió la Talla/estatura 999.9	⇒AN5
AN4A. ¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?	Acostado..... 1	
	De pie 2	

<p>AN6. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con el Módulo de Hemoglobina.</p>

HEMOGLOBINA											
HM1. Nombre y número del medidor:	Nombre _____										
HM2. Verifique AG2.											
<input type="checkbox"/> 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM4 <input type="checkbox"/> 0 años de edad ⇒ Continúe											
HM3. Copie la fecha de nacimiento del niño/a que aparece en AG1 a la tabla. En la segunda línea, agregue 6 meses a la fecha de nacimiento. ¿Es esta fecha anterior a la de la entrevista?	Si DÍA ES 98 ESCRIBA '01'. Fecha de nacimiento: +6 meses:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">DÍA</th> <th style="padding: 5px;">MES</th> <th style="padding: 5px;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">---</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">---</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">---</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">---</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px dashed black;">-----</td> </tr> </tbody> </table>	DÍA	MES	AÑO	---	---	-----	---	---	-----
DÍA	MES	AÑO									
---	---	-----									
---	---	-----									
HM4. Lea la carta de y pregunte únicamente si se concede el permiso para realizar el test de Hemoglobina en el niño.											
<p>COMO PARTE DE LA ENCUESTA, SOLICITAMOS QUE TODOS LOS NIÑOS MAYORES DE 5 MESES Y MENORES DE CINCO AÑOS PARTICIPEN EN UN TEST DE ANEMIA.</p> <p>ANEMIA ES UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE QUE USUALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA MALA NUTRICIÓN, INFECCIONES O ENFERMEDADES CRÓNICAS. LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA PERMITEN AYUDAR AL GOBIERNO A DESARROLLAR PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA. PEDIMOS QUE TODOS LOS NIÑOS SEIS MESES O MÁS, PARTICIPEN EN EL TEST DE ANEMIA INCLUIDO EN ESTA ENCUESTA, DONANDO ALGUNAS GOTAS DE SANGRE DE UNO DE SUS DEDOS. PARA ESTE TEST, UTILIZAMOS UN EQUIPO PROPIO Y NO RIESGOSO. NUNCA HA SIDO UTILIZADO PREVIAMENTE Y SERÁ DESECHADO DESPUÉS DE CADA TEST. LA SANGRE SERÁ EXAMINADA INMEDIATAMENTE PARA PROBAR SI TIENE ANEMIA Y LOS RESULTADOS LE SERÁN COMUNICADOS ENSEGUIDA. ÉSTE RESULTADO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.</p>											
AUTORIZA A (nombre) A PARTICIPAR EN EL TEST DE ANEMIA?	Permiso otorgado 1 Permiso no otorgado 2	2⇒HM6									
HM5. Resultados del test de hemoglobina	Valorg/dl ____ . ____ No tomo la muestra El niño/a no lo permite 992 Otro (Especifique) 996										
HM6. Hay otro niño menor de 5 años en el hogar?											
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con el Modulo de Hemoglobina para ese niño. <input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.											