



**CUESTIONARIO DE MUJER
[Uruguay]**

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
Este cuestionario debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.		
WM1. Número de conglomerado: -----	WM2. Número de hogar: -----	
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: Visita 1: _____ / _____ / _____ Visita 2: _____ / _____ / _____ Visita 3: _____ / _____ / _____ Visita 4: _____ / _____ / _____ Visita 5: _____ / _____ / _____	

Repetir el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer:

Somos de Equipos Mori. Estamos trabajando en un proyecto para UNICEF sobre salud familiar y educación. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente **30** minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente **15** minutos. De nuevo, toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.

CONSENT. ¿Puedo comenzar ahora?

- 1. Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y luego comenzar la entrevista.
- 2. No, no se concede permiso ⇒ Complete WM7. Discuta el resultado con su supervisora.

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completa.....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta..... 04 Incapacitada.....05 Otro (especifique) 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:</i> ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos)	
WB3. ¿Ha asistido alguna vez a la escuela o preescolar?	Sí 1 No 2	2⇒WB7
WB4. ¿Cuál es el nivel más alto al que ha asistido usted en la escuela?	Preescolar 0 Primaria 1 Ciclo Básico de Secundaria o UTU 2 Segundo Ciclo de Secundaria o UTU 3 Cursos técnicos de UTU 4 Superior o terciaria 5	0⇒WB7
WB5. ¿Cuál es el grado más alto que completó en ese nivel? <i>Si es menos de 1 grado, anote "00"</i>	Grado	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria o superior ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Primaria ⇒ Continúe con WB7		
WB7. Ahora, me gustaría que me lea esta frase. <i>Muestre las frases a la entrevistada.</i> <i>Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿Puede leerme parte de la frase? 1. El niño está leyendo un libro. 2. El invierno llegó tarde este año. 3. Los padres deben cuidar a sus hijos. 4. La agricultura es un trabajo duro.	No puede leer nada 1 Puede leer solo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa 3 La frase no estaba en el idioma requerido 4 Ciega/muda, vista/habla impedida 5	
MÓDULO DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ		CM
Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años. Todas las preguntas se refieren solamente a niños(as) nacidos vivos.		
CM1. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez? <i>Si "No", indague preguntando:</i> ¿Es decir, un niño/una niña que haya respirado o llorado o mostrado algún signo de vida aunque él/ella solo haya vivido por algunos minutos u horas?	Sí 1 No 2	2⇒CM13
CM12. De todos los nacimientos que usted ha tenido, ¿cuándo dio a luz al último (aunque él/ella haya muerto)? <i>Mes y Año deben ser registrados.</i>	Fecha del último nacimiento Día No sabe el día 98 Mes Año	
CM13. Verifique CM12: ¿El último nacimiento de la mujer ocurrió en los últimos 2 años, es decir, desde (día y mes de la entrevista en 2010)? <input type="checkbox"/> No tuvo hijos nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo Síntomas de Enfermedad (IS) <input type="checkbox"/> Sí tuvo hijos nacidos vivos en los últimos 2 años ⇒ Registre el nombre del último hijo nacido vivo, y vaya al siguiente módulo Salud Materna y del Recién Nacido (MN) <i>Nombre del último hijo nacido vivo</i> <i>Si el niño/la niña murió, tenga especial cuidado cuando se refiere a él/ella por el nombre en los siguientes módulos.</i>		

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con nacimiento vivo en los dos años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique el módulo de mortalidad en la niñez CM13 y anote aquí el nombre del último nacimiento: _____.		
Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.		
MN1. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (nombre)?	Sí1 No..... 2	2⇒MN5
MN2. ¿A quién consultó? <i>Indague:</i> ¿Alguna otra persona? Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.	Médico(a)A Enfermero(a)..... B Partero(a) C Curandero(a)..... F Trabajador(a) de salud comunitario(a) G Otro X	
MN3. ¿Cuántos chequeos prenatales en el servicio de salud recibió durante este embarazo?	Número de veces..... -- No sabe 98	
MN4. Como parte de su chequeo prenatal, ¿se le realizaron las siguientes pruebas, al menos una vez?:		
[A] ¿Le tomaron la presión arterial?	Presión arterial	SÍ No 1 2
[B] ¿Le tomaron una muestra de orina?	Muestra de orina	1 2
[C] ¿Le tomaron una muestra de sangre?	Muestra de sangre	1 2
MN5. ¿Tiene usted algún carné u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas? ¿Puedo verlo, por favor? Si se presenta el carné, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.	Sí (vio el carné).....1 Sí (no vio el carné).....2 No.....3 No sabe 8	
MN6. Cuando estaba embarazada de (nombre), ¿recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después de nacer?	Sí1 No..... 2 No sabe 8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7. ¿Cuántas veces recibió usted esta inyección antitetánica durante su último embarazo?	N.º de veces -- No sabe 98	8⇒MN9
MN8. ¿Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informaron en MN7? <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo. ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Menos de dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿Recibió alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (nombre), sea para protegerla a usted o a otro niño?	Sí1 No..... 2 No sabe 8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN10. ¿Cuántas veces recibió usted esta inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)?	N.º de veces -- No sabe 8	8⇒MN17
MN11. ¿Cuántos años hace que recibió la última inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)?	Años atrás..... -- No sabe98	
MN17. ¿Quién la asistió en el parto de (nombre)? <i>Indague:</i> ¿Alguien más? Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas. Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.	Médico(a)A Enfermero(a).....B Partero(a)C Curandero(a).....F Trabajador(a) de salud comunitario(a).....G Pariente/Amiga(o)H OtroX Nadie.....Y	

<p>MN18. ¿Dónde dio a luz a (<i>nombre</i>)?</p> <p>Indague para identificar el tipo de fuente.</p> <p>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Su casa.....11</p> <p>Otra casa.....12</p> <p>Hospital del MSP o ASSE (incluye Hospital de Clínicas).....21</p> <p>Policlínica municipal o del MSP (ASSE)..... 22</p> <p>Hospital Policial / Militar 23</p> <p>Área de Salud del BPS 24</p> <p>Mutualista31</p> <p>Clínica o sanatorio privado 32</p> <p>Otro96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. ¿Nació (<i>nombre</i>) por cesárea?</p> <p>Es decir, ¿le cortaron la panza para sacar al bebé?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	
<p>MN20. Cuando nació (<i>nombre</i>), ¿era él/ella muy grande, más grande que el promedio, tamaño promedio, más pequeño que el promedio o muy pequeño?</p>	<p>Muy grande.....1</p> <p>Más grande que el promedio.....2</p> <p>Tamaño promedio3</p> <p>Más pequeño que el promedio..... 4</p> <p>Muy pequeño.....5</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>MN21. ¿Fue (<i>nombre</i>) pesado 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>)?</p> <p>Transcriba el peso del carné de salud, si está disponible.</p>	<p>Del carné.....1 (kg) _ _ _ _ _</p> <p>De memoria..... 2 (kg) _ _ _ _ _</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 le dio pecho a (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>MN25. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio pecho a (<i>nombre</i>) por primera vez?</p> <p>Si la respuesta es “menos de una hora”, anote ‘oo’ horas.</p> <p>Si la respuesta es ‘menos de 24 horas’, anote horas.</p> <p>En cualquier otro caso, anote días.</p>	<p>Inmediatamente..... 000</p> <p>Horas.....1 _ _ _</p> <p>Días..... 2 _ _ _</p> <p>No sabe / 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>Indague: ¿Algo más?</p>	<p>Leche (que no sea leche materna)..... A</p> <p>Agua sola (sin aditivos)..... B</p> <p>Agua con azúcar o con glucosaC</p> <p>Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés D</p> <p>Solución de agua con azúcar y salE</p> <p>Jugo de frutasF</p> <p>Fórmula para bebés..... G</p> <p>Té/InfusionesH</p> <p>MielI</p> <p>Otro X</p>	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
IS1. Verifique el Listado de Hogar, columna HL9		
¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?		
<input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con IS2. <input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya al siguiente módulo.		
IS2. Algunas veces los niños tienen enfermedades severas y deben ser llevados inmediatamente a una institución de salud. ¿Qué tipos de síntomas harían que usted llevara al niño a una institución de salud inmediatamente?	El niño no puede ingerir líquido o amamantarse.....A El niño empeora.....B El niño comienza a tener fiebre.....C El niño tiene respiración rápida.....D El niño tiene dificultades para respirar.....E El niño tiene sangre en las heces.....F El niño ingiere poco líquido.....G	
Indague: ¿Algún otro síntoma?	Otro	X
Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.	Otro	Y
Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias	Otro	Z
ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV
DV1. A veces un esposo está molesto o se enoja por cosas que la esposa hace. En su opinión, ¿se justifica que el esposo golpee a su esposa en las siguientes situaciones?:		
		Sí No NS
[A] ¿Si ella sale sin avisarle?	Sale sin avisarle	1 2 8
[B] ¿Si ella descuida a los niños?	Descuida a los niños	1 2 8
[C] ¿Si ella discute con él?	Discute con él	1 2 8
[D] ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	Se niega a tener relaciones sexuales	1 2 8
[E] ¿Si ella quema la comida?	Quema la comida	1 2 8
MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿Está usted actualmente casada o viviendo en pareja?	Sí, actualmente casada.....1 Sí, viviendo en pareja.....2 No, no en unión.....3	3⇒MA5
MA2. ¿Cuánto años tiene su esposo/pareja?	Edad en años..... _ _ _	⇒MA7
Indague: ¿Cuántos años tenía su esposo/pareja en su último cumpleaños?	No sabe.....98	⇒MA7
MA5. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido en pareja?	Sí, casada en el pasado.....1 Sí, vivió en pareja en el pasado.....2 No.....3	⇒3 Siguiente módulo
MA6. Cuál es su estado civil ahora: ¿es usted viuda, divorciada o separada?	Viuda.....1 Divorciada.....2 Separada.....3	
MA7. ¿Ha estado usted casada o ha vivido en pareja solo una vez o más de una vez?	Solo una vez.....1 Más de una vez.....2	
MA8. ¿En qué mes y qué año se casó usted por primera vez o comenzó a vivir en pareja?	Fecha de primer matrimonio o unión Mes..... _ _ _ No sabe en qué mes.....98 Año..... _ _ _ _ No sabe en qué año.....9998	⇒Siguiente módulo
MA9. ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su primer esposo/pareja?	Edad en años..... _ _ _	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
Verifique que no hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay privacidad.		
SB1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre actividad sexual para poder tener una mejor comprensión de algunos temas importantes de la vida. La información que usted brinda será tratada con total confidencialidad. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	Nunca tuvo relaciones sexuales.....00 Edad en años..... _ _ _ _ Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja.....95	00⇒Siguiete módulo
SB3. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales? <i>Anote la respuesta en "años" solo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años. Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.</i>	Hace días1 _ _ _ Hace semanas..... 2 _ _ _ Hace meses..... 3 _ _ _ Hace años 4 _ _ _	4⇒Siguiete módulo
SB4. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿se usó condón?	Sí.....1 No..... 2	
SB5. ¿Qué relación tenía usted con la persona con quien tuvo relaciones sexuales la última vez? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de tener relaciones sexuales.</i> <i>Si es el "novio", pregunte: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados? Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"</i>	Esposo1 Compañero conviviente 2 Novio..... 3 Compañero casual4 Otro 6	
SB8. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No..... 2	2⇒ Siguiete módulo
SB9. La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa persona, ¿se usó condón?	Sí.....1 No..... 2	
SB10. ¿Cuál era su relación con esa persona? <i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i> <i>Si es el "novio" preguntar: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados? Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"</i>	Esposo1 Compañero conviviente 2 Novio..... 3 Compañero casual 4 Otro 6	

MÓDULO DE VIH/SIDA		
HA1. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más. ¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada sida?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒WM11
HA2. ¿Pueden las personas protegerse del 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 a través de 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 tienen 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 adquirir el virus del sida al compartir la comida con una persona infectada con el virus del sida?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	
HA6A. ¿Pueden las personas adquirir el virus del sida al compartir el mate 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:		
[A] durante el embarazo?	Durante el embarazo	Sí No NS 1 2 8
[B] durante el parto?	Durante el parto	1 2 8
[C] mientras está lactando o amamantando?	Lactando/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 verdulero o 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 usted 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 usted dispuesta a cuidar de él/ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe / No está segura/ Depende..... 8	
HA13. Verifique CM13: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años		
<input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.		

HA14. Verifique MN1: Recibió chequeo prenatal																						
<input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15. <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24.																						
HA15. Durante cualquier control prenatal durante su embarazo con (<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> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sida de la madre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse prueba del sida</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	Sida de la madre	1	2	8	Cosas que hacer	1	2	8	Hacerse prueba del sida	1	2	8	Se le ofreció una prueba	1	2	8	
	SÍ	No	NS																			
Sida de la madre	1	2	8																			
Cosas que hacer	1	2	8																			
Hacerse prueba del sida	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba	1	2	8																			
HA16. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el virus del sida como parte de sus cuidados prenatales?	Sí.....1 No.....2 No sabe8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe8	2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA18. Independientemente del resultado, todas las mujeres a quienes se les realiza esa prueba deberían recibir consejería después de obtener el resultado. ¿Recibió usted consejería después de la prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)?																						
<input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto. ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud. ⇒ Vaya a HA24																						
HA20. No quiero saber los resultados, pero ¿se le realizó alguna prueba para detectar el virus del sida entre el momento de su llegada para el parto y el momento del parto?	Sí.....1 No.....2	2⇒HA24																				
HA21. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa 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 meses1 12-23 meses atrás2 Hace dos o más años.....3	1⇒WM11 2⇒WM11 3⇒WM11																				
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 meses1 12-23 meses atrás2 Hace dos o más años.....3																					
HA26. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba?	Sí.....1 No.....2 No sabe8	1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11																				
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																					
WM11. Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____																					

WM12. Verifique el Formulario del Listado de Hogares, columna HL9.

¿Es la entrevistada la madre o la encargada de (algún niño/alguna niña) de 0 a 4 años que vive en este hogar?

- Sí ⇒ Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para (ese niño/esa niña) y empiece la encuesta con la entrevistada.
- No ⇒ Finalice la encuesta con esta entrevistada agradeciéndole por su cooperación. Verifique la presencia de alguna otra mujer elegible o niño(a) menor de cinco años en el hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor