

## CUESTIONARIO MODELO ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD REPRODUCTIVA

### A. CUESTIONARIO DEL HOGAR

#### IDENTIFICACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA:	II. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL
A001. DEPARTAMENTO/PROVINCIA/REGION <input style="width: 60px;" type="text"/>	A006. CUESTIONARIO N° <input style="width: 60px;" type="text"/>
A002. MUNICIPIO / DISTRITO <input style="width: 60px;" type="text"/>	A007. N° DE SEGMENTO / PSU <input style="width: 60px;" type="text"/>
A003. CANTON (PARROQUIA) <input style="width: 60px;" type="text"/>	A008. VIVIENDA N° <input style="width: 60px;" type="text"/>
A004. CODÍGO CENSAL DE PSU (UPM) <input style="width: 60px;" type="text"/>	
A005. AREA: Urbana: <input style="width: 60px;" type="text"/> 1	
Rural: <input style="width: 60px;" type="text"/> 2	

#### DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

Calle/ Camino/ Carretera: \_\_\_\_\_

Barrio/ Compañía/ Localidad: \_\_\_\_\_ Casa/ Lote N°: \_\_\_\_\_ Piso N°: \_\_\_\_\_

III. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
A010. Número de la Visita	1	2	3	4
Código de Entrevistadora	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
A011. Fecha de la visita:				
Día	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
Mes	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
A012. Hora inicial (HOGAR)	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>
A013. Hora final (HOGAR)	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> Min. <input style="width: 40px;" type="text"/>
A014. Resultado (*)	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
(*) Código resultado	Entrevista completa con MEF..... 1		Vivienda desocupada..... 6	
	Entrevista completa sin MEF..... 2		Casa no es residencia primaria..... 7	
	Moradores ausentes..... 3		Vivienda no encontrada..... 8	
	Rechazo de vivienda..... 4		No adultos presentes..... 9	
	Entrevista incompleta..... 5		Otro..... 88	
	(Especifique)			

IV. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

V. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Codificador	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Digitador	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>

**LÉALE LO SIGUIENTE:**

Estamos haciendo una encuesta de la salud de las madres y niños y hemos escogido a su hogar para hacer una entrevista. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud del país.

¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada?

SI  NO  FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SI LA PERSONA NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 4 EN EL RESULTADO (ENTREVISTA RECHAZADA).**

**REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR Y SELECCIÓN DE LA MUJER A ENTREVISTAR**

**ENTREVISTADORA: Empezando con el jefe del hogar, registre el nombre y apellidos de cada una de las personas que comen y duermen habitualmente en el hogar. Registre los miembros en este orden: jefe, esposo/a de jefe, niños/as de jefe, otros miembros del hogar.**

N°. de Línea: Miembros del hogar	A015 Nombre y Apellidos	A016 Sexo Hombre .....1 Mujer.....2	A017 Edad (Años cumplidos)  MENOS DE 1 AÑO = 00	A018	A019 N°. de Orden: MEF elegible
				Relación de parentesco con el Jefe(a) del hogar	
				Jefe(a) ..... 1	
				Cónyuge ..... 2	
				Hijo – hija ..... 3	
				Otros parientes ..... 4	
				Otros no parientes ..... 5	
				Empleada(o) domestica(o) ..... 6	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
A020	¿Entonces, en esta casa viven en total _____ personas y _____ mujeres de 15 a 49 años de edad?			No. DE PERSONAS <input type="text"/> <input type="text"/> A020A	
				No. DE MEF ELEGIBLE <input type="text"/> <input type="text"/> A020B	
	<b>SI NO HAY MEF ELEGIBLE PASE A A030</b>				

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF ELIGIBLE EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

<b>A021.</b> N°. SELECCIONADA EN EL CUADRO	┌ ─┐
NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA	_____
<b>A022.</b> N°. DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA DEL LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR	┌ ─ ─┐

VIVIENDA		
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
A030	TIPO DE VIVIENDA  ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	CASA (VILLA) INDEPENDIENTE ..... 01 DEPARTAMENTO..... 02 CUARTOS EN CASA DE INQUILINATO/PIEZA DE MEZON..... 03 PIEZA EN CASA INDIVIDUAL ..... 04 RANCHO ..... 05 VIVIENDA IMPROVISADA..... 06 BODEGA O NEGOCIO USADO COMO VIVIENDA..... 07 OTRO ..... 88 (ESPECIFIQUE)
A031	¿Esta vivienda es propia, alquilada, cedida, prestada, u ocupa este hogar bajo otra condición?	PROPIA..... 1 ALQUILADA/ARRENDADA..... 2 GRATUITA, CEDIDA, O POR SERVICIO ..... 3 OCUPADA ..... 4 OTRO ..... 8 (ESPECIFIQUE)
A032	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES  ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	LADRILLO O BLOQUE DE BARRO ..... 01 BLOQUE DE CEMENTO/CONCRETO ..... 02 ADOBE O TAQUEZAL ..... 03 PIEDRA CANTERA ..... 04 BARUL, CAÑA O PALMA..... 05 MADERA..... 06 MADERA/CONCRETO (MINIFALDA) ..... 07 LÁMINA PLYCEM Y SIMILARES..... 08 RIPIO O DESECHOS..... 09 OTRO ..... 88 (ESPECIFIQUE)
A033	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL TECHO  ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	ZINC..... 1 TEJA DE BARRO/CEMENTO..... 2 PAJA/PALMA..... 3 MADERA..... 4 LAMINA..... 5 FIBROCEMENTO O SIMILAR ..... 6 DESECHO, CARTÓN, HULE MADERA DE EMBALAJE, PLASTICO ETC..... 7 OTRO ..... 8 (ESPECIFIQUE)
A034	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE PISO  ANOTE LO QUE UD. OBSERVE	CONCRETO ..... 1 LADRILLO/BLOQUE ..... 2 MADERA/ TABLA..... 3 BAJAREQUE/CAÑA ..... 4 DESECHO, CARTÓN, HULE..... 5 MADERA DE EMBALAJE ..... 6 ADOBE/TIERRA (SIN PISO)..... 7 OTRO ..... 8 (ESPECIFIQUE)

**VIVIENDA**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>A035</b>	¿De cuántos cuartos dispone esta vivienda (no incluye baños, cocina, pasillos, garajes)?	NO. DE CUARTOS..... <input type="text"/>
<b>A036</b>	De este total de cuartos, ¿cuántos usan siempre para dormir aunque tenga otros usos en el día?	NO. DE DORMITORIOS ..... <input type="text"/>
<b>A037</b>	¿Tiene esta vivienda un cuarto exclusivamente para cocinar?	SI ..... 1 <b>PASE A039</b> NO ..... 2
<b>A038</b>	¿En el cuarto donde cocinan también duermen?	SI ..... 1 NO ..... 2
<b>A039</b>	¿Cuál es el principal combustible o energía que usan para cocinar?	GAS ..... 1 CARBÓN ..... 2 LEÑA ..... 3 ELECTRICIDAD ..... 4 KEROLEN, ALCOHOL, ETC ..... 5 NO COCINAN ..... 6 OTRO ..... 8 (ESPECIFIQUE)
<b>A040</b>	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para uso doméstico?	AGUA POR TUBERÍA EN LA CASA ..... 01 <b>PASE A042</b> POZO ..... 02 GRIFO/CANILLA /CHORRO PUBLICO ..... 03 LLUVIA/ ALJIBE ..... 04 <b>PASE A042</b> RIO, MANANTIAL, AGUA DE SUPERFICIE ..... 05 CAMIÓN, TANQUE, OTRO VENDEDOR ..... 06 SE LA REGALAN ..... 07 OTRO ..... 88
<b>A041</b>	¿Dónde esta ubicada esta fuente principal?	DENTRO DE LA CASA ..... 1 FUERA DE LA CASA EN EL PATIO O LOTE ..... 2 OTRO LUGAR ..... 8
<b>A042</b>	¿En esta vivienda, tratan el agua que toman o compran agua purificada?	TRATAN EL AGUA ..... 1 COMPRAN AGUA PURIFICADA ..... 2 <b>PASE A A044</b> NO TRATAN NI COMPRAN ..... 3 <b>PASE A A044</b> NO SABE ..... 8 <b>PASE A A044</b>
<b>A043</b>	¿Qué hacen usualmente para tratar el agua? ¿Algo más? REGISTRAR TODO LO MENCIONADO	LA HIERVEN ..... 1 LA CLORAN ..... 2 LA FILTRAN ..... 3 OTRO ..... 8
<b>A044</b>	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene esta vivienda?	INODORO/BAÑO CONECTADO A RED PÚBLICA ..... 1 INODORO/BAÑO CONECTADO A POZO SEPTICO/CIEGO . 2 LETRINA ..... 3 NO TIENE /AL AIRE LIBRE ..... 4 OTRO ..... 8
<b>A045</b>	¿Como se deshacen de la basura que sale de esta vivienda?	LA BOTAN AL PATIO, QUEBRADA, RIO, LOTE ..... 1 LA QUEMAN O ENTIERRAN ..... 2 LA BOTAN EN UN BASURERO PUBLICO ..... 3 CARRO RECOLECTOR PUBLICO ..... 4 CARRO RECOLECTOR PRIVADO/CONTRATAN ..... 5 OTRO ..... 8

**VIVIENDA**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
----	---------------------	----------------------	--

Ahora voy a preguntar por algunas cosas que puede tener en su casa, tenga la seguridad que no vamos compartir esta información con nadie, y no tiene que contestar las preguntas que no desee

A046	¿Podría decirme si en esta vivienda tienen?:	SI	NO
A046A	A ELECTRICIDAD / LUZ ELECTRICA .....	1	2
A046B	B EQUIPO DE SONIDO .....	1	2
A046C	C TELEVISION .....	1	2
A046D	D TELEVISION POR CABLE .....	1	2
A046E	E REFRIGERADOR .....	1	2
A046F	F TELEFONO DE LINEA BAJA .....	1	2
A046G	G TELEFONO CELULAR .....	1	2
A046H	H LAVADORA .....	1	2
A046I	I SECADORA .....	1	2
A046J	J ASPIRADORA .....	1	2
A046K	K MICROONDAS .....	1	2
A046L	L ESTUFA (COCINA) CON HORNO .....	1	2
A046M	M COMPUTADORA .....	1	2
A046N	N DUCHA ELECTRICA/CALENTADOR DE AGUA .....	1	2
A046O	O VENTILADOR .....	1	2
A046P	P PLANCHA .....	1	2
A046Q	Q LICUADORA .....	1	2
A046R	R RADIO .....	1	2
A046S	S AIRE ACONDICIONADO .....	1	2
A046T	T BOMBA DE AGUA .....	1	2
A046U	U VEHICULO (CARRO/CAMIONETA) .....	1	2
A046V	V MOTOCICLETA .....	1	2
A046W	W BOTE CON MOTOR .....	1	2
A046X	X BICICLETA .....	1	2
A046Y	Y TRACTOR .....	1	2

# CUESTIONARIO MODELO ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD REPRODUCTIVA

## CUESTIONARIO INDIVIDUAL IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL	
A006. CUESTIONARIO N°	_ _ _ _ _ _ _
A007. N° DE SEGMENTO / PSU	_ _ _
A008. VIVIENDA N°	_ _ _
A022. N°. DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA	_

RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA				
B00X1. Número de la Visita	1	2	3	4
Código de Entrevistadora	_ _	_ _	_ _	_ _
B00X2. Fecha de la visita:				
Día	_ _	_ _	_ _	_ _
Mes	_ _	_ _	_ _	_ _
B00X3. Hora inicial	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _
B00X4. Hora final	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _	Hora  _ _  Min.  _ _
B00X5. Resultado individual (*)	_	_	_	_
(*) Código resultado	Entrevista completa ..... 01		Persona incapacitada..... 06	
	MEF ausente..... 02		Casa no es residencia primaria ..... 07	
	Pospuesta ..... 03			
	Rechazo ..... 04			
	Parcialmente completa ..... 05		Otro ..... 88	
	(Especifique)			

**ENTREVISTADORA: PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA. LÉALE LO SIGUIENTE:**

Entre las mujeres de esta casa, la hemos escogido a usted para entrevistarla. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud del país.

¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada?

SI  NO  FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SI LA PERSONA NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 4 EN EL RESULTADO (ENTREVISTA RECHAZADA).**

## B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																					
<b>B000</b>	ESCRIBA LA HORA DE INICIO	HORAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																					
<b>B001</b>	¿En qué mes y año nació usted?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 99.9999																					
<b>B002</b>	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 99																					
SUME AÑO EN B001 Y EDAD EN B002, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER (ESTE AÑO) SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER (EL AÑO PASADO) SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15-49 AÑOS, <u>TERMINE LA ENTREVISTA</u> Y SELECCIONE OTRA MUJER.																							
<b>B003</b>	¿Ha asistido alguna vez a la escuela o colegio?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE B008</b>																					
<b>B004</b>	¿Estudia actualmente?	SI ..... 1 <b>PASE B007</b> NO ..... 2																					
<b>B005</b>	¿Qué edad tenía usted cuando dejó de estudiar?	AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 99																					
<b>B006</b>	¿Cuál fue la causa principal por la que dejó de estudiar?	LOGRO SU META EDUCATIVA..... 01 SALIO EMBARAZADA/ TUVO HIJO..... 02 PROBLEMAS FAMILIARES..... 03 PROBLEMAS ECONOMICOS..... 04 PROBLEMAS EN ESCUELA /COLEGIO..... 05 TENÍA QUE TRABAJAR..... 06 MUY LEJOS/ NO HABIA TRANSPORTE ..... 07 POR BAJO RENDIMIENTO ..... 08 CAMBIÓ DE DOMICILIO..... 09 NO HABIA GRADO..... 10 SE CASO/UNIO ..... 11 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 12 NO PUDO PAGAR LA CUOTA ..... 13 NECESITABA GANAR DINERO ..... 14 NO LE GUSTABA LA ESCUELA ..... 15 POR ENFERMEDAD O RAZON MEDICA..... 16 OTRA ..... 88 NS/NR ..... 99																					
<b>B007</b>	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">NIVEL</th> <th style="text-align: center;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO .....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR/POSTG. ....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>ALFABETIZACION .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>TECNICO .....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	NINGUNO .....	0	0	PRIMARIO .....	1	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIO .....	2	1 2 3 4 5 6	SUPERIOR/POSTG. ....	3	1 2 3 4 5 6+	ALFABETIZACION .....	4	1 2 3 4	TECNICO .....	5	1 2 3 4
	NIVEL	GRADO																					
NINGUNO .....	0	0																					
PRIMARIO .....	1	1 2 3 4 5 6																					
SECUNDARIO .....	2	1 2 3 4 5 6																					
SUPERIOR/POSTG. ....	3	1 2 3 4 5 6+																					
ALFABETIZACION .....	4	1 2 3 4																					
TECNICO .....	5	1 2 3 4																					

## B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>B008</b>	¿Es usted afiliada o beneficiaria del seguro social?	AFILIADA/COTIZANTE..... 1 BENEFICIARIA..... 2 NO ..... 3 NS/NR..... 9
<b>B009</b>	¿Tiene usted algún seguro médico?	SI, SEGURO SOCIAL (PUBLICO) ..... 01 SI, PRIVADO ..... 02 SI, PUBLICO Y PRIVADO ..... 03 SI, POLICIAL/MILITAR ..... 04 SI, SEGURO SOCIAL CAMPESINO ..... 05 NO, NINGUNO ..... 06 OTRO ..... 88 NS/NR..... 99
<b>B010</b>	¿Trabaja usted actualmente en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma de pago?	SI, DINERO ..... 1 SI, OTRA FORMA DE PAGO ..... 2 NO ..... 3 <b>PASE B012</b>
<b>B011</b>	La mayor parte del tiempo. ¿Trabaja usted fuera o dentro del hogar?	FUERA DEL HOGAR..... 1 DENTRO DEL HOGAR..... 2
<b>B012</b>	¿En dónde vivía usted a inicios del año 2005?	AQUÍ EN ESTE MUNICIPIO ..... 1 <b>PASE B014</b> EN OTRO LUGAR DEL PAÍS ..... 2 EN EL EXTRANJERO..... 3
<b>B013</b>	¿El lugar donde vivía hace cinco años, era un área urbana (capital provincial o cabecera cantonal) o rural (parroquia rural)?	ÁREA URBANA..... 1 ÁREA RURAL..... 2 NS/NR..... 9
<b>B014</b>	GRUPO ETNICO (OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTADORA)	INDÍGENA ..... 1 LADINA..... 2 OTRO ..... 8
<b>B015</b>	¿Usted, cómo se considera, indígena, ladina, o de otra etnia?	INDÍGENA ..... 1 LADINA..... 2 OTRO ..... 8
<b>B016</b>	¿Qué idioma hablan habitualmente la mayoría de los miembros de este hogar?	ESPAÑOL..... 1 <b>PASE B018</b> LENGUA INDÍGENA ..... 2 OTRO ..... 8
<b>B017</b>	¿Puede Ud. hablar y entender español?	SI..... 1 NO ..... 2
<b>B018</b>	¿Cuál es su relación con el jefe del hogar?	ELLA ES JEFE DEL HOGAR ..... 01 ESPOSA O COMPAÑERA ..... 02 MADRE..... 04 HIJA ..... 05 HERMANA..... 06 NINGUN PARENTESCO ..... 08 EMPLEADA DOMESTICA..... 09 OTRO ..... 88
<b>B019</b>	¿Cuál es su religión?	CATOLICA..... 1 EVANGELICA..... 2 PROTESTANTE..... 3 NO TIENE RELIGION ..... 4 <b>PASE C001</b> OTRO ..... 8
<b>B020</b>	¿Cada cuándo asiste usted a la iglesia o reuniones religiosas?	CASI TODOS LOS DÍAS ..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ A LA SEMANA ..... 2 POR LO MENOS UNA VEZ AL MES ..... 3 MENOS DE UNA VEZ AL MES ..... 4 POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO ..... 5 MENOS DE UNA VEZ AL AÑO ..... 6 NUNCA..... 7

### C. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>C001</b>	¿Está usted actualmente embarazada?	SI ..... 1 NO..... 2 <b>PASE A C006</b> NO SABE..... 9 <b>PASE A C006</b>
<b>C002</b>	En este embarazo, ¿Quería Ud. quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería el embarazo?	QUERIA ENTONCES ..... 1 <b>PASE A C004</b> QUERIA ESPERAR MÁS TIEMPO ..... 2 NO QUERIA ..... 3 <b>PASE A C004</b> NO SABE..... 9 <b>PASE A C004</b>
<b>C003</b>	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 999
<b>C004</b>	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99
<b>C005</b>	¿Es su primer embarazo?	SI..... 1 <b>PASE A E001</b> NO ..... 2 <b>PASE A C007</b>
<b>C006</b>	¿Alguna vez ha estado embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E001</b>
<b>C007</b>	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>
<b>C008</b>	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que actualmente están vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>
<b>C009</b>	¿Tuvo Ud., hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo?	Sí..... 1 NO..... 2 <b>PASE A C011</b>
<b>C010</b>	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(SI NO TIENE ANOTE 00)</b>

### C. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>C011</b>	¿Tuvo hijos/as que nacieron muertos después de que tuviera seis meses de embarazo (mortinato)?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A C018</b>
<b>C012</b>	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos nacidos muertos?	N° DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input style="width: 50px;" type="text"/>
<b>C013</b>	¿Presentó el (los) niño(s) algún (os) signos de vida? ¿Por ejemplo respiró o lloró?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A C015</b>
<b>C014</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES "SÍ", CORRIJA LAS PREGUNTAS C009, C010, C011, Y C012. EXPLIQUE A LA MUJER: PARA NUESTRO ESTUDIO, QUEREMOS INCLUIR ESTE(OS) NIÑO(S) COMO NACIDO(S) VIVO(S)</b>	
<b>C015</b>	¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto?	Mes..... <input style="width: 50px;" type="text"/> Año ..... <input style="width: 50px;" type="text"/> NS/NR ..... 99.9999
<b>C016</b>	<b>SI EN PREGUNTA C012 REPORTÓ SÓLO 1 MORTINATO PASE A PREGUNTA C018</b>	
<b>C017</b>	¿En qué mes y año tuvo su penúltimo nacido muerto?	Mes..... <input style="width: 50px;" type="text"/> Año ..... <input style="width: 50px;" type="text"/> NS/NR ..... 99.9999
<b>C018</b>	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido Ud. algún embarazo antes de que tuviera seis meses de embarazo? (abortos)	SÍ ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A C020</b>
<b>C019</b>	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud.?	N° DE PERDIDAS..... <input style="width: 50px;" type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA ..... 9
<b>C020</b>	<b>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS C007C, C008C Y C010C</b> <b>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total _____ hijos nacidos vivos?</b>	TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA (C007C) <input style="width: 50px;" type="text"/> TOTAL HIJOS FUERA DE CASA (C008C) <input style="width: 50px;" type="text"/> TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON (C010C) <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>(C020) SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS (SE ES '00' PASE A E001)</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>

**Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido no adoptados o que sean hijos solo de su esposo, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el último.**

**- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS ( DE MENOR A MAYOR)**

**- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE**

<b>C021.</b> Nro. de Línea    ¿Qué nombre le puso?		<b>C022.</b> ¿Hombre o mujer?	<b>C023.</b> ¿En qué fecha nació?	<b>C024.</b> ¿Está vivo (a)?	<b>C025.</b> ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	<b>C026.</b> ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES 1 MES Y MENOR DE 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS
01.	ULTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
02.	PENULTIMO	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
03.	ANTEPENULTIMO	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
04.	4 ANTERIOR	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
05.	5 ANTERIOR	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
06.	6 ANTERIOR	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
07.	7 ANTERIOR	HOMBRE ..... 1  MUJER..... 2	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI ..... 1-->  NO ..... 2- v Pase a C026	<input type="text"/> <input type="text"/>  PASE A SIG. NIÑO	DIAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																								
<b>D000</b>	<b>VEA C023. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE ENERO 2005</b>	ANTES DE ENERO 2005 ..... 1 <b>PASE A E001</b> A PARTIR DE ENERO 2005..... 2																								
<b>D001</b>	<b>ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE Y LA EDAD DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (ANOTE LA EDAD SOLO SI ESTÁ VIVO)</b> NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS																									
<b>D002</b>	¿Le dio el pecho (seno) a (NOMBRE)?	SI..... 1 <b>PASE A D004</b> NO ..... 2																								
<b>D003</b>	¿Por qué no le dio el pecho (seno) a (NOMBRE)?	MADRE NO QUERIA ..... 01 NIÑO MURIO ..... 02 NIÑO SE ENFERMO ..... 03 NO TENIA LECHE ..... 04 LA MADRE ENFERMO..... 05 PEZON INVERTIDO O LESIONES ..... 06 DEBIA TRABAJAR..... 07 NIÑO NO QUERIA ..... 08 INCONVENIENTE..... 09 POR INDICACION DEL PERSONAL DE SALUD ..... 10 INFLUENCIA DE LA FAMILIA ..... 11 LA MADRE TOMABA ANTIBIOTICOS..... 12 LA MADRE TOMABA CONTRACEPTIVOS ..... 13 EL NIÑO LA MORDIA ..... 14 OTRO ..... 88 NO SABE/NO RESPONDE ..... 99																								
<b>PASE A D010</b>																										
<b>D004</b>	¿Cuánto tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el pecho (seno)?	MINUTOS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA ..... 999																								
<b>D005</b>	<b>FILTRO: VEA C024</b> <b>ULTIMO NACIDO VIVO ESTA VIVO O MUERTO?</b>	VIVO ..... 1 MUERTO ..... 2 <b>PASE D009</b>																								
<b>D006</b>	¿Está dándole el pecho (seno) actualmente a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO ..... 2 <b>PASE D008</b>																								
<b>D007</b>	Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy (desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy). ¿Le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente (LEALE UNO A UNO)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">SI</th> <th align="center">NO</th> <th align="center">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Agua? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Leche que no era de su pecho? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Otros líquidos? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Papillas / purés / atole? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Comidas sólidas? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	a. ¿Agua? .....	1	2	9	b. ¿Leche que no era de su pecho? .....	1	2	9	c. ¿Otros líquidos? .....	1	2	9	d. ¿Papillas / purés / atole? .....	1	2	9	e. ¿Comidas sólidas? .....	1	2	9
	SI	NO	NS/NR																							
a. ¿Agua? .....	1	2	9																							
b. ¿Leche que no era de su pecho? .....	1	2	9																							
c. ¿Otros líquidos? .....	1	2	9																							
d. ¿Papillas / purés / atole? .....	1	2	9																							
e. ¿Comidas sólidas? .....	1	2	9																							
<b>PASE A D010</b>																										

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>D008</b>	¿Por qué razón(es) dejó de darle el pecho (seno)?	NIÑO SE ENFERMÓ DE DIARREA ..... 01 NIÑO SE ENFERMO POR OTRA CAUSA..... 02 NIÑO FALLECIO ..... 03 NIÑO NO QUERÍA ..... 04 POCA LECHE..... 05 SALÍA A TRABAJAR/ ESTUDIAR..... 06 ERA INCONVENIENTE..... 07 LA MADRE ENFERMÓ ..... 08 DOLOR DE SENOS/PROBLEMAS CON LOS SENOS..... 09 FIN DEL DESTETE/YA ERA GRANDE ..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA ..... 11 EMPEZÓ A UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS..... 12 POR CONCEJO MEDICO..... 13 POR INFLUENCIA DE LA FAMILIA..... 14 POR ESTETICA ..... 15 OTRO ..... 88 NS/NR..... 99
<b>D009</b>	¿Hasta qué edad le dió el pecho a <b>(NOMBRE)</b> ? ESCRIBALO EN DÍAS SI ES MENOS DE 30 DIAS	DIAS DE EDAD ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES DE EDAD ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>D010</b>	¿A los cuántos meses después del nacimiento de <b>(NOMBRE)</b> le volvió su menstruación (regla)?	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES ..... 00 NO LE HA VUELTO AUN..... 97
<b>D011</b>	¿A los cuántos meses después del nacimiento de <b>(NOMBRE)</b> volvió a tener relaciones sexuales?	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES ..... 00 DESPUÉS DE 40 DÍAS ..... 96 NO HA VUELTO A TENER ..... 97 NO RESPONDE ..... 99

D012		VER C023 CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS DESDE ENERO 2005				
VER EN C021 Y ANOTE EN D013 Y EN D014 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA (C024) DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 2005 AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS						
PREGUNTAS		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
D013	NUMERO DE LINEA DEL NIÑO (VER C021)	_____	_____	_____	_____	_____
NOMBRE		_____	_____	_____	_____	_____
D014	ESTA VIVO (VER C024)	SI ..... 1 NO ..... 2				
D015	Quando quedó embarazada de (NOMBRE), ¿Quería Ud. tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERIA ENTONCES ..... 1 QUERIA ESPERAR ..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS ..... 3	QUERIA ENTONCES ..... 1 QUERIA ESPERAR ..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS ..... 3	QUERIA ENTONCES ..... 1 QUERIA ESPERAR ..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS ..... 3	QUERIA ENTONCES ..... 1 QUERIA ESPERAR ..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS ..... 3	QUERIA ENTONCES ..... 1 QUERIA ESPERAR ..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS ..... 3
D016	¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2-->D021				
D017	¿Dónde se hizo el control la primera vez? HOSPITAL/MATERNIDAD DEL MSP ..... 01 UNIDAD DE SALUD DEL MSP ..... 02 HOSPITAL/ CLINICA/ INSTITUTO SEGURIDAD ..... 03 HOSPITAL/ CLINICA/MEDICO PRIVADO ..... 04 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL ..... 05 ONG ..... 06 PARTERA/COMADRONA ..... 07 OTRO ..... 88 NO SABE/NO RESPONDE ..... 99	_____ Código	_____ Código	_____ Código	_____ Código	_____ Código
D018	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES ..... NO RECUERDA ..... 99				
D019	¿En total, cuántos controles tuvo durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES ..... NO RECUERDA ..... 99				
D020	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Hicieron algo de lo siguiente al menos una vez: Medir la tensión arterial? ..... Dar una muestra de orín? ..... Dar una muestra de sangre? .....	SI NO 1 2 1 2 1 2				
D021	¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE)?	Cuántas ..... NO RECUERDA ..... 99 PASE A LA PROXIMA PÁGINA	Cuántas ..... NO RECUERDA ..... 99 PASE A LA PROXIMA PÁGINA	Cuántas ..... NO RECUERDA ..... 99 PASE A LA PROXIMA PÁGINA	Cuántas ..... NO RECUERDA ..... 99 PASE A LA PROXIMA PÁGINA	Cuántas ..... NO RECUERDA ..... 99 PASE A LA PROXIMA PÁGINA

PREGUNTAS		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
<b>D024</b>	¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)...? HOSPITAL/MATERNIDAD DEL MSP ..... 01 UNIDAD DE SALUD DEL MSP ..... 02 HOSPITAL/CLINICA INSTITUTO SEGURIDAD ..... 03 HOSPITAL/CLINICA PRIVADO ..... 04 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL ..... 05 ONG ..... 06 EN CASA ..... 07 OTRO ..... 88 NO SABE/NO RESPONDE ..... 99	   _ _  Código				
<b>D025</b>	¿Qué profesional le atendió? MEDICO ..... 1 OBST. PROFESIONAL ..... 2 ENFERMERA ..... 3 AUX. ENFERMERIA ..... 4 PARTERA/COMADRONA ..... 5 N INGÚN PROFESIONAL LA ATENDIÓ ..... 20 OTRO ..... 88 NO SABE ..... 99	   _ _  Código				
<b>D026</b>	¿El parto de (NOMBRE) fue normal (vaginal), por cesárea programada, o cesárea de emergencia?	NORMAL (VAGINAL) ..... 1 CES.PROGRAMADA ..... 2 CES.EMERGENCIA ..... 3	NORMAL (VAGINAL) ..... 1 CES.PROGRAMADA ..... 2 CES.EMERGENCIA ..... 3	NORMAL (VAGINAL) ..... 1 CES.PROGRAMADA ..... 2 CES.EMERGENCIA ..... 3	NORMAL (VAGINAL) ..... 1 CES.PROGRAMADA ..... 2 CES.EMERGENCIA ..... 3	NORMAL (VAGINAL) ..... 1 CES.PROGRAMADA ..... 2 CES.EMERGENCIA ..... 3
<b>D027</b>	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a los 9 meses, antes de tiempo (prematuro, sietemesino) o después de tiempo?	A TIEMPO/A LOS 9 MESES ..... 1-> <b>D029</b> PREMATURO/ANTES DE TIEMPO.. 2 DESPUÉS DE TIEMPO... 3-> <b>D029</b> NO SABE ..... 9-> <b>D029</b>	A TIEMPO/A LOS 9 MESES ..... 1-> <b>D029</b> PREMATURO/ANTES DE TIEMPO.. 2 DESPUÉS DE TIEMPO... 3-> <b>D029</b> NO SABE ..... 9-> <b>D029</b>	A TIEMPO/A LOS 9 MESES ..... 1-> <b>D029</b> PREMATURO/ANTES DE TIEMPO.. 2 DESPUÉS DE TIEMPO... 3-> <b>D029</b> NO SABE ..... 9-> <b>D029</b>	A TIEMPO/A LOS 9 MESES ..... 1-> <b>D029</b> PREMATURO/ANTES DE TIEMPO.. 2 DESPUÉS DE TIEMPO... 3-> <b>D029</b> NO SABE ..... 9-> <b>D029</b>	A TIEMPO/A LOS 9 MESES ..... 1-> <b>D029</b> PREMATURO/ANTES DE TIEMPO.. 2 DESPUÉS DE TIEMPO... 3-> <b>D029</b> NO SABE ..... 9-> <b>D029</b>
<b>D028</b>	¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	SEMANAS  _ _  NO RECUERDA ..... 99	SEMANAS  _ _  NO RECUERDA ..... 98			
<b>D029</b>	¿Le pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI ..... 1 NO ..... 2-> <b>Próximo nacido</b> NS/NR ..... 9-> <b>Próximo nacido</b>	SI ..... 1 NO ..... 2-> <b>Próximo nacido</b> NS/NR ..... 9-> <b>Próximo nacido</b>	SI ..... 1 NO ..... 2-> <b>Próximo nacido</b> NS/NR ..... 9-> <b>Próximo nacido</b>	SI ..... 1 NO ..... 2-> <b>Próximo nacido</b> NS/NR ..... 9-> <b>Próximo nacido</b>	SI ..... 1 NO ..... 2-> <b>D036</b> NS/NR ..... 9-> <b>D036</b>
<b>D030</b>	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?	1. Lb  _ _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> 2. KI  _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> No sabe ..... 99999	1. Lb  _ _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> 2. KI  _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> No sabe ..... 99999	1. Lb  _ _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> 2. KI  _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> No sabe ..... 99999	1. Lb  _ _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> 2. KI  _  .  _ _  -> <b>Prox. nac.</b> No sabe ..... 99999	1. Lb  _ _  .  _ _  -> <b>D032</b> 2. KI  _  .  _ _  -> <b>D032</b> No sabe ..... 99999
<b>D031</b>	¿Pesó menos de 5.5 libras (2.5 kilos)?	SI ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9 <b>PASE A LA PROXIMA COLUMNA</b>	SI ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9 <b>PASE A LA PROXIMA COLUMNA</b>	SI ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9 <b>PASE A LA PROXIMA COLUMNA</b>	SI ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9 <b>PASE A LA PROXIMA COLUMNA</b>	SI ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 9 <b>PASE A LA PROXIMA PREGUNTA</b>

**D032. ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 2005  
EN ORDEN DE MENOR A MAYOR USANDO DATOS DE PREGUNTAS D013 Y D014**

	<u>ORDEN</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>ESTÁ VIVO</u>	
			SI	NO
ÚLTIMO	1	_____	1	2
PENÚLTIMO	2	_____	1	2
TERCERO ANTERIOR	3	_____	1	2
CUARTO ANTERIOR	4	_____	1	2
QUINTO ANTERIOR	5	_____	1	2

**CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO / NIÑA A INVESTIGAR**

PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS/NIÑAS LISTADO				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

- D033** A. NÚMERO (DE ORDEN) DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A) EN EL CUADRO:
- B. NOMBRE DEL NIÑO / NIÑA SELECCIONADO (A): \_\_\_\_\_
- C. ¿ESTÁ VIVO? SI ..... 1  
NO ..... 2

**SI HAY MÁS DE UN HIJO / HIJA NACIDO VIVO DESDE ENERO 2005, DÍGALE A LA ENTREVISTADA:  
"Ahora pasaremos a hablar de (NOMBRE)".**

<b>D034</b>	¿Tuvo usted algún control después del parto de (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE D037</b> NS/NR..... 9 <b>PASE D037</b>
<b>D035</b>	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo su primer control?	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> NS/NR..... 999
<b>D036</b>	¿Dónde tuvo el control postparto?	UNIDADES DEL MSP ..... 01 UNIDADES DEL INST. SEG. SOCIAL..... 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA..... 03 ONG..... 04 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO ..... 05 PARTERA ..... 06 OTRO, Cuál? ..... 88 NO RECUERDA ..... 99
<b>D037</b>	Después que nació (NOMBRE), ¿Fue inscrito (levantada la partida de nacimiento) en el Registro Civil?	SI ..... 1 NO ..... 2 AUN NO ES TIEMPO ..... 3 NO RESPONDE ..... 9

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																				
<b>D038</b>	<b>VEA D033 ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?</b>	SI..... 1 <b>PASE A D040</b> NO..... 2																				
<b>D039</b>	¿Fue inscrito el fallecimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil?	SI..... 1 NO..... 2																				
<b>D040</b>	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A D044</b> NS/NR..... 9 <b>PASE A D044</b>																				
<b>D041</b>	¿A qué tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 999																				
<b>D042</b>	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano?	ESTABA ENFERMO ..... 1 PARA CONTROL DE NIÑO SANO ..... 2 NS / NR..... 9																				
<b>D043</b>	¿A dónde le llevó al control a (NOMBRE)?	UNIDADES DEL MSP ..... 01 UNIDADES DEL INST. SEG. SOCIAL ..... 02 UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA ..... 03 ONG ..... 04 CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO ..... 05 PARTERA ..... 06 OTRO, Cuál? ..... 88 NO RECUERDA..... 99																				
<b>D044</b>	<b>VEA D033: ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)?</b>	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E001</b>																				
<b>D045</b>	¿Vive (NOMBRE) con usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E001</b>																				
<b>D046</b>	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A D057</b> NO SABE ..... 9 <b>PASE A D057</b>																				
<b>D047</b>	¿La diarrea tenía sangre?	SI..... 1 NO..... 2																				
<b>D048</b>	¿En los días que tuvo diarrea (NOMBRE), el (la) niño / niña:  <b>(LÉALE UNA A UNA)</b>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center"><b>SI</b></td> <td align="center"><b>NO</b></td> <td align="center"><b>NS / NR</b></td> </tr> <tr> <td>A. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>B. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>C. Tenía los ojos hundidos?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>D. Orinaba poco ó lloraba sin lágrimas? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>	A. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed? .....	1	2	9	B. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos .....	1	2	9	C. Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9	D. Orinaba poco ó lloraba sin lágrimas? .....	1	2	9
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>																			
A. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed? .....	1	2	9																			
B. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos .....	1	2	9																			
C. Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9																			
D. Orinaba poco ó lloraba sin lágrimas? .....	1	2	9																			
<b>D049</b>	¿Hizo usted algo o le dio algo para aliviarle?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A D054</b>																				

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
<b>D050</b>	Para el tratamiento de la diarrea de (NOMBRE), ¿Le dio: (LÉALE UNA A UNA)		SI	NO	NS/NR
	A. Purgantes? .....	1	2	9	
	B. Suero casero? .....	1	2	9	
	C. Sales de rehidratación o suero oral? .....	1	2	9	
	D. Le pusieron suero en las venas? .....	1	2	9	
	E. Antibióticos? .....	1	2	9	
	F. Antidiarreicos? .....	1	2	9	
	G. Le hospitalizaron? .....	1	2	9	
	ANTIBIÓTICOS: AMPICILINA, ERITROMICINA, TETRACICLINA, AMOXILINA, TRIMETON-SULFA, ETC ANTIDIARREICO: KAOPECTATE, CAOLINPECTINA, INTESTINOMICINA, YODOCLORINA, YODOQUIN, ETC				
<b>D051</b>	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE)?	SI.....	1	NO.....	2 PASE A D053
<b>D052</b>	¿Dónde o a quién consultó primero?	UNIDADES DEL MSP .....	01	UNIDADES DEL INST. SEG. SOCIAL .....	02
		UNIDADES DE LAS FF.AA O POLICÍA.....	03	ONG.....	04
		CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO.....	05	FARMACIA.....	06
		OTRO, Cuál? .....	88	NO RECUERDA.....	99
<b>D053</b>	VEA D050, ¿MENCIONÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?	SI .....	1	NO .....	2 PASE A D055
<b>D054</b>	¿Por qué no hizo nada para aliviarle?	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO .....	01	DEMASIADO LEJOS .....	02
		SERVICIOS MALOS .....	03	POR DESCUIDO .....	04
		FALTA DE DINERO .....	05	DEMASIADO OCUPADA .....	06
		FALTA DE TRANSPORTE .....	07	NADIE PODÍA CUIDAR LOS HIJOS.....	08
		MARIDO / PARIENTES NO LE PERMITIERON.....	09	OTRO, Cuál? .....	88
		NS / NR.....	99		
<b>D055</b>	Durante la diarrea, ¿Cambió el tipo de dieta?	SI.....	1	NO.....	2
		NO SABE .....	9		
<b>D056</b>	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTÓ .....	1	DISMINUYÓ.....	2
		MANTUVO IGUAL .....	3	TODAVÍA NO COME .....	4
		NS / NR.....	9		
<b>D057</b>	¿En las últimas dos semanas (incluyendo este día) ha tenido (NOMBRE), tos?	SI.....	1	NO.....	2 PASE A D100A
<b>D058</b>	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con tos, ¿él/ella respiraba más rápido que de costumbre con respiraciones cortas y rápidas o tenía dificultad para respirar?	SI.....	1	NO.....	2 PASE A D100A
		NO SABE .....	9		9 PASE A D100A

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																				
D059	¿Se debieron los síntomas a problemas en el pecho o la nariz tapada?	PROBLEMAS EN EL PECHO ..... 1 NARIZ TAPADA ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO, Cuál? ..... 4 NO SABE ..... 9																				
D060	¿Durante esta enfermedad de <b>(NOMBRE)</b> , (LÉALE UNA A UNA)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center"><b>SI</b></td> <td align="center"><b>NO</b></td> <td align="center"><b>NS/NR</b></td> </tr> <tr> <td>A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>B. Hacia ruido al respirar, le silbaba ó le roncaba el pecho?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>C. Se le hundía el pecho?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos? .....	1	2	9	B. Hacia ruido al respirar, le silbaba ó le roncaba el pecho?.....	1	2	9	C. Se le hundía el pecho?.....	1	2	9				
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>																			
A. Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos? .....	1	2	9																			
B. Hacia ruido al respirar, le silbaba ó le roncaba el pecho?.....	1	2	9																			
C. Se le hundía el pecho?.....	1	2	9																			
D061	Para el tratamiento de esta enfermedad de <b>(NOMBRE)</b> , (LÉALE UNA A UNA)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center"><b>SI</b></td> <td align="center"><b>NO</b></td> <td align="center"><b>NS/NR</b></td> </tr> <tr> <td>A. Le dio algún descongestionante, o algo para calmar la tos? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>B. Le dio algo para bajar la fiebre?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>C. Le dio antibióticos? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> <tr> <td>D. Le hospitalizaron? .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> </tr> </table> <p>DESCONGESTIONANTE: SEUDOEFEDRINA, FENILEFRINA, ETC.                      ANTIBIÓTICOS: AMPICILINA, ERITROMICINA, TETRACICLINA, AMOXICILINA, TRIMETÓN-SULFA, ETC.</p>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	A. Le dio algún descongestionante, o algo para calmar la tos? .....	1	2	9	B. Le dio algo para bajar la fiebre?.....	1	2	9	C. Le dio antibióticos? .....	1	2	9	D. Le hospitalizaron? .....	1	2	9
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>																			
A. Le dio algún descongestionante, o algo para calmar la tos? .....	1	2	9																			
B. Le dio algo para bajar la fiebre?.....	1	2	9																			
C. Le dio antibióticos? .....	1	2	9																			
D. Le hospitalizaron? .....	1	2	9																			
D062	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de <b>(NOMBRE)</b> ?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A D065</b>																				
D064	¿Dónde o quién consultó primero?	HOSPITAL DEL MSP..... 01 UNIDADES DE SALUD DEL MSP ..... 02 HOSPITAL / UNIDADES DE SALUD DEL SEG. SOCIAL . 03 HOSPITAL / UNIDADES FF.AA. / POLICÍA..... 04 HOSPITAL / CLÍNICA / MÉDICO PRIVADO..... 05 PROMOTOR DEL MSP ..... 06 PROMOTOR DE ONG, Cuál? ..... 07 FARMACIA ..... 08 OTRO, Cuál? ..... 88																				
D065	<b>VEA EN D061 Y D062 ¿MENCIONÓ AL MENOS UN CÓDIGO 1?</b>	SI..... 1 <b>PASE A D100A</b> NO..... 2																				
D066	¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)?	NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / NO ERA GRAVE .... 01 NO TENÍA REMEDIO(S) PARA DARLE ..... 02 NO TUVO TIEMPO / DEMASIADO OCUPADA..... 03 MALA ATENCIÓN..... 04 SERVICIOS MALOS ..... 05 POR DESCUIDO ..... 06 FALTA DE DINERO ..... 07 POR LA DISTANCIA / FALTA DE TRANSPORTE ..... 08 NADIE PODÍA CUIDAR LOS NIÑOS..... 09 OTRO, Cuál? ..... 88 NS / NR..... 99																				

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS									
<b>D100A</b>	¿Tiene Ud. el "Carnet de Salud Infantil" o la "Libreta de Salud Infantil" de <b>(NOMBRE)</b> ? Si, 'SÍ': ¿Puedo verlo, por favor?	SI, TARJETA MOSTRADA .....	1	<b>PASE A D100C</b>							
		SI, PERO TARJETA NO MOSTRADA .....	2								
		NO TIENE TARJETA .....	3								
<b>D100B</b>	¿Alguna vez tuvo el carnet o la libreta de vacunación de <b>(NOMBRE)</b> ?	SI .....	1								
		NO .....	2	<b>PASE A D103</b>							
		NO SABE .....	9	<b>PASE A D103</b>							
<b>D100C</b>	<b>ENTREVISTADORA: REVISE EL CARNET Y ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO</b>  <b>SI NO EXISTE INFORMACION ANOTE 99 (DÍA / MES) O 9999 (AÑO)</b>	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO						
			□ □	□ □	□ □ □ □						
<b>ENTREVISTADORA: REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (VACUNA/ DOSIS) a (NOMBRE)? COMPLETE LOS DATOS EN D103 CONSULTANDO A LA MADRE.</b> <b>[NOTA: ESTE LISTADO DEBE SER SIMILAR AL CARNET DEL MINISTERIO DE SALUD]</b>											
<b>D101. VACUNAS</b>	<u>SEGUN CARNET TIENE DOSIS</u>			<b>D102. FECHA</b>			<b>D103. SEGUN MADRE</b>				
		SI	NO	DIA	MES	AÑO	¿TIENE LA VACUNA?				
							SI	NO	NS NR		
<b>A</b>	BCG (Dosis única, inyectada en el brazo izquierdo)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>B</b>	BCG REFUERZO	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>C</b>	DPT – 1 (Inyectada en la nalguita/glúteo o piernita)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>D</b>	DPT – 2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>E</b>	DPT – 3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>F</b>	DPT REFUERZO (Inyectado en la piernita)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>G</b>	POLIO – 1 (Tomada en gotitas)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>H</b>	POLIO – 2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>I</b>	POLIO – 3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>J</b>	POLIO REFUERZO	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>K</b>	SARAMPIÓN (Inyectada en la nalguita al año o mas)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>L</b>	PENTAVALENTE 1 (Inyectada en la piernita)	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>M</b>	PENTAVALENTE 2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>N</b>	PENTAVALENTE 3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>O</b>	ANTIHEPATITIS B1	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>P</b>	ANTIHEPATITIS B2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>Q</b>	ANTIHEPATITIS B3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>R</b>	ANTIHEMOPILUS HIB1	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>S</b>	ANTIHEMOPILUS HIB2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>T</b>	ANTIHEMOPILUS HIB3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>U</b>	ROTAVIRUS	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>V</b>	ANTIINFLUENZA	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>X</b>	OTRA VACUNA 1	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>Y</b>	OTRA VACUNA 2	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		
<b>Z</b>	OTRA VACUNA 3	1	2	□ □	□ □	□ □ □ □	1	2	9		

**D. SALUD EN LA NIÑEZ**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>D104</b>	¿Le ha dado Vitamina "A" (de esta) alguna vez a (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A D106</b> NO SABE ..... 9 <b>PASE A D106</b>
<b>D105</b>	¿Hace cuánto tiempo le dieron la Vitamina "A" por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 999
<b>D106</b>	¿Le ha dado a jarabe/pastillas de hierro (de esta) alguna vez a (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A E001</b> NO SABE ..... 9 <b>PASE A E001</b>
<b>D107</b>	¿Hace cuánto tiempo le dieron hierro por última vez?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 999

**E. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>E001</b>	Ahora hablando de su salud, ¿Alguna vez le han vacunado contra el tétanos cuando no ha estado embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E003</b> NS / NR..... 9 <b>PASE A E003</b>
<b>E002</b>	¿Cuántas vacunas antitetánicas le han puesto desde Ud. cumplió 15 años cuando no ha estado embarazada?	NUMERO DE VACUNAS..... <input type="text"/> NS / NR..... 99
<b>E003</b>	¿Ha oído hablar sobre el cáncer del útero (matriz) o la prueba Papanicolau (PAP)?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E009</b> NS / NR..... 9 <b>PASE A E009</b>
<b>E004</b>	¿Se ha hecho alguna vez la citología o examen de Papanicolaou (PAP)?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E008</b> NS / NR..... 9 <b>PASE A E009</b>
<b>E005</b>	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> NS / NR..... 999
<b>E006</b>	¿Dónde se hizo el examen?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP ..... 01 ESTABLECIMIENTOS DEL IESS / SSC ..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA. / POLICÍA ..... 03 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO ..... 04 SOLCA..... 05 CLÍNICA / CONSULTORIO OTRA ONG ..... 06 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
<b>E007</b>	¿Supo el resultado del examen?	SI..... 1 NO..... 2 NS / NR..... 9
<b>PASE A E009</b>		
<b>E008</b>	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen?	FALTA DE INFORMACIÓN ..... 1 NO LO CONSIDERA NECESARIO ..... 2 POR LA DISTANCIA..... 3 POR PENA O VERGÜENZA ..... 4 FALTA DE DINERO ..... 5 NO TIENE CON QUIEN DEJAR A LOS HIJOS..... 6 SU PAREJA SE OPONE ..... 7 OTRA, Cuál?..... 8 NS / NR..... 9
<b>E009</b>	¿Ha oído hablar de cáncer de mama (del seno o de los pechos)?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E012</b>
<b>E010</b>	¿Le han enseñado cómo examinarse los senos usted sola (el autoexamen)?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A E012</b> NO RECUERDA ..... 9

**E. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>E011</b>	¿Hace cuanto tiempo se lo hizo el autoexamen de senos la última vez?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> NUNCA SE LO HA HECHO ..... 000 NS / NR ..... 999
<b>E012</b>	<b>VEA LA EDAD DE LA ENTREVISTADA EN B002, PÁGINA 2, Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE</b>	1. TIENE DE 15 A 39 AÑOS ..... 1 <b>PASE A E015</b> 2. TIENE DE 40 A 49 AÑOS ..... 2
<b>E013</b>	¿Se ha hecho alguna vez una ultrasonografía de mama, radiografía, placa o rayos X del seno (mamografía)?	SI ..... 1 <b>PASE A E015</b> NO ..... 2 NO RECUERDA..... 9
<b>E014</b>	¿Cuál es la razón más importante para no haberse hecho una mamografía?	NO TIENE PROBLEMAS, NO NECESITA..... 01 NO SABÍA QUE TENÍA QUE HACERSE ..... 02 NO TIENE EDAD PARA HACERSE ..... 03 DESPREOCUPACIÓN..... 04 ES MUY CARO ..... 05 POR MIEDO / TEMOR..... 06 OTRA, Cuál? ..... 88 NO RESPONDE..... 99
<b>E015</b>	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A F000</b>
<b>E016</b>	¿Durante los últimos 30 días, en promedio cuántos cigarrillos fumó en un día?	No. DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/> FUMA OCASIONALMENTE..... 91 YA NO FUMA ..... 92 NS / NR ..... 99

## F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**F000. ENTREVISTADORA: LÉALE A LA ENTREVISTADA:** Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada. **HAGA LA PREGUNTA F001 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS F002 y F003, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS.**

MÉTODO	F001. Conoce o ha oído hablar de...? (LEA TODOS LOS MÉTODOS)		F002. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		F003. Usa actualmente? (últimos 30 días)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A. Esterilización femenina o ligadura	1	2	1	2	1	2
B. Esterilización masculina o vasectomía	1	2	1	2	1	2
C. DIU, espiral o T de Cobre	1	2	1	2	1	2
D. Inyección anticonceptiva	1	2	1	2	1	2
E. NORPLANT o implante	1	2	1	2	1	2
F. Píldora o pastilla anticonceptiva	1	2	1	2	1	2
G. Métodos vaginales (jaleas / espumas / diafragma / cremas / óvulos / tabletas)	1	2	1	2	1	2
H. Parche	1	2	1	2	1	2
I. Condón (preservativo)	1	2	1	2	1	2
J. Collar del ciclo	1	2	1	2	1	2
K. Control de la temperatura, moco cervical (Billings/Sintotermico)	1	2	1	2	1	2
L. Ritmo/calendario	1	2	1	2	1	2
M. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2	1	2
N. MELA (Lactancia Materna)	1	2	1	2	1	2
O. Anticoncepción de emergencia	1	2	1	2		

**ENTREVISTADORA: SI EN LA PREGUNTA F002 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACIÓN (CÓDIGO 1) PONER TAMBIÉN CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA F003 (USO ACTUAL)**

<b>F004</b>	<b>ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS F002 Y F003 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE</b>
	LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE..... 1 <b>PASE A F017</b>
	LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS..... 2 <b>PASE A F008</b>
	LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE..... 3 <b>PASE A F005</b>

### SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO MÉTODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE

<b>F005</b>	¿Cuál fue el primer método que usted usó? (MARQUE EL MÁS EFECTIVO)	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 01
	<b>ORDEN DE EFECTIVIDAD</b>	ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMIA .... 02
	1. ESTER. FEMENINA	DIU / ESPIRAL / T DE COBRE ..... 03
	2. VASECTOMÍA	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04
	3. DIU	NORPLANT O IMPLANTE ..... 05
	4. INYECCIÓN	PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06
	5. NORPLANT	MÉTODOS VAGINALES ..... 07
	6. PASTILLAS	PARCHE ..... 08
	7. MÉT. VAGINALES	CONDÓN ..... 09
	8. PARCHE	COLLAR DEL CICLO..... 10
	9. CONDÓN	BILLINGS/SINTOTERMICO ..... 11
	10. COLLAR DEL CICLO	RITMO..... 12
	11. BILLINGS/ SINTOTERMICO	RETIRO..... 13
	12. RITMO	MELA ..... 14
	13. RETIRO	OTRO, Cuál?..... 88
	14. MELA	NS / NR ..... 99

**F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>F006</b>	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>F007</b>	Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	Nº DE HIJOS VIVOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>F008</b>	<b>VEA EN C001, SI ESTÁ EMBARAZADA</b>	EMBARAZADA ..... 1 <b>PASE A F013</b> NO EMBARAZADA ..... 2 NO SABE ..... 9
<b>F009</b>	¿Cree usted que puede quedar embarazada?	SI ..... 1 <b>PASE A F011</b> NO ..... 2 NO SABE ..... 9 <b>PASE A F011</b>
<b>F010</b>	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada?	FUE OPERADA POR RAZONES MÉDICAS Y NO PUEDE TENER MÁS HIJOS ..... 1 <b>PASE A G001</b> MENOPAUSIA ..... 2 <b>PASE A G001</b> YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁR QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO .... 3 <b>PASE A G001</b> SIN VIDA SEXUAL ..... 4 <b>PASE A F013</b> AMAMANTAMIENTO ..... 5 <b>PASE A F013</b> OTRA, Cuál? ..... 8 <b>PASE A F013</b>
<b>F011</b>	¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos actualmente?	DESEA EMBARAZO ..... 01 <b>PASE A F013</b> POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO ..... 02 <b>PASE A F013</b> SIN VIDA SEXUAL ..... 03 <b>PASE A F013</b> RELACIONES NO FRECUENTES ..... 04 <b>PASE A F013</b> POR EDAD AVANZADA ..... 05 <b>PASE A G001</b> NO LE GUSTA ..... 06 <b>PASE A G001</b> MIEDO A EFECTOS COLATERALES ..... 07 TUVO EFECTOS COLATERALES ..... 08 EL COMPAÑERO SE OPONE ..... 09 RAZONES RELIGIOSAS ..... 10 OTRA, Cuál? ..... 88 NS / NR ..... 99
<b>F012</b>	¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	SI ..... 1 <b>PASE A F014</b> NO ..... 2 NS / NR ..... 9
<b>F013</b>	¿En el futuro le gustaría usar algún método?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A G001</b> NS / NR ..... 9 <b>PASE A G001</b>
<b>F014</b>	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted (o su pareja)?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA .... 02 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE ..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA ..... 04 NORPLANT O IMPLANTE ..... 05 PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06 MÉTODOS VAGINALES ..... 07 PARCHE ..... 08 CONDÓN ..... 09 COLLAR DEL CICLO ..... 10 BILLINGS/SINTOTERMICO ..... 11 <b>PASE A G001</b> RITMO ..... 12 <b>PASE A G001</b> RETIRO ..... 13 <b>PASE A G001</b> MELA ..... 14 <b>PASE A G001</b> OTRO, Cuál? ..... 88 <b>PASE A G001</b> NS / NR ..... 99 <b>PASE A G001</b>

**F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>F015</b>	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A G001</b>
<b>F016</b>	¿A qué lugar iría a conseguir el método?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL..... 02 ESTABLECIMIENTOS DE FF.AA O POLICÍA..... 03 ONG ..... 04 ASSOC. PLAN. FAMILIAR..... 05 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 06 FARMACIA O BOTICA..... 07 PARTERA..... 08 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99

**PASE G000**

**SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

<b>F017</b>	<b>ENTREVISTADORA:</b> <b>VEA F003 Y MARQUE EL MÉTODO QUE USA, SI ESTÁ UTILIZANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÉTODO MÁS EFECTIVO</b> <u><b>ORDEN DE EFECTIVIDAD</b></u> 1. ESTER. FEMENINA 2. VASECTOMÍA 3. DIU 4. INYECCIÓN 5. NORPLANT 6. PASTILLAS 7. MÉT. VAGINALES 8. PARCHE 9. CONDÓN 10. COLLAR DEL CICLO 11. BILLINGS/SINTO. 12. RITMO 13. RETIRO 14. MELA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA .... 02 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 03 <b>PASE A F024</b> INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 <b>PASE A F024</b> NORPLANT O IMPLANTE..... 05 <b>PASE A F024</b> PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06 <b>PASE A F024</b> MÉTODOS VAGINALES ..... 07 <b>PASE A F024</b> PARCHE ..... 08 <b>PASE A F024</b> CONDÓN ..... 09 <b>PASE A F024</b> COLLAR DEL CICLO..... 10 <b>PASE A F024</b> BILLINGS/SINTOTERMICO ..... 11 <b>PASE A F027</b> RITMO/CALENDARIO ..... 12 <b>PASE A F027</b> RETIRO..... 13 <b>PASE A F027</b> MELA ..... 14 <b>PASE A F027</b>
<b>F018</b>	¿En qué mes y año le operaron (a Ud. O a su pareja)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99
<b>F019</b>	¿Qué edad tenía usted (él) cuando le esterilizaron?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>F020</b>	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA..... 03 ASSOC. PLAN. FAMILIAR..... 04 ONG ..... 05 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO..... 06 OTRO LUGAR, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99

## F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS																		
<b>F021</b>	¿Dónde recibió orientación sobre la esterilización?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP ..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL ..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA ..... 03 ASSOC. PLAN. FAMILIAR ..... 04 ONG ..... 05 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO ..... 06 IGLESIA ..... 07 ESPOSO / COMPAÑERO ..... 08 OTRO, Cuál? ..... 88 NO SABE ..... 99																		
<b>F022</b>	¿Se arrepiente Ud. de haberse operado para no tener (más) hijos?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A F032</b>																		
<b>F023</b>	¿Por qué se arrepiente?	ELLA QUIERE OTRO HIJO ..... 1 ESPOSO / COMPAÑERO QUIERE TENER OTRO HIJO ..... 2 EFECTOS SECUNDARIOS (PROBLEMAS DE SALUD Y/O EMOCIONALES) ..... 3 MUJER TIENE NUEVA PAREJA ..... 4 OTRO, Cuál? ..... 8																		
<b>PASE A F032</b>																				
<b>F024</b>	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	ESTABLECIMIENTO DEL MSP ..... 01 ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL ..... 02 HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA ..... 03 ASSOC. PLAN. FAMILIAR ..... 04 ONG 1 ..... 05 ONG 2 ..... 06 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO ..... 07 FARMACIA O BOTICA ..... 08 OTRO, Cuál? ..... 88 NO SABE ..... 99 <b>PASE A F027</b>																		
<b>F025</b>	¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? <b>SI ES MENOS DE 1 HORA, ESCRIBA EN MINUTOS SI ES 1 HORA O MÁS, ESCRIBA EN HORAS</b>	MINUTOS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR ..... 99																		
<b>F026</b>	¿El precio pagado por consulta y por el método anticonceptivo, le parece caro, razonable, barato o no pagó nada?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;"><b>CONSULTA</b></th> <th style="width: 20%; text-align: center;"><b>MÉTODO</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>RAZONABLE .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BARATO .....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>NO PAGÓ .....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		<b>CONSULTA</b>	<b>MÉTODO</b>	CARO .....	1	1	RAZONABLE .....	2	2	BARATO .....	3	3	NO PAGÓ .....	4	4	NO SABE .....	9	9
	<b>CONSULTA</b>	<b>MÉTODO</b>																		
CARO .....	1	1																		
RAZONABLE .....	2	2																		
BARATO .....	3	3																		
NO PAGÓ .....	4	4																		
NO SABE .....	9	9																		

## F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>F027</b>	Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener más hijos, para espaciar o posponer los embarazos y por otras razones, ¿Para qué lo usa usted?	YA NO QUIERE TENER MÁS HIJOS..... 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS.. 2 PARA PROTECCIÓN DEL SIDA Y OTRAS ITS..... 3 POR OTRAS RAZONES DE SALUD..... 4 POR RAZONES ECONÓMICAS / TRABAJO ..... 5 OTRA, Cuál?..... 8 NS / NR..... 9
<b>F028</b>	La decisión de usar este método, ¿Fue tomada junto con su pareja, la tomó solo usted o solo él?	AMBOS ..... 1 SOLO ELLA ..... 2 SOLO ÉL..... 3 OTRA PERSONA..... 4
<b>F029</b>	Si en éste momento usted pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	PREFERIRÍA OTRO ..... 1 EL MISMO..... 2 <b>PASE A F032</b> NO USARÍA NINGUNO ..... 3 <b>PASE A F031</b> NO SABE ..... 9 <b>PASE A F032</b>
<b>F030</b>	¿Cuál método preferiría usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA .... 02 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE ..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 NORPLANT O IMPLANTE ..... 05 PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06 MÉTODOS VAGINALES ..... 07 PARCHE ..... 08 CONDÓN ..... 09 COLLAR DEL CICLO ..... 10 BILLINGS/SINTOTERMICO ..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 MELA ..... 14 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
<b>PASE A F032</b>		
<b>F031</b>	¿Cuál es la razón principal por la que ya no usaría ningún método?	DESEO DE EMBARAZO ..... 01 SIN VIDA SEXUAL..... 02 MIEDO A EFECTOS COLATERALES ..... 03 EL COMPAÑERO SE OPONE ..... 04 RAZONES RELIGIOSAS ..... 05 EDAD AVANZADA..... 06 RAZONES ECONÓMICAS ..... 07 OTRA, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99

**F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>F032</b>	¿Cuál fue el primer método que usted usó en su vida?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA .... 02 DIU / ESPIRAL / T DE COBRE..... 03 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA..... 04 NORPLANT O IMPLANTE..... 05 PASTILLAS ANTICONCEPTIVA ..... 06 MÉTODOS VAGINALES..... 07 PARCHE ..... 08 CONDÓN ..... 09 COLLAR DEL CICLO..... 10 BILLINGS/SINTOTERMICO ..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 MELA ..... 14 OTRO, Cuál?..... 88 NS / NR..... 99
<b>F033</b>	¿Qué edad tenía cuando usted comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>F034</b>	Cuándo usted comenzó a usar ( <b>NOMBRE DEL MÉTODO</b> ) ¿Cuántos hijos e hijas vivos tenía?	N° DE HIJOS VIVOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**G. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>G000</b>	<b>ENTREVISTADORA: VEA F002 EN LA LINEA 1 SI ESTÁ O NO ESTERILIZADA</b> <b>¿ESTÁ ESTERILIZADA?</b>	SI ESTÁ ESTERILIZADA ..... 1 <b>PASE A G003</b> NO ESTÁ ESTERILIZADA ..... 2
<b>G001</b>	<b>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro</b> <b>VEA C001 :</b> <b>NO EMBARAZADA O INSEGURA</b> ¿Quisiera tener un (otro) hijo / hija o preferiría no tener (más) hijos / hijas?  <b>EMBARAZADA</b> ¿Después del hijo / hija que está esperando, quisiera tener otro hijo / hija o preferiría no tener más hijos / hijas?	QUIERE HIJO / HIJA..... 1 NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS ..... 2 <b>PASE A G003</b> MENOPÁUSICA ..... 3 <b>PASE A G003</b> OPERADA POR RAZONES MÉDICAS ..... 4 <b>PASE A G003</b> INDECISA O NO SABE ..... 9 <b>PASE A G003</b>
<b>G002</b>	<b>VEA C001:</b> <b>NO EMBARAZADA O INSEGURA</b> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo / hija?  <b>EMBARAZADA</b> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  PRONTO / AHORA ..... 994 MENOPÁUSICA (ESTÉRIL)..... 995 CUANDO DIOS QUIERA ..... 996 CUANDO SE CASE..... 997 OTRO, Cuál? ..... 998 NO SABE ..... 999
<b>G003</b>	<b>VEA C024:</b> <b>TIENE HIJO(S) VIVO(S)</b> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos / hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?  <b>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S)</b> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos / hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?  <b>ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA</b>	NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  EL NUMERO QUE DIOS QUIERA ..... 77 OTRA RESPUESTA, Cuál? ..... 88
<b>G004</b>	<b>VEA F002 EN LA LINEA 1, SI LA MUJER ESTÁ ESTERILIZADA O NO</b>	SI ..... 1 <b>PASE A H000</b> NO ..... 2
<b>G005</b>	<b>VEA G001 Y COPIE LA RESPUESTA</b>	QUIERE HIJO / HIJA ..... 1 <b>PASE A H000</b> NO QUIERE MÁS HIJOS / HIJAS ..... 2 MENOPÁUSICA ..... 3 <b>PASE A H000</b> OPERADA POR RAZONES MÉDICAS ..... 4 <b>PASE A H000</b> INDECISA O NO SABE ..... 9 <b>PASE A H000</b>
<b>G006</b>	¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos?	PROBLEMAS ECONÓMICOS ..... 01 POR RAZONES DE SALUD ..... 02 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS ..... 03 SE SIENTE VIEJA ..... 04 SU TRABAJO NO LE PERMITE ..... 05 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS ..... 06 INESTABILIDAD CONYUGAL ..... 07 OTRO, Cuál? ..... 88 NS / NR ..... 99

### G. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS
<b>G007</b>	¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A G009</b>
<b>G008</b>	Ya que tiene todos los hijos que desea y tiene interés de operarse, ¿Cuál es la razón principal por la cual no ha ido a operarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN ..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES ..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO .... 03 COSTO MUY ELEVADO ..... 04 RECHAZO DEL MÉDICO ..... 05 RAZONES RELIGIOSAS ..... 06 NO LE GUSTA ..... 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA ..... 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES ..... 09 COMPAÑERO SE OPONE ..... 10 SIN VIDA SEXUAL ..... 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN ..... 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO ..... 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO ..... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS ..... 15 ESTÁ EMBARAZADA ..... 16 OTRO, Cuál? ..... 88 NO SABE ..... 98 NO RESPONDE ..... 99
<b>PASE A H000</b>		
<b>G009</b>	¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?	MIEDO A LA OPERACIÓN ..... 01 MIEDO A EFECTOS COLATERALES ..... 02 INTENCIÓN DE REALIZARSE EN EL POSTPARTO .... 03 COSTO MUY ELEVADO ..... 04 RECHAZO DEL MÉDICO ..... 05 RAZONES RELIGIOSAS ..... 06 NO LE GUSTA ..... 07 CERCA DE LA MENOPAUSIA ..... 08 PREFIERE MÉTODOS REVERSIBLES ..... 09 COMPAÑERO SE OPONE ..... 10 SIN VIDA SEXUAL ..... 11 ES TODAVÍA MUY JOVEN ..... 12 NUNCA PENSÓ EN ELLO ..... 13 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO ..... 14 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS ..... 15 OTRO, Cuál? ..... 88 NO SABE ..... 98 NO RESPONDE ..... 99

H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA																																														
N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS																																												
H000	VEA LA EDAD EN PREG. B002 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE	TIENE DE 15 A 24 AÑOS ..... 1 TIENE DE 25 A 49 AÑOS ..... 2 <b>PASE A H033</b>																																												
<b>ADULTOS JOVENES (15-24 AÑOS)</b>																																														
H001	¿En la escuela o colegio, alguna vez recibió alguna lección, curso o charla sobre educación sexual?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A H005</b> NO RESPONDE ..... 9 <b>PASE A H005</b>																																												
H002	¿Qué edad tenía cuando recibió la primera charla o curso? (SI NO RECUERDA, SONDEE EDAD, ej.: ¿Hace cuánto tiempo fue el curso?)	EDAD ..... <input type="text"/> NS / NR ..... 99																																												
H003	¿En qué grado o año estaba cuando recibió la primera charla, curso, o lección en la escuela?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>NIVEL</u></th> <th style="text-align: center;"><u>GRADO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 9</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 9</td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 9</td> </tr> <tr> <td>FORM. DOCENTE.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1 2 9</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5+ 9</td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>NIVEL</u>	<u>GRADO</u>	PRIMARIA.....	1	1 2 3 4 5 6 9	SECUNDARIA.....	2	1 2 3 4 5 9	TÉCNICO.....	3	1 2 3 9	FORM. DOCENTE.....	4	1 2 9	SUPERIOR.....	5	1 2 3 4 5+ 9	NO RECUERDA.....	9	9																							
	<u>NIVEL</u>	<u>GRADO</u>																																												
PRIMARIA.....	1	1 2 3 4 5 6 9																																												
SECUNDARIA.....	2	1 2 3 4 5 9																																												
TÉCNICO.....	3	1 2 3 9																																												
FORM. DOCENTE.....	4	1 2 9																																												
SUPERIOR.....	5	1 2 3 4 5+ 9																																												
NO RECUERDA.....	9	9																																												
H004	¿En esa lección o en otro curso o charla se comentó algo sobre: <b>(LÉALE UNO A UNO)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3" style="text-align: center;"><u>RECIBIÓ</u></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>SI</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NO</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NS/NR</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo)? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>b. El aparato reproductor femenino? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>c. El aparato reproductor masculino? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>d. La menstruación o regla? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>e. Las relaciones sexuales? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>f. El embarazo y el parto? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>g. Los métodos anticonceptivos? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>h. Las infecciones de transmisión sexual? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>i. VIH/SIDA? .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>RECIBIÓ</u>				<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo)? .....	1	2	9	b. El aparato reproductor femenino? .....	1	2	9	c. El aparato reproductor masculino? .....	1	2	9	d. La menstruación o regla? .....	1	2	9	e. Las relaciones sexuales? .....	1	2	9	f. El embarazo y el parto? .....	1	2	9	g. Los métodos anticonceptivos? .....	1	2	9	h. Las infecciones de transmisión sexual? .....	1	2	9	i. VIH/SIDA? .....	1	2	9
	<u>RECIBIÓ</u>																																													
	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>																																											
a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo)? .....	1	2	9																																											
b. El aparato reproductor femenino? .....	1	2	9																																											
c. El aparato reproductor masculino? .....	1	2	9																																											
d. La menstruación o regla? .....	1	2	9																																											
e. Las relaciones sexuales? .....	1	2	9																																											
f. El embarazo y el parto? .....	1	2	9																																											
g. Los métodos anticonceptivos? .....	1	2	9																																											
h. Las infecciones de transmisión sexual? .....	1	2	9																																											
i. VIH/SIDA? .....	1	2	9																																											
H005	¿Fuera de la escuela o colegio ha participado en un curso o charla sobre educación sexual?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A H009</b>																																												
H006	¿Qué institución lo dio?  (SI HAY MÁS QUE UNO ANOTE LA PRIMERA FUENTE)	ONG: ..... 1 (ESPECIFIQUE) MINISTERIO DE SALUD ..... 2 INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... 3 INSTITUCIÓN/PROFESIONAL DE LA SALUD ..... 4 MUNICIPALIDAD ..... 5 RADIO/TV ..... 6 IGLESIA ..... 7 OTRO: ..... 8 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 9																																												
H007	¿Qué edad tenía cuando participó la primera vez?	EDAD ..... <input type="text"/> NS / NR ..... 99																																												

## H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS								
<b>H008</b>	¿En esa lección o en otro curso o charla se comentó algo sobre: <b>(LÉALE UNO A UNO)</b>	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">RECIBIÓ</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NS/NR</td> </tr> </table>		RECIBIÓ				SI	NO	NS/NR
			RECIBIÓ							
			SI	NO	NS/NR					
		a.	El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios externos del cuerpo)? .....	1 2 9						
		b.	El aparato reproductor femenino? .....	1 2 9						
		c.	El aparato reproductor masculino? .....	1 2 9						
		d.	La menstruación o regla? .....	1 2 9						
		e.	Las relaciones sexuales? .....	1 2 9						
		f.	El embarazo y el parto? .....	1 2 9						
		g.	Los métodos anticonceptivos? .....	1 2 9						
h.	Las infecciones de transmisión sexual? .....	1 2 9								
i.	VIH/SIDA? .....	1 2 9								
<b>H009</b>	¿Ha recibido información sobre educación sexual de parte de algún miembro su familia?	SI .....	1							
		NO .....	2							
<b>Ahora, nos gustaria hacerle algunas preguntas personales y que son de mucha importancia para nuestro estudio.</b>										
<b>H010</b>	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
		NUNCA HA TENIDO .....	222222 <b>PASE A H055</b>							
		NO DESEA CONTESTAR.....	888888							
		NS / NR .....	999999							
<b>H011</b>	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>							
		NS / NR .....	99 <b>PASE A H035</b>							
<b>H012</b>	¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)	AÑOS .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <b>PASE A H014</b>							
		NS / NR .....	99							
<b>H013</b>	Cuantos años mayor o menor era la persona con quien tuvo la primera relación sexual? El era.... (LEA 1-4) 1) 10 años mayor, o mas 2) 5-10 años mayor 3) menos de 5 años mayor 4) menor	10 AÑOS MAYOR O MAS .....	1							
		5-10 AÑOS MAYOR .....	2							
		MENOS DE 5 AÑOS MAYOR .....	3							
		MENOR .....	4							
		NS/NR .....	9							
<b>H014</b>	¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO .....	1							
		NOVIO .....	2							
		AMIGO.....	3							
		FAMILIAR .....	4							
		DESCONOCIDO / RECIÉN CONOCIDO .....	5							
		VIOLACIÓN .....	6 <b>PASE A H019</b>							
		OTRO, Cuál?.....	8							
NS / NR .....	9									
<b>H015</b>	¿Su primera relación sexual ocurrió porque usted lo quería, no lo quería pero le obligó su pareja, o fue forzada?	LO QUERÍA/DECIDIERON JUNTOS .....	1							
		LE CONVENCÍ SU PAREJA.....	2							
		SIMPLEMENTE PASÓ .....	3							
		NO QUERÍA PERO LE OBLIGÓ SU PAREJA .....	4							
		FORZADA/VIOLADA.....	5 <b>PASE A H019</b>							
NS / NR .....	9									
<b>H016</b>	¿Usó usted o él algún método anticonceptivo para evitar embarazo, SIDA, u otra infección de transmisión sexual durante esa primera relación sexual?	SI .....	1							
		NO .....	2 <b>PASE A H018</b>							
		NS / NR .....	9 <b>PASE A H018</b>							

H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA		
N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>H017</b>	¿Qué método o métodos utilizó en esa primera ocasión?  (RESPUESTA MULTIPLE)	PASTILLAS ..... 1 CONDÓN ..... 2 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA ..... 3 MÉTODOS VAGINALES ..... 4 RITMO, CALENDARIO, BILLINGS ..... 5 RETIRO ..... 6 OTRO, Cuál? ..... 8 NS / NR ..... 9
<b>PASE A H019</b>		
<b>H018</b>	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO ..... 01 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO ..... 02 CREÍA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD.... 03 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA ..... 04 QUERÍA EMBARAZARSE ..... 05 CONOCÍA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABÍA DONDE OBTENERLOS 06 EL COMPAÑERO SE OPUSO ..... 07 QUERÍA USARLO, PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO 08 COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS.... 09 OTRO, Cuál? ..... 88 NS / NR ..... 99
<b>H019</b>	<b>ENTREVISTADORA: OBSERVE PREGUNTAS C001 Y C006</b>	SI HA ESTADO EMBARAZADA ..... 1 NO HA ESTADO EMBARAZADA ..... 2 <b>PASE A H035</b>
<b>H020</b>	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>H021</b>	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada?	SI ..... 1 <b>PASE A H023</b> NO ..... 2
<b>H022</b>	¿Por qué no?	ERA LA PRIMERA VEZ QUE TUVO RELACIONES . 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES ..... 2 USÓ ANTICONCEPTIVOS ..... 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL... 4 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD ..... 5 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA ..... 6 OTRA, Cuál? ..... 8
<b>H023</b>	En la época en la que quedó embarazada, ¿Quería usted tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería hijos?	QUERÍA ENTONCES ..... 1 QUERÍA ESPERAR ..... 2 NO QUERÍA ..... 3
<b>H024</b>	¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ..... 99
<b>H025</b>	¿Qué era para usted esa persona en ese momento?	ESPOSO / COMPAÑERO ..... 1 NOVIO ..... 2 AMIGO ..... 3 FAMILIAR ..... 4 DESCONOCIDO / RECIÉN CONOCIDO ..... 5 PADRASTRO ..... 6 FUE VIOLADA ..... 7 OTRO, Cuál? ..... 8 NO RESPONDE ..... 9

H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA																							
N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS																					
H026	En su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdió antes de que tuviera los 7 meses (aborto), o fue un hijo que nació muerto después de que tuviera los 7 meses (mortinato)?	NACIDO VIVO ..... 1 PÉRDIDA (ABORTO) ..... 2 NACIDO MUERTO ..... 3 AÚN EMBARAZADA..... 4																					
H027	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A H035</b> NUNCA ESTUDIÓ ..... 3 <b>PASE A H035</b>																					
H028	¿Qué grado, curso o año estaba estudiando y en qué nivel de estudios?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>C. ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>1</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>2</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO.....</td> <td>3</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td>4</td> <td>1 2 3 4 5 6+</td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td>1 2 3 4+</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	NINGUNO.....	0	0	C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1 2 3 4 5 6	PRIMARIO.....	2	1 2 3 4 5 6	SECUNDARIO.....	3	1 2 3 4 5 6	SUPERIOR.....	4	1 2 3 4 5 6+	POSTGRADO.....	5	1 2 3 4+
	NIVEL	GRADO																					
NINGUNO.....	0	0																					
C. ALFABETIZACIÓN.....	1	1 2 3 4 5 6																					
PRIMARIO.....	2	1 2 3 4 5 6																					
SECUNDARIO.....	3	1 2 3 4 5 6																					
SUPERIOR.....	4	1 2 3 4 5 6+																					
POSTGRADO.....	5	1 2 3 4+																					
H029	¿Interrumpió sus estudios?	SI ..... 1 NO ..... 2																					
H030	<b>VEA EN H026 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO</b>	YA TERMINÓ..... 1 AÚN EMBARAZADA..... 2 <b>PASE A H035</b>																					
H031	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	SI ..... 1 <b>PASE A H035</b> NO ..... 2																					
H032	¿Por qué no siguió asistiendo?	TENÍA QUE CUIDAR AL NIÑO / NIÑA..... 01 YA NO LE QUEDABA TIEMPO ..... 02 EL NIÑO / NIÑA ERA MUY ENFERMO..... 03 OPOSICIÓN DEL ESPOSO / COMPAÑERO ..... 04 ACOSO SEXUAL..... 05 NO LA ADMITIERON / FUE EXPULSADA..... 06 PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA ..... 07 TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 CAMBIÓ DE RESIDENCIA..... 09 OTRA, Cuál? ..... 88																					
<b>PASE A H035</b>																							
H033	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO..... 222222 <b>PASE A H055</b> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ ..... 333333 NO DESEA CONTESTAR ..... 888888 NS / NR..... 999999																					
H034	¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NS / NR..... 99																					
H035	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? (coito)	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE ÚLTIMO PARTO / EMBARAZO ..... 555 NS / NR..... 999																					
H036	<b>VEA EN H035 HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL:</b>	HACE MENOS DE UN AÑO ..... 1 HACE UN AÑO O MÁS ..... 2 <b>PASE A H048</b>																					

**H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

<b>H037A</b>	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que nadie tendrá acceso a ellas. Si hay alguna pregunta que usted no quiera contestar, por favor me lo dice y pasaremos a la próxima pregunta. <b>PASE A H038</b>			
		<b>ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>
<b>H037B</b>			DÍAS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS...2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS...2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>H038</b>	¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona, usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A H040</b>	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A H040</b>	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A H040</b>
<b>H039</b>	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
<b>H040</b>	¿Cuál es su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales?  SI ES EL "NOVIO/ENAMORADO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/enamorado viviendo con usted cuando tuvo relaciones sexuales?  SI "SÍ", MARQUE "02" SI "NO", MARQUE "03"	ESPOSO..... 01 <b>PASE A H046</b> COMPAÑERO.. 02 <b>PASE A H046</b>  NOVIO/ENAMORADO...03 AMIGO.....04 DESCONOCIDO/ RECIENTE CONOCIDO...05 PARIENTE.....06 TRABAJADOR SEXUAL. 07 OTRO ..... 88	ESPOSO..... 01 <b>PASE A H046</b> COMPAÑERO.. 02 <b>PASE A H046</b>  NOVIO/ENAMORADO...03 AMIGO.....04 DESCONOCIDO/ RECIENTE CONOCIDO...05 PARIENTE.....06 TRABAJADOR SEXUAL. 07 OTRO ..... 88	ESPOSO..... 01 <b>PASE A H046</b> COMPAÑERO.. 02 <b>PASE A H046</b>  NOVIO/ENAMORADO...03 AMIGO.....04 DESCONOCIDO/ RECIENTE CONOCIDO...05 PARIENTE.....06 TRABAJADOR SEXUAL. 07 OTRO ..... 88
<b>H041</b>	¿Desde hace cuanto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LAS ENTREVISTADA. SI SOLAMENTE UNA VEZ, REGISTRE '01' DIAS	DÍAS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>H042F</b>	<b>VERIFIQUE LA EDAD EN H000</b>	MUJER 15-24.....1 MUJER 25-49.....2 <b>PASE A H046</b>	MUJER 15-24.....1 MUJER 25-49.....2 <b>PASE A H046</b>	MUJER 15-24.....1 MUJER 25-49.....2 <b>PASE A H047</b>
<b>H043</b>	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <b>PASE A H046</b> NO SABE.....99	EDAD EN AÑOS... <input type="text"/> <input type="text"/> <b>PASE A H046</b> NO SABE.....99	EDAD EN AÑOS... <input type="text"/> <input type="text"/> <b>PASE A H047</b> NO SABE.....99
<b>H044</b>	¿Esta persona es mayor que usted, más joven que usted, o tiene más o menos la misma edad que usted?	MAYOR..... 1 MAS JOVEN... 2 <b>PASE A H046</b> LA MISMA EDAD 3 <b>PASE A H046</b> NS/NR..... 4 <b>PASE A H046</b>	MAYOR..... 1 MAS JOVEN... 2 <b>PASE A H046</b> LA MISMA EDAD 3 <b>PASE A H046</b> NS/NR..... 4 <b>PASE A H046</b>	MAYOR..... 1 MAS JOVEN... 2 <b>PASE A H047</b> LA MISMA EDAD 3 <b>PASE A H047</b> NS/NR..... 4 <b>PASE A H047</b>
<b>H045</b>	¿Usted diría que esa persona es 10 años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10+ AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3	10+ AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3	10+ AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3
<b>H046</b>	Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 <b>REGRESE A H037B EN PRÓXIMA COLUMNA</b> NO..... 2 <b>PASE A H048</b>	SI..... 1 <b>REGRESE A H037B EN PRÓXIMA COLUMNA</b> NO..... 2 <b>PASE A H048</b>	
<b>H047</b>	En total, ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?			NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....99

**H. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
H048	En total, ¿Con cuántas parejas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda la vida?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NUMERO DE PAREJAS TODA LA VIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ..... 99
H049	<b>REVISE H035: HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL:</b>	HACE MENOS DE UN AÑO ..... 1 HACE UN AÑO O MÁS ..... 2 <b>PASE A H055</b>
H050	<b>REVISE H038: USARON UN CONDON LA ÚLTIMA VEZ CON LA ÚLTIMA PAREJA SEXUAL?</b>	SI ..... 1 <b>PASE A H053</b> NO ..... 2
H051	¿Por qué no usó condones en su última relación sexual?	NO SABE DONDE OBTENERLO ..... 01 DÍFICIL DE OBTENER ..... 02 ES CARO / COSTO ..... 03 TIENE UNA SOLA PAREJA ..... 04 USA (USABA) OTRO MÉTODO ..... 05 DISMINUYE EL PLACER / INCÓMODO ..... 06 NO ES SEGURO ..... 07 ES PARA USARLO FUERA DEL MATRIMONIO ..... 08 SU PAREJA ES FIEL ..... 09 A SU PAREJA NO LE GUSTA ..... 10 NO TENÍA EN ESE MOMENTO ..... 11 POR ESTAR EMBARAZADA ..... 12 NO LO DESEA ..... 13 NUNCA LO HA USADO ..... 14 OTRA, Cuál? ..... 88
H052	Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO TIENE PAREJA / NO CONOCE CONDONES ..... 3 NO SABE ..... 9
<b>PASE A H054</b>		
H053	Hay mujeres que usan el condón para no tener más hijos, para espaciar o posponer los embarazos, y por otras razones como protección contra SIDA y otras infecciones de ITS. ¿Para que lo usó?  <b>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</b>	YA NO QUIERE MAS HIJOS ..... 1 PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS.. 2 PARA PROTECCION DEL SIDA / ITS ..... 3 PARA PROTECCION Y EVITAR EMBARAZOS ..... 4 POR OTRAS RAZONES DE SALUD ..... 5 OTRO, Cuál? ..... 8 NO SABE ..... 9
H054	¿Puede usted negarse a tener sexo con su pareja si Ud. no quiere?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/ NO RESPONDE ..... 9
H055	¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla), por primera vez?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO HA MENSTRUADO TODAVÍA ..... 97 <b>PASE A H061</b>
H056	¿Cuándo eso sucedió, usted sabía lo que es la menstruación o regla?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 NO RESPONDE ..... 9



I. NUPCIALIDAD																																																										
N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS																																																								
I001	Actualmente, ¿Esta Ud. casada o unida?	SI, UNIDA..... 1 PASE A I004 SI, CASADA ..... 2 PASE A I004 NO ESTA CASADA/UNIDA..... 3																																																								
I002	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez, aunque haya sido por poco tiempo?	SI ..... 1 NO (SOLTERA)..... 2 PASE A J001																																																								
I003	¿ Actualmente, ¿Esta Ud. divorciada, separada o es viuda?	DIVORCIADA ..... 1 SEPARADA..... 2 VIUDA ..... 3																																																								
I004	¿En que mes y año se casó o unió (acompañó) Ud. la primera vez?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 99.9999																																																								
I005	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió (acompañó)?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 99																																																								
I006	<b>VEA I001: ¿ACTUALMENTE CASADA O UNIDA?</b>	SI ..... 1 NO ..... 2 PASE A I009																																																								
I007	¿Cuál fue el grado, curso más alto que su esposo o compañero actual aprobó y en que nivel de estudios?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">NIVEL</th> <th colspan="4">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO .....</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIO.....</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIO .....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR/POSTGRADO....</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6+</td> </tr> <tr> <td>ALFABETIZACION.....</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TECNICO .....</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO RECUERDA.....</td> <td>9</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL		GRADO				NINGUNO .....	0	0					PRIMARIO.....	1	1	2	3	4	5 6	SECUNDARIO .....	2	1	2	3	4	5 6	SUPERIOR/POSTGRADO....	3	1	2	3	4	5 6+	ALFABETIZACION.....	4	1	2	3	4		TECNICO .....	5	1	2	3	4		NO RECUERDA.....	9	9				
	NIVEL		GRADO																																																							
NINGUNO .....	0	0																																																								
PRIMARIO.....	1	1	2	3	4	5 6																																																				
SECUNDARIO .....	2	1	2	3	4	5 6																																																				
SUPERIOR/POSTGRADO....	3	1	2	3	4	5 6+																																																				
ALFABETIZACION.....	4	1	2	3	4																																																					
TECNICO .....	5	1	2	3	4																																																					
NO RECUERDA.....	9	9																																																								
I008	¿Trabaja su esposo o compañero actualmente en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma?	SI ..... 1 NO ..... 2																																																								
I009	¿Usualmente, quién toma las decisiones sobre su salud: Ud., su esposo/compañero, Ud. y su esposo/compañero juntos, u otra persona?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 ENTREVISTADA Y ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 OTRA PERSONA ..... 4 OTRA ..... 8																																																								
I010	¿Usualmente, quién decide como se gasta el dinero del hogar?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 ENTREVISTADA Y ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 OTRA PERSONA ..... 4 OTRA ..... 8																																																								
I011	¿Usualmente, quién decide sobre las visitas a su familia o sus parientes?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 ENTREVISTADA Y ESPOSO/COMPAÑERO JUNTOS ..... 3 OTRA PERSONA..... 4 OTRA ..... 8																																																								
I012	En total, ¿Cuántas veces ha estado usted casada o unida?	UNA VEZ..... 1 DOS VECES ..... 2 TRES VECES..... 3 CUATRO O MAS VECES ..... 4																																																								

**J. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
<b>J001</b>	¿Ha oído hablar del VIH/SIDA?	SI.....	1	
		NO.....	2	<b>PASE A J028</b>
<b>J002</b>	¿Piensa Ud. que una persona puede estar infectada del virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	SI.....	1	
		NO.....	2	
		NO SABE.....	9	
<b>J003</b>	¿Existe curación para el SIDA?	SI.....	1	
		NO.....	2	
		NO SABE.....	9	
<b>J004</b>	<p>¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer pueda prevenir infectarse del VIH / SIDA?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EN LA COLUMNA DE LA PREGUNTA J004A MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA FORMA DE PREVENCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA</li> <li>- PARA CADA UNA DE LAS TRES PRIMERAS FORMAS DE PREVENCIÓN QUE NO MENCIONE, APLIQUE LA PREGUNTA J004B. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE CIRCULE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO MARQUE EL CÓDIGO 3.</li> </ul>			
		<b>P. J004A</b>	<b>P. J004B</b> ¿Es posible evitar infectarse del VIH / SIDA al ...?	
		<b>ESPONTÁNEO</b>	<b>DIRIGIDO</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
a.	Tener un solo compañero / fidelidad	1	2	3
b.	Usar condones	1	2	3
c.	No tener relaciones sexuales / abstinencia	1	2	3
d.	No utilizar jeringas usadas por infectados	1		
e.	No usar transfusiones inseguras	1		
f.	No tener sexo oral	1		
g.	No tener relaciones por el ano	1		
h.	No tener relaciones sexuales con desconocidos	1		
i.	No tener relaciones con prostitutas	1		
j.	No tener relaciones con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	1		
k.	No tener relaciones con hombres mujeriegos	1		
l.	Otras, Cuál? _____	1		
<b>J005</b>	¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH / SIDA al ....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>
a.	Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?	1	2	9
b.	Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2	9
c.	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?	1	2	9
d.	Trabajar con una persona que tiene SIDA?	1	2	9
<b>J006</b>	Puede ser transmitido el virus que causa el SIDA de una madre infectada al hijo:	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>
a.	Durante el embarazo?	1	2	9
b.	Durante el parto?	1	2	9
c.	Durante la lactancia (cuando da pecho?)	1	2	9

**J. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>J007</b>	<b>VEA PREGUNTA J006:</b>	AL MENOS UN 'SI' ..... 1 OTRO ..... 2 <b>PASE A J009</b>
<b>J008</b>	¿Conoce Ud. si existen medicinas especiales que un doctor o una enfermera pueden dar a una mujer infectada con el virus del SIDA para reducir el riesgo de transmisión al bebé?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9
<b>J009</b>	¿Ha oído Ud. hablar de las medicinas antiretrovirales especiales que los médicos recetan a la gente infectada por el virus del SIDA para ayudarles a vivir más tiempo?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9
<b>J010</b>	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH / SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J012</b> NO SABE ..... 9
<b>J011</b>	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene algún riesgo?	SU PAREJA TIENE MÁS PAREJAS ..... 01 SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA ..... 02 NO SABE CÓMO PROTEGERSE ..... 03 SU PAREJA RECHAZA EL CONDÓN ..... 04 YA HA TENIDO ITS ..... 05 ELLA TIENE MÁS DE UNA PAREJA ..... 06 POR SER TRABAJADORA DEL SEXO ..... 07 NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES ..... 08 NO SABE CON QUIEN SE JUNTA ..... 09 SU PAREJA ES VICIOSA (ALCOHOL / DROGA) ..... 10 OTRA, Cuál? ..... 88 NS / NR ..... 99
<b>PASE A J013</b>		
<b>J012</b>	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que no tiene riesgo?	NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS ..... 01 USA EL CONDÓN ..... 02 USA OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO ..... 03 TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL ..... 04 CONOCE BIEN A SU PAREJA ..... 05 NO TIENE PAREJA SEXUAL ..... 06 NO TIENE RELACIONES SEXUALES ..... 07 NO ES TRABAJADORA DEL SEXO ..... 08 NO USA DROGA ..... 09 NO LE HAN HECHO TRANSFUSIONES ..... 10 OTRA, Cuál? ..... 88 NS / NR ..... 99
<b>J013</b>	<b>VEA PREGUNTA D000:</b>	ULTIMO NACIDO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ..... 1 NUNCA HA TENIDO UN NACIMIENTO ..... 2 <b>PASE A J021</b> ULTIMO NACIDO HACE MAS DE 5 AÑOS: ..... 3 <b>PASE A J021</b>
<b>J014</b>	<b>VEA PREGUNTA D016: EL ULTIMO NACIDO...</b>	RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL ..... 1 NO RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL ..... 2 <b>PASE A J021</b>
<b>J015</b>	Durante cualquier visita prenatal en su ultimo embarazo, ¿Le ofrecieron la prueba o examen del VIH / SIDA como parte de su atención prenatal?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J021</b>
<b>J016</b>	No quiero saber los resultados, pero ¿Le hicieron la prueba o examen del VIH / SIDA como parte de su atención prenatal?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J021</b>
<b>J017</b>	No quiero saber los resultados, pero ¿Ud. recibió los resultados de la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2

## J. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>J018</b>	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP ..... 1 ESTABLECIMIENTOS DE SEGURO SOCIAL ..... 2 HOSPITAL DE FFAA / POLICÍA ..... 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA ..... 4 CRUZ ROJA ..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál? ..... 6 OTRA, Cuál? ..... 8
<b>J019</b>	¿Se ha hecho la prueba o examen del VIH / SIDA después de que tuvo su niño?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J027</b>
<b>J020</b>	¿Hace cuánto tiempo se la hizo por última vez?	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 999
<b>PASE A J027</b>		
<b>J021</b>	No quiero saber los resultados, pero en toda su vida, ¿Le han hecho la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J025</b>
<b>J022</b>	¿Hace cuánto tiempo se la hizo por última vez?	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 999
<b>J023</b>	No quiero saber los resultados, pero ¿Ud. recibió los resultados de la prueba o examen del VIH / SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2
<b>J024</b>	¿Dónde se la hizo?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP ..... 1 ESTABLECIMIENTOS DEL SEGURO SOCIAL ..... 2 HOSPITAL DE FFAA / POLICÍA ..... 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA ..... 4 CRUZ ROJA ..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál? ..... 6 OTRA, Cuál? ..... 8
<b>PASE J027</b>		
<b>J025</b>	¿Conoce algún lugar en el que se puede conseguir la prueba o examen del VIH/SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A J027</b>
<b>J026</b>	¿Dónde se puede conseguir la prueba o examen del VIH/SIDA?	ESTABLECIMIENTOS DEL MSP ..... 1 ESTABLECIMIENTOS DEL SEGURO SOCIAL ..... 2 HOSPITAL DE FFAA / POLICÍA ..... 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA ..... 4 CRUZ ROJA ..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál? ..... 6 OTRA, Cuál? ..... 8

## J. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
<b>J027</b> Pensando en lo que pudiera suceder en ( <b>NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO</b> ):				
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS / NR</b>
a.	Si un pariente suyo se enfermara de SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?	1	2	9
b.	Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA, ¿Le compraría usted a él?	1	2	9
c.	Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1	2	9
d.	En caso que una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA, ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	1	2	9
e.	Si un niño está infectado con el virus del SIDA, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?	1	2	9
<b>J028</b>	<b>VEA PREGUNTA J001: PARA VER SI HA OIDO HABLAR DE VIH/SIDA:</b>	SI .....		1
		NO .....		2 <b>PASE A J030</b>
<b>J029</b>	¿Aparte de SIDA, ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI .....		1
		NO .....		2
<b>PASE J031</b>				
<b>J030</b>	¿Ud. ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI .....		1
		NO .....		2
<b>J031</b>	<b>VEA PREGUNTAS H010 y H011 (MUJERES 15-24) O H033 Y H034 (MUJERES 25-49) PARA VER SI HA TENIDO RELACIONES SEXUALES:</b>	SI .....		1
		NO .....		2 <b>PASE A K000</b>
<b>J032</b>	<b>VEA PREGUNTA J029 O J030 PARA VER SI CONOCE ITS:</b>	SI .....		1 <b>PASE A J033A</b>
		NO .....		2 <b>PASE A J033B</b>
<b>J033A</b>	¿De cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar? <b>ENTREVISTADORA:</b> - EN PREGUNTA J033A MARQUE EL CÓDIGO 1 PARA CADA INFECCIÓN QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE LA ENTREVISTADA. - PARA CADA UNA DE LAS INFECCIONES QUE NO MENCIONE, HAGA LA PREGUNTA J033B. SI LA ENTREVISTADA RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARQUE EL CÓDIGO 2. CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÓDIGO 3			
	<b>INFECCIÓN</b>	<b>P. J033A</b>	<b>P.J033B ¿Ha oído hablar de ..... (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)</b>	
		<b>ESPONTÁNEO</b>	<b>DIRIGIDO</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
a.	Sífilis (chancro)?	1	2	3
b.	Gonorrea (purgación)?	1	2	3
c.	Herpes Genital?	1	2	3
d.	Condilomas (verrugas)?	1	2	3
e.	Chlamydia?	1	2	3
f.	Hepatitis B?	1	2	3
g.	Virus de Papiloma humano?	1	2	3
h.	Tricomoniasis?	1	2	3
i.	Candidiasis?	1		
j.	Leucorrea (flujos)?	1		
k.	Otras, Cuáles? _____	1		

**J. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)**

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>J034</b>	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos meses. ¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad adquirida mediante contacto sexual (venérea) durante los últimos 12 meses?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/ NO RESPONDE ..... 8
<b>J035</b>	¿En los últimos 12 meses ha experimentado ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/ NO RESPONDE ..... 8
<b>J036</b>	¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en sus genitales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/ NO RESPONDE ..... 8
<b>J037</b>	<b>VEA PREGUNTAS J034, J035, Y J036:</b>	AL MENOS UN 'SI' ..... 1 NINGUN 'SI' ..... 2 <b>PASE A K000</b>
<b>J038</b>	La ultima vez que Ud. tuvo (PROBLEMA J034, J035 O J036), ¿Buscó consejo y/o tratamiento?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A K000</b>
<b>J039</b>	¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento la última vez?	UNIDADES DEL MSP ..... 1 UNIDADES DEL SEGURO SOCIAL ..... 2 HOSPITAL DE FFAA / POLICÍA ..... 3 HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA ..... 4 CRUZ ROJA ..... 5 CLÍNICA DE ONG, Cuál? ..... 6 OTRA, Cuál? ..... 8

## K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>K000</b>	<b>OBSERVE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, NO CONTINUE HASTA QUE LA ENTREVISTADA ESTÉ COMPLETAMENTE SOLA.</b>	<b>PRIVACIDAD OBTENIDA ENTREVISTADA SOLA..... 1</b> <b>PRIVACIDAD IMPOSIBLE, DESPUÉS DE INTENTAR OBTENER PRIVACIDAD, NO DEJAN SOLA A ENTREVISTADA..... 2 PASE A L000</b>
<b>K001.</b>	En esta comunidad y en otras, la gente tiene diferentes ideas sobre la familia y sobre lo que es un comportamiento aceptable tanto para el hombre como para la mujer. Por favor, dígame si por lo general usted está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:	<b>SI      NO      NO SABE</b>
<b>A</b>	Una buena esposa debe obedecer a su esposo	A. ESPOSA OBEDECER      1      2      9
<b>B</b>	Los problemas familiares deben ser conversados solamente con personas de la familia	B. CONVERSAR SOLO FAMILIA      1      2      9
<b>C</b>	El hombre tiene que mostrar a su esposa/pareja quién es el jefe	C. MOSTRAR QUIEN ES EL JEFE      1      2      9
<b>D</b>	Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera	D. RELACIONES SEXUALES OBLIGACION      1      2      9
<b>E</b>	Si el hombre maltrata a su esposa, otras personas que no son de la familia deben intervenir	E. OTRAS PERSONAS DEBEN INTERVENIR      1      2      9
<b>K002.</b>	<b>En su opinión, un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa si :</b>	<b>SI      NO      NO SABE</b>
<b>A</b>	¿Ella no cumple sus quehaceres domésticos a la satisfacción del esposo?	A. QUEHACERES      1      2      9
<b>B</b>	¿Ella lo desobedece?	B. DESOBEDECE      1      2      9
<b>C</b>	¿Ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	C. NIEGA SEXO      1      2      9
<b>D</b>	¿Ella le pregunta si él es infiel?	D. EL INFIEL      1      2      9
<b>E</b>	¿El descubre que ella le es infiel?	E. DESCUBRE INFIEL      1      2      9
<b>Ahora, tengo algunas preguntas sobre su niñez.</b>		
<b>K003</b>	Pensando en su niñez, antes que Ud. cumpliera 15 años, ¿Alguna vez vió o escuchó a su padre o padrastro maltratar físicamente a su madre o madrastra?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9
<b>K004</b>	Antes que Ud. cumpliera 15 años, ¿Ud. fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9
<b>K005</b>	Y después que Ud. cumplió 15 años hasta ahora, ¿Ud. fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A K007</b>
<b>K006</b>	¿Quién le golpeó o maltrató físicamente desde que Ud. cumplió 15 años de edad?  ¿Y alguien mas?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	PADRE ..... 1 MADRE ..... 2 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 3 EX -ESPOSO/ EX -COMPAÑERO ..... 4 HERMANO ..... 5 HERMANA ..... 6 PADRASTRO/MADRASTRA ..... 7 NOVIO/ EX -NOVIO ..... 8 OTRO FAMILIAR ..... 9 DESCONOCIDO ..... 10 OTRO ..... 88 (ESPECIFIQUE)
<b>K007</b>	<b>VERIFICAR PREGUNTAS I001 Y I002, SI ESTA ACTUAL O ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA CONVIVIENDO CON PAREJA</b>	ALGUNA VEZ CASADA/UNIDA ..... 1  SOLTERA (NUNCA CASADA/UNIDA) ..... 2 <b>PASE A K029A</b>

## K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
<p><i>Cuando dos personas se casan o viven juntas, por lo general comparten buenos y malos momentos. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre cómo su esposo/pareja (ex-esposo, ex-pareja) la trata (trataba). Me gustaría asegurarle que sus respuestas serán mantenidas con total discreción, y que no tendrá que responder ninguna pregunta que no desee.</i></p>					
<b>K008</b>	Durante los últimos 12 meses de su unión, ¿con qué frecuencia ve Ud. (vio Ud.) a su esposo/pareja (ex – esposo, ex –pareja) tomado o borracho? ¿Diría Ud. que todos o casi todos los días, una o dos veces por semana, 1-3 veces al mes, ocasionalmente, o nunca?	TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS.....	1		
		UNA O DOS VECES POR SEMANA.....	2		
		1-3 VECES AL MES.....	3		
		OCASIONALMENTE (MENOS DE 1 VEZ AL MES).....	4		
		NUNCA .....	5		
		NO SABE .....	9		
<b>K009.</b>	Ahora le voy a preguntar sobre algunas situaciones que les ocurren a muchas mujeres. Pensando en su esposo/pareja (ex-esposo, ex-pareja), diría usted que en general es (era) cierto que:		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>A</b>	¿El trata de impedir que vea a sus amistades?	A. VER AMISTADES	1	2	
<b>B</b>	¿El trata de restringir el contacto con su familia?	B. CONTACTAR FAMILIA	1	2	
<b>C</b>	¿El insiste en saber dónde está usted en todo momento?	C. SABER DONDE ESTA	1	2	
<b>D</b>	¿Se molesta si usted habla con otro hombre?	D. HABLA CON OTRO	1	2	
<b>E</b>	¿Sospecha a menudo que usted le es infiel?	E. SOSPECHA INFIEL	1	2	
<b>F</b>	¿Exige que usted le pida permiso antes de buscar atención para su salud?	F. PERMISO BUSCAR	1	2	
<b>G</b>	¿Le amenaza con quitarle la ayuda económica para la casa o echarla de la casa?	G. AYUDA ECONOMICA	1	2	
<b>H</b>	¿Le ha destruido sus cosas personales?	H. DESTRUIDO SUS COSAS	1	2	
<p><i>Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le ocurren a muchas mujeres y que le pueden haber pasado a usted con su pareja actual o con cualquier otra pareja que usted haya tenido.</i></p>					
<b>K010.</b>	Quisiera que me diga si alguna vez en su vida su esposo/pareja actual o cualquier otra pareja, le ha hecho alguna de las siguientes cosas:	<b>K010A</b> (SI LA RESPUESTA ES 'SI' PASE A K010B)	<b>K010B</b> ¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses?		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>A</b>	¿La ha insultado o la ha hecho sentir mal con Ud. misma?...	1	2 ↓	1	2
<b>B</b>	¿La ha menospreciado o humillado frente a otras personas?...	1	2 ↓	1	2
<b>C</b>	¿Él ha hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como la grita o rompiendo cosas)?.....	1	2 ↓	1	2
<b>D</b>	¿La ha amenazado con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa?.....	1	2 ↓	1	2
<b>K011.</b>	Quisiera que me diga si alguna vez en su vida su esposo/pareja actual o cualquier otra pareja, le ha hecho alguna de las siguientes cosas:	<b>K011A</b> (SI LA RESPUESTA ES 'SI' PASE A K010B)	<b>K011B</b> ¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses?		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>A</b>	¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?	1	2 ↓	1	2
<b>B</b>	¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?.	1	2 ↓	1	2
<b>C</b>	¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?	1	2 ↓	1	2
<b>D</b>	¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?.....	1	2 ↓	1	2
<b>E</b>	¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?..	1	2 ↓	1	2
<b>F</b>	¿Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?.	1	2 ↓	1	2

### K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
<b>K012.</b>	Con él o alguna otra pareja alguna vez en su vida ...	<b>K012A</b> (SI LA RESPUESTA ES 'SI' PASE A K010B)		<b>K012B</b> ¿Esto ha pasado en los últimos 12 meses?	
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>A</b>	¿La obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: A desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o hacer cualquier otro acto sexual que usted no quiso?..	1	2 ↓	1	2
<b>B</b>	¿La obligó o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación)?.	1	2 ↓	1	2
<b>K013</b>	<b>VERIFICAR PREGUNTAS K011A Y K012A, SI TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL</b>  (CUALQUIERA K011A O K012A = 1)	<b>SI, TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL ..... 1</b>  <b>NO, NUNCA TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL ..... 2 PASE A K016</b>			
<b>K014</b>	¿Durante las veces que usted fue agredida física o sexualmente, alguna vez respondió Ud. físicamente (aún para defenderse)?	SI.....		1	
		NO.....		2	
<b>K015</b>	¿Alguna vez usted golpeó o maltrató físicamente a su esposo/pareja cuando él no la estaba golpeando o maltratado físicamente?	SI.....		1	
		NO.....		2	
<b>K016</b>	<b>VERIFICAR PREGUNTAS K011B Y K012B, SI TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO</b>  (CUALQUIERA K011B O K012B = 1)	<b>SI, TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ULTIMO AÑO ..... 1</b>  <b>NO, NUNCA TUVO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL EN EL ULTIMO AÑO..... 2 PASE A K029A</b>			
<b>Ahora, quisiera hacerle unas preguntas sobre la violencia que Ud. sufrió durante el último año.</b>					
<b>K017</b>	¿Cuáles son las situaciones particulares que ponen/ponían violento a su esposo / pareja  ¿Alguna otra situación?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	NO HUBO RAZON.....		01	
		CUANDO EL ESTA BORRACHO O DROGADO.....		02	
		PROBLEMAS DE DINERO.....		03	
		PROBLEMAS CON SU TRABAJO.....		04	
		CUANDO ÉL ESTÁ DESEMPLEADO.....		05	
		CUANDO NO HAY COMIDA EN CASA.....		06	
		PROBLEMAS CON LA FAMILIA DE ELLA O DE ÉL ...		07	
		CUANDO ELLA ESTÁ EMBARAZADA.....		08	
		ÉL ESTÁ CELOSO DE ELLA.....		09	
		ELLA SE NIEGA A TENER SEXO.....		10	
		ELLA DESOBEDECE.....		11	
		ELLA LE RECLAMA.....		12	
		OTRO _____.....		88	
		(ESPECIFIQUE)			
<b>K018.</b>	Como consecuencia de la violencia, ¿usted ha quedado con:	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
<b>A</b>	¿Dolores de cabeza o en el cuerpo?	A. DOLORES.....	1		2
<b>B</b>	¿Ansiedad o angustia tal que no podía cumplir con sus deberes?	B. ANSIEDAD O ANGUSTIA.....	1		2
<b>C</b>	¿Miedo a que la persona le vuelva a agredir?	C. MIEDO QUE LE VUELVA.....	1		2
<b>K019</b>	Como consecuencia de la violencia, ¿usted faltó días de trabajo o no pudo realizar sus actividades que generan ingresos?	SI.....		1	
		NO.....		2	
<b>K020</b>	Durante el último año, ¿Usted fue lesionada como resultado de la violencia/abuso de su(s) esposo(s) o pareja(s)? Como por ejemplo, ¿Usted recibió cortes, torceduras, heridas en el tímpano o en los ojos, u otros tipos de lesiones?	SI.....		1	
		NO.....		2	<b>PASE A K024</b>

### K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
<b>K021</b>	¿Qué tipo(s) de lesión(es) sufrió?  ¿Alguna otra lesión?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	ARUÑONES, ROZONES, MORETONES ..... 01 CORTADURAS, PUYONES, MORDEDURAS ... 02 TORCEDURAS, DECOMPOSTURAS..... 03 HERIDAS GRANDES, CORTADURAS, PROFUNDAS CUCHILLADAS ..... 04 FRACTURAS (HUESOS ROTOS)..... 05 TIMPANO ROTO, HERIDAS EN LOS OJOS .... 06 QUEMADURAS ..... 07 DIENTES ROTOS O QUEBRADOS..... 08 OTRO ..... 88 (ESPECIFIQUE)			
<b>K022</b>	¿Usted recibió asistencia médica para su lesión(es)?	SI..... 1			
		NO..... 2	<b>PASE A K024</b>		
<b>K023</b>	¿Le dijo al trabajador de salud la causa real de su lesión?	SI..... 1			
		NO..... 2			
<b>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que ocurre cuando su pareja es/fue violento durante el último año.</b>					
<b>K024.</b>	¿Le ha contado a alguien sobre la situación de violencia que ha sufrido?  <b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿A quién?</b>  ¿A alguien mas?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	NO / NADIE..... 01 <b>PASE A K028</b> AMISTADES ..... 02 PADRES ..... 03 HERMANO O HERMANA..... 04 TÍO O TÍA..... 05 FAMILIA DE ESPOSO/PAREJA..... 06 HIJOS ..... 07 VECINOS..... 08 POLICIA..... 09 HOSPITAL / SERVICIOS DE SALUD..... 10 JUZGADO / ASESORIA LEGAL ..... 11 IGLESIA / LIDER RELIGIOSO..... 12 PROCURADURIA /FISCALIA..... 13 ONG / ORGANIZACIÓN PARA LA MUJER ..... 14 LIDER LOCAL..... 15 OTRO ..... 88 (ESPECIFIQUE)			
<b>K025.</b>	¿Usted acudió a algunos de los siguientes lugares a pedir ayuda?	<b>K025 (SI LA RESPUESTA ES 'SI' PASE A K026)</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>K026</b> ¿Se sintió satisfecha con la ayuda que le brindaron? SI                      NO                      NA	
<b>A</b>	Policía	1	2 ↓	1      2      3	
<b>B</b>	Hospital o servicios de salud	1	2 ↓	1      2      3	
<b>C</b>	Asesoría legal/ bufete jurídico	1	2 ↓	1      2      3	
<b>D</b>	Juzgado	1	2 ↓	1      2      3	
<b>E</b>	Iglesia	1	2 ↓	1      2      3	
<b>F</b>	Procuraduría / Fiscalía	1	2 ↓	1      2      3	
<b>G</b>	Casa refugio/albergue	1	2 ↓	1      2      3	
<b>H</b>	Líder local	1	2 ↓	1      2      3	
<b>I</b>	ONG, u organización de mujer: ¿Cuál era la organización? (Por ejemplo: <b>[NOMBRE DE ORGANIZACIONES LOCALES]</b> ) ESPECIFIQUE	1	2 ↓	1      2      3	
<b>J</b>	¿Algún otro lugar? ¿Dónde? ESPECIFIQUE	1	2 ↓	1      2      3	
<b>K027</b>	<b>VERIFICAR PREGUNTA K025, SI ACUDIÓ A ALGUN LUGAR A PEDIR AYUDA (CUALQUIERA K025= 1)</b>	SI ..... 1	<b>PASE A K029A</b>		
		NO ..... 2			

### K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>K028</b>	¿Por qué no acudió a nadie o a ningún servicio?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	NO CONFÍA EN NADIE..... 01 NO SABÍA DONDE IR ..... 02 TEMOR A AMENAZAS/ CONSECUENCIAS/ MÁS VIOLENCIA..... 03 VIOLENCIA NORMAL/NO ERA GRAVE..... 04 VERGÜENZA ..... 05 TEMOR A QUE NO LE CREYERAN O A SER REPROBADA ..... 06 CREIA QUE NO LE AYUDARIAN/ SABE DE OTRA MUJER QUE NO FUE AYUDADA ..... 07 TEMOR A QUE SE TERMINARA LA RELACION.... 08 TEMOR A PERDER A LOS HIJOS ..... 09 TEMOR A MANCHAR EL NOMBRE DE LA FAMILIA. 10 OTRO _____ ..... 88 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RESPONDE ..... 99

*Muchas mujeres han experimentado otros tipos de violencia por parte de parientes, conocidos, y/o desconocidos. Me gustaría hacerle breves preguntas sobre algunas de estas situaciones. Todo lo que Usted diga se mantendrá en secreto.*

<b>K029A</b>	Alguna vez en su vida, ¿Alguien la obligó o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando Ud. no lo quiso?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>PASE A K034</b> NO RECUERDA ..... 8 <b>PASE A K034</b> NO RESPONDE ..... 9 <b>PASE A K034</b>
<b>K029B</b>	<b>ENTREVISTADORA:                      VEA A LA PREGUNTA K012B SI HUBO SEXO FORZADO DEL ESPOSO O PAREJA</b>	SI ..... 1 <b>CORRIGA K029A Y CONTINUE</b> NO ..... 2 <b>PASE K034</b>
<b>K030</b>	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NO RECUERDA/ NO RESPONDE ..... 99
<b>K031</b>	¿Quién o quienes la han obligado a tener relaciones sexuales?  ¿Y alguien más?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	ESPOSO / COMPAÑERO ..... 01 EX-ESPOSO / EX-COMPAÑERO ..... 02 PADRE ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANO ..... 05 TÍO..... 06 PRIMO ..... 07 MAESTRO ..... 08 NOVIO / EX-NOVIO ..... 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN ..... 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO ..... 11 LIDERES RELIGIOSOS ..... 12 DESCONOCIDO ..... 13 OTRO, Quién? _____ ..... 88 (ESPECIFIQUE)
<b>K032</b>	Cuando eso le pasó por primera vez, ¿pidió ayuda a alguien?	SI ..... 1 <b>PASE A K034</b> NO ..... 2 NO RECUERDA/ NO RESPONDE ..... 9 <b>PASE A K034</b>

### K. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA FAMILIAR

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
<b>K033</b>	¿Cuál fue la razón/las razones por la que no pidió ayuda?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	TENÍA MIEDO DE REPRESALIA ..... 1 TENÍA VERGÜENZA ..... 2 NO SABE DONDE ACUDIR ..... 3 CREE QUE PUEDE SOLUCIONAR SOLA..... 4 PENSÓ QUE NO LE IBAN A CREER..... 5 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LA VAN A AYUDAR..... 6 OTRA, Cuál?..... 8 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RESPONDE..... 9
<b>K034</b>	¿Y alguien la obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o hacer cualquier otro acto sexual que Usted no quiso?	SI..... 1 NO..... 2 <b>PASE A L000</b> NO RECUERDA/ NO RESPONDE ..... 9 <b>PASE A L000</b>
<b>K035</b>	¿Qué edad tenía usted cuando le pasó eso por primera vez?	AÑOS ..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NO RECUERDA/ NO RESPONDE ..... 99
<b>K036</b>	¿Quién o quienes la han obligado?  ¿Y alguien más?  <b>MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</b>	ESPOSO / COMPAÑERO ..... 01 EX-ESPOSO / EX-COMPAÑERO ..... 02 PADRE..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANO..... 05 TÍO ..... 06 PRIMO ..... 07 MAESTRO ..... 08 NOVIO / EX-NOVIO ..... 09 PATRÓN / HIJO DEL PATRÓN ..... 10 VECINO / AMIGO / CONOCIDO..... 11 LIDERES RELIGIOSOS..... 12 DESCONOCIDO ..... 13 OTRO, Quién?..... 88 (ESPECIFIQUE)

**L. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD**

<b>L000</b>	VEA EN LA PREGUNTA C025 CUÁNTOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD TIENE LA ENTREVISTADA QUE ESTÉN VIVOS Y ANOTE EL TOTAL	HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNO..... 00 <b>PASE L014</b>
-------------	---	---

**ENTREVISTADORA:**  
 REVISE TODA LA PREGUNTA C025 E IDENTIFIQUE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD Y ANÓTELOS AL PRINCIPIO DE CADA COLUMNA. LOS RESPECTIVOS NÚMEROS DE LÍNEA ANÓTELOS EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA L001. COMENZANDO EN LA PRIMERA COLUMNA CON EL DE MENOR EDAD QUE ESTÉ VIVO. TAMBIÉN TRASLADÉ LA EDAD EN AÑOS DE CADA HIJO (C025) EN LOS ESPACIOS A LA ALTURA DE LA PREGUNTA L002. LUEGO, LÉALE A LA ENTREVISTADA: *“Ahora vamos a hablar unos momentos de la educación de su(s) hijo(s)”*.

PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
<b>L001.</b> No. DE LINEA NOMBRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>L002.</b> EDAD (años)	<input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS				
<b>L003.</b> ¿Asistió alguna vez (NOMBRE) a Kinder (o Primero de básica)?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>P. L005</b>				
<b>L004.</b> ¿Cuántos años cumplidos tenía cuando comenzó Kinder?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NR..... 99				
<b>L005.</b> ¿Antes del año escolar 2010, ha asistido (NOMBRE) al primer grado (o segundo de básica)?	SI ..... 1 NO..... 2 <b>SIG.COL.</b> NS/NR..... 9 <b>SIG.COL.</b>	SI ..... 1 NO..... 2 <b>P.L014</b> NS/NR..... 9 <b>P.L014</b>			
<b>L006.</b> ¿Cuántos años cumplidos tenía cuando comenzó este grado?	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NR..... 99				
<b>L007.</b> A que nivel y grado asistió en el año escolar 2010?	Nivel <input type="text"/> Grado <input type="text"/> Ninguno..... 00 <b>P. L010</b> NS/NR..... 99 <b>SIG.COL.</b>	Nivel <input type="text"/> Grado <input type="text"/> Ninguno..... 00 <b>P. L010</b> NS/NR..... 99 <b>SIG.COL.</b>	Nivel <input type="text"/> Grado <input type="text"/> Ninguno..... 00 <b>P. L010</b> NS/NR..... 99 <b>SIG.COL.</b>	Nivel <input type="text"/> Grado <input type="text"/> Ninguno..... 00 <b>P. L010</b> NS/NR..... 99 <b>SIG.COL.</b>	Nivel <input type="text"/> Grado <input type="text"/> Ninguno..... 00 <b>P. L010</b> NS/NR..... 99 <b>SIG.COL.</b>
<b>L008.</b> ¿Asiste a una escuela pública o privada?	Pública..... 1 Privada..... 2				
<b>L009.</b> ¿Estaba repitiendo grado (NOMBRE) en el año escolar 2010?	SI..... 1 NO ..... 2				
	<b>PASE A L013</b>				

**L. ASISTENCIA ESCOLAR DE LOS HIJOS DE 5 A 16 AÑOS DE EDAD**

PREGUNTAS	ÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	PENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	ANTEPENÚLTIMO DE 5 A 16 AÑOS	CUARTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS	QUINTO ANTERIOR DE 5 A 16 AÑOS
<b>L010.</b> ¿Cuál es el nivel y grado más alto de estudio que ha aprobado (NOMBRE)?	Nivel <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Ninguno..... 00				
<b>L011.</b> ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR..... 99				
<b>L012.</b> ¿Por qué razón abandonó la escuela o colegio (dejó de estudiar)?	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál ..... 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál ..... 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál ..... 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál ..... 88 NS / NR..... 99	Discapacidad física/ Mental..... 01 Problemas familiares..... 02 Problemas económicos... 03 Problemas en la escuela... 04 Ya no había grado..... 05 Tenía que trabajar..... 06 Muy lejos..... 07 Por bajo rendimiento..... 08 Cambio de domicilio..... 09 Ya no quiso/no le gustó... 10 Otra, Cuál ..... 88 NS / NR..... 99
<b>L013.</b> ¿Cuántas veces ha repetido (repitió) grado desde que comenzó la escuela a estudiar el primer grado?	VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNA..... 00				

**CÓDIGO DE NIVELES:**

KINDER / 1ro. De BÁSICA / JARDÍN..... 7  
 PRIMARIO ..... 1  
 SECUNDARIO..... 2  
 SUPERIOR ..... 3

Básico	Nivel	Grado
<b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>		
1	7	7
2	1	1
3	1	2
4	1	3
5	1	4
6	1	5
7	1	6
8	2	1
9	2	2
10	2	3
<b>EDUCACIÓN MEDIA</b>		
1	2	4
2	2	5
3	2	6

<b>L014</b>	ESCRIBA LA HORA FINAL	HORAS	<input type="text"/> <input type="text"/>
		MINUTOS	<input type="text"/> <input type="text"/>

