|  |
| --- |
| MICS logo ALLCUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS*[nombre del país]* |
|  |
| PANEL DE INFORMACIÓN de NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS uf |
| Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o personas encargadas (ver columna HL9 del Listado del Hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del Listado del Hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.  |
| UF1. Número de conglomerado: | UF2. Número de hogar: |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  |  \_\_\_ \_\_\_  |
| UF3. Nombre del niño/la niña: | UF4. Número de línea del niño/ la niña :  |
| Nombre  | \_\_\_ \_\_\_  |
| UF5. Nombre de la madre/persona encargada: | UF6. Número de línea de la madre/persona encargada:  |
| Nombre  | \_\_\_ \_\_\_  |
| UF7. Nombre y número del entrevistadora: | UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: |
| Nombre \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado:Somos de (afiliación específica del país). Estamos trabajando en un proyecto sobre salud familiar y educación. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente (cantidad) minutos. Toda la información que nos proporcione será estrictamente confidencial y las respuestas que nos proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto.  | *Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea lo siguiente:*Me gustaría hablarle ahora sobre la salud de (nombre del niño/niña de UF3) y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente (cantidad) minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y las respuestas que nos proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto. |
|  ¿Puedo comenzar ahora? * Sí, se concede el permiso ⇨ *Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista*.
* No, no se concede permiso ⇨ Complete UF9. Discuta el resultado con su supervisor
 |

|  |  |
| --- | --- |
| UF9. Resultado de la entrevista de niños(as) menores de 5 años  Los códigos se refieren a la madre/persona encargada. | Completada 01Ausente 02Rechazo 03Incompleta 04Incapacitada 05Otro (especifique) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| UF10. Editado en campo por (Nombre y número):Nombre \_\_\_ \_\_\_ | UF11. Digitado por (nombre y número):Nombre \_\_\_ \_\_\_ |
| UF12. *Anote la hora.* | Hora y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |
| --- |
| EDAD AG |
| AG1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud de (nombre), ¿En qué mes y año nació (nombre)?*Indague:*¿Cuándo es su cumpleaños?Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también registre el día; de lo contrario, circule 98 para el día.Debe anotar el mes y el año. | Fecha de nacimientoDía \_\_ \_\_  No sabe día 98 Mes \_\_ \_\_  Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  |  |
| AG2. ¿Cuántos años tiene (nombre)?Indague: ¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños?Anote la edad en años completos.Anote ‘0’ si tiene menos de 1 año.Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.  | Edad (en años completos) \_\_  |  |

|  |
| --- |
| REGISTRO DEL NACIMIENTO BR |
| BR1. ¿Tiene un certificado de nacimiento de (nombre)?Si responde que sí, pregunte ¿Puedo verlo? | Sí, visto 1Sí, no visto 2No 3No sabe 8 | 1⇨Siguiente módulo2⇨Siguiente módulo |
| BR2. ¿Ha sido registrado el nacimiento de (nombre) ante las autoridades civiles? | Sí ………………………………………………1No 2No sabe 8 | 1⇨Siguiente módulo |
| BR3. ¿Sabe cómo registrar el nacimiento de su hijo/a? | Sí….. 1No 2 |  |

|  |
| --- |
| DESARROLLO temprano Infantil eC |
| EC1. ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (nombre)?  | Ninguno 00Número de libros de niños 0 \_\_Diez o más libros 10 |  |
| EC2. Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (nombre) juega cuando está en casa.  ¿Juega con:[A] juguetes caseros (tales como muñecas, autos u otros juguetes hechos en casa)?[B] juguetes de una tienda o fabricados?[C] objetos del hogar (como cuencos u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar (como palos, piedras, conchas de animales u hojas)? Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño.  |  Sí No NSJuguetes caseros………….....1 2 8Juguetes de tienda……………1 2 8Objetos del hogar uobjetos del exterior …………...1 2 8  |  |
| EC3. A veces los adultos que cuidan a los niños tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos y deben dejar a los niños en casa.  ¿Cuántos días en la última semana dejó a (nombre): [A] solo durante más de una hora?[B] al cuidado de otro niño(a), es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora? Si la respuesta es ‘ningún día’ escriba’ 0’. Si la respuesta es ‘no sé’ escriba’ 8’ | Número de días que lo dejó solo durante más de una hora \_\_Número de días que lo dejó a cargo de otro niño durante más de una hora \_\_ |  |
| EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a🞎 Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇨ Continúe con EC5🞎 Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇨ Pase al módulo siguiente |
| EC5. ¿asiste (nombre) a algún programa de aprendizaje organizado o de aprendizaje temprano, tal como una institución privada o del gobierno, incluyendo jardín infantil o cuidado infantil comunitario? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨EC78⇨EC7 |
| EC6. En los últimos siete días, ¿Aproximadamente cuántas horas asistió (nombre)? | Número de horas \_\_ \_\_ |  |
| EC7. En los pasados 3 días, ¿Ud. o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (nombre): Si “SI”, pregunte:¿Quién participó en esta actividad con (nombre)?  Circule todas las opciones que aplican. |  |  |
|  | Madre | Padre | Otro | Nadie |  |
|  [A] Leyó libros a (nombre) o miró los dibujos de un libro con (nombre)? | Leyó libros | A | B | X | Y |  |
|  [B] Contó cuentos a (nombre) ? | Contó cuentos | A | B | X | Y |  |
|  [C] Le cantó canciones a (nombre) o cantó con (nombre), incluso canciones de cuna? | Cantaron canciones | A | B | X | Y |  |
|  [D] Llevó a (nombre) a pasear fuera de la casa, a algún recinto, patio u otro lugar? | Lo llevó fuera | A | B | X | Y |  |
|  [E] Jugó con (nombre) ? | Jugó | A | B | X | Y |  |
|  [F] Le nombró, contó o dibujó cosas a (nombre) o con (nombre) ? | Nombró/Contó | A | B | X | Y |  |
| EC8. Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de su niño/a. Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos del desarrollo de su niño/a.  ¿Puede (nombre) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC9. ¿Puede (nombre) leer al menos cuatro palabras sencillas, populares? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC10. ¿Sabe (nombre) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC11. ¿Puede (nombre) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC12. ¿Se siente (nombre) a veces demasiado enfermo como para jugar? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC13. ¿Puede (nombre) obedecer instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC14. Cuándo se le da algo para hacer, ¿puede (nombre) hacerlo por sí solo(a)? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC15. ¿Se lleva *(*nombre) bien con los otros niños?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC16. ¿(Nombre) patea, muerde o golpea a otros niños o adultos? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| EC17. ¿Se distrae (nombre) fácilmente?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |

|  |
| --- |
| LACTANCIA BF |
| BF1. ¿Ha sido amamantado (nombre) alguna vez? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨BF38⇨BF3 |
| BF2. ¿Todavía está él/ella siendo amamantado/a? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF3.Quisiera preguntarle sobre los líquidos que (nombre) pueda haber tomado ayer durante el día o a la noche. Me interesa saber si (nombre) ingirió algo aún si fue en combinación con otros alimentos.  ¿Tomó (nombre) agua sola (sin aditivos) ayer, durante el día o a la noche? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF4. ¿Tomó (nombre) leche de fórmula para bebés ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨BF68⇨BF6 |
| BF5. ¿Cuántas veces tomó (nombre) leche de fórmula para bebés? | Número de veces \_\_ \_\_ |  |
| BF6. ¿Tomó (nombre) leche envasada, en polvo o leche fresca ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨BF88⇨BF8 |
| BF7. ¿Cuántas veces tomó (nombre) leche envasada, en polvo o fresca?  | Número de veces \_\_ \_\_ |  |
| BF8. ¿Tomó (nombre) jugo o bebidas de jugo ayer, durante el día o a la noche? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF9. ¿Tomó (nombre) (***nombre local para un caldo no espeso***) ayer, durante el día o a la noche? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF10. ¿Tomó o comió (nombre) suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento en el día de ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF11. ¿Tomó (nombre) algún suero de rehidratación oral (sro) en el día de ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF12. ¿Tomó (nombre) algún otro líquido ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF13. ¿Tomó o comió (nombre) yogur ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨BF158⇨BF15 |
| BF14. ¿Cuántas veces tomó o comió (nombre) yogur ayer, durante el día o a la noche?  | Número de veces \_\_ \_\_ |  |
| BF15. ¿Comió (nombre) cereales de avena no espesa ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| BF16. ¿Comió (nombre) alimentos sólidos o semisólidos (suaves, blandos) ayer, durante el día o a la noche?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨BF188⇨BF18 |
| BF17. ¿Cuántas veces comió (nombre) alimentos sólidos o semisólidos (suaves, blandos) ayer, durante el día o a la noche?  | Número de veces \_\_ \_\_ |  |
| BF18. Ayer, durante el día o la noche, bebió (nombre) algún líquido de una botella con biberón? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |

|  |
| --- |
| CUIDADO DE ENFERMEDADES CA |
| CA1. En las últimas dos semanas, ¿Tuvo (nombre) diarrea? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA78⇨CA7 |
| CA2. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (nombre) mientras estuvo con diarrea (incluyendo leche materna). Durante el tiempo en que (nombre) tuvo diarrea, ¿Para tomar, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual? *Si bebió menos, indague*:¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos? | Mucho menos 1Un poco menos 2Casi lo mismo 3Más 4No se le dio nada para tomar 5No sabe 8 |  |
| CA3. Durante el tiempo que (nombre) estuvo con diarrea, ¿Para comer, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?Si responde “menos”, indague: ¿Muchos menos o un poco menos? | Mucho menos 1Un poco menos 2Casi lo mismo 3Más 4Suspendió la comida 5Nunca se le dio de comer 6No sabe 8 |  |
| CA4. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio a (nombre) a tomar alguna de estas cosas: Lea cada punto en voz alta y registre la respuesta antes de pasar al siguiente punto. [A] Un líquido que viene en un paquete especial llamado (***nombre local de los paquetes SRO)***?[B] Algún fluido de **sro** pre-envasado para diarrea? [C] (***Fluido casero X recomendado por el gobierno)***?[D] (***Fluido casero Y recomendado por el gobierno)***?[E] (***Fluido casero Z recomendado por el gobierno)***? | Sí No NS Fluido de SROen paquete….1 2 8 Fluido de SRO pre-envasado …………...1 2 8***Fluido casero X recomen-******dado por el gobierno*** ……...1 2 8***Fluido casero Y recomen-******dado por el gobierno*** ………1 2 8***Fluido casero Z recomen-******dado por el gobierno***….…….1 2 8 |  |
| CA5. ¿Se le dio alguna (otra) cosa para tratar la diarrea? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA78⇨CA7 |
| CA6. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea? *Indague*:  ¿Algo más?*Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.*  (Nombre) | Pastilla o jarabe Antibiótico A Antiespasmódico B Zinc C Otros (no antibióticos, antiespasmódico o zinc) G No sabe tipo de pastilla o jarabe HInyección Antibiótica L No antibiótica M No sabe tipo de inyección NIntravenosa ORemedio casero / medicina a basede hierbas QOtros (especifique) X |  |
| CA7. En algún momento de las últimas dos semanas, ¿ha tenido (nombre) alguna enfermedad con tos? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA8. Cuando (nombre) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA9. ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moquea? | Problema en el pecho solamente 1Nariz tapada o que moquea solamente 2Ambos 3Otros (especifique) 6No sabe 8 | 2⇨CA146⇨CA14 |
| CA10. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA128⇨CA12 |
| CA11. ¿De dónde buscó consejo o tratamiento?*Indague:*¿ALGÚN otro lugar?Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.Si no puede determinar si es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.  (Nombre del lugar) | Sector público Hospital del gobierno A Centro de salud del gobierno B Puesto de salud del gobierno C Trabajador de salud del pueblo D Clínica móvil / ambulante E Otro público (especifique) HSector médico privado Hospital / clínica privada I Médico privado J Farmacia privada K Clínica móvil L Otro (especifique) OOtras fuentes Pariente / amigo P Tienda Q Profesional tradicional ROtro (especifique) X |  |
| CA12. ¿Se le dio algún medicamento a (nombre) para tratar esta enfermedad? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA13. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?*Indague:* ¿Algún otro medicamento?Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen. (Nombre) | Antibiótico Pastilla/Jarabe A Inyección BAntimaláricos MParacetamol / Panadol / Acetaminofeno PAspirina QIbuprofeno ROtros (especifique) XNo sabe Z |  |
| CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño/a menor de 3 años?🞎 Sí ⇨ Continúe con CA15 🞎 No ⇨ Pase al siguiente módulo |
| CA15. La última vez que *(*nombre*)* hizo una deposición, ¿cómo se eliminó la deposición (popo)?  | El niño usó el inodoro / letrina 01Lo puso / descartó al inodoro o letrina 02Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca 03Se tiró a la basura (residuo sólido) 04Se enterró 05Se dejó al aire libre 06Otro (especifique) 96No sabe 98 |  |

|  |
| --- |
| malaria ML |
| ML1. En las últimas dos semanas, ¿estuvo (nombre) enfermo/a con fiebre en algún momento? | Sí ………………………………………………1No 2No sabe 8 | 2⇨Módulo Siguiente8⇨Módulo siguiente |
| ML2. En algún momento durante la enfermedad, ¿se le tomó a (nombre) alguna muestra de sangre del dedo o del talón? | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| ML3. ¿Recurrió usted a alguien para recibir consejo o tratamiento para la enfermedad?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨ML88⇨ML8 |
| ML4. ¿Fue (nombre) llevado a alguna institución de salud durante la enfermedad? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨ML88⇨ML8 |
| ML5. ¿Se le dio a (nombre) algún medicamento para la fiebre o la malaria en la institución de salud?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨ML78⇨ML7 |
| ML6. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?*Indague:* ¿Algún otro medicamento?Circule todos los medicamentos mencionados. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos, en caso de mencionarse.  (Nombre) | Antimaláricos SP/Fansidar A Cloroquina B Amodiaquina C Quinina D Combinación con Artemisina E  Otro antimaláricos (especifique) HDrogas antibióticas Pastilla / Jarabe I Inyección JOtros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina Q Ibuprofeno ROtro (especifique) XNo sabe Z |  |
| ML7. ¿Recibió (nombre) algún medicamento para la fiebre o la malaria antes de ser llevado a la institución de salud? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 1⇨ML92⇨ML108⇨ML10 |
| ML8. ¿Se le dio a (nombre) algún medicamento para la fiebre o la malaria durante la enfermedad? | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨ML108⇨ML10 |
| ML9. ¿Qué medicamento se le dieron a (nombre)?*Indague:* ¿Algún otro medicamento?Circule todos los medicamentos mencionados. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.  (Nombre). | Antimaláricos SP/Fansidar A Cloroquina B Amodiaquina C Quinina D Combinación con Artemisina E  Otro antimaláricos  (especifique) HDrogas antibióticas Pastilla / Jarabe I Inyección JOtros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina Q Ibuprofeno ROtro (especifique) XNo sabe Z |  |
| ML10. Verifique ML6 y ML9: ¿Algún antimalárico mencionado (códigos A - H)?🞎 Sí ⇨ Continúe con ML11🞎 No ⇨ Pase al módulo siguiente |
| ML11. ¿Cuánto tiempo después del comienzo de la fiebre, fue la primera vez que (nombre) tomó (nombre del antimalárico de ML6 o ML9)? Si varios antimaláricos fueron registrados en ML6 o ML9, inclúyalos todos en la pregunta.  | El mismo día 0Al día siguiente 12 días después de la fiebre 23 días después de la fiebre 34 o más días después de la fiebre 4No sabe 8 |  |

|  |
| --- |
| INMUNIZACIÓN IM |
| Si está disponible un carné de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17 son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si no está disponible la tarjeta de inmunización. |
| IM1. ¿Tiene algún carné en donde estén registradas las vacunas administradas a (nombre)? (Si la respuesta es “sí”, pregunte) ¿Puedo verlo por favor? | Sí, visto 1Sí, no visto 2No hay carné 3 | 1⇨IM32⇨IM6 |
| IM2. ¿Alguna vez tuvo algún carné de inmunización de (nombre)? | Sí. 1No 2 | 1⇨IM62⇨IM6 |
| IM3.1. Copie las fechas para cada vacuna del carné.
2. Anote ‘44’en la columna “día” si el carné muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha.
 | Fecha de inmunización |  |
| Día | Mes | Año |
| BCG | BCG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio al nacer | OPV0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 1 | OPV1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 2 | OPV2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 3 | OPV3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT1 | DPT1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT2 | DPT2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT3 | DPT3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB al nacer | H0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB1  | H1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB2 | H2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB3 | H3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sarampión (o MMR) | Sarampión |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre amarilla | YF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitamina A (más reciente)  | VitA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM4. *Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Fiebre Amarilla) anotadas?*🞎 Sí⇨ Vaya a IM18🞎 No ⇨ Continúe con IM5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IM5. Además de lo registrado en este carné, ¿Recibió (nombre) alguna otra vacuna – incluidas vacunas recibidas en campañas o jornadas de inmunización?Anote ‘Sí’ únicamente si la persona entrevistada menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba. | Sí ………………………………………………1(Indague sobre las vacunas y escriba ‘66’ en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM18.)No 2No sabe 8 | 2⇨IM188⇨IM18 |
| IM6. ¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨IM188⇨IM18 |
| IM7. ¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna BCG contra la tuberculosis – es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
|  IM8. ¿Recibió (nombre) alguna vez “una vacuna en gotas por boca” para protegerlo de alguna enfermedad – es decir, del polio?  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨IM118⇨IM11 |
| IM9. ¿Recibió la primera vacuna contra el polio durante las dos primeras semanas luego de nacer o más tarde?  | Dos primeras semanas 1Más tarde 2 |  |
| IM10. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra el polio? | Cantidad de veces \_\_ |  |
| IM11. ¿Recibió alguna vez (nombre) inyecciones de la vacuna DPT – es decir, una inyección en el muslo o en la nalga – para prevenir el tétano, la tos ferina o la difteria?  Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica el mismo momento que la Polio | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨IM138⇨IM13 |
| IM12. ¿Cuántas veces se le dio la vacuna dpt a (nombre)? | Número de veces \_\_ |  |
| IM13. ¿Se le dio a (nombre) alguna vez una inyección de Hepatitis B – es decir, una inyección que se da en el muslo o en la nalga – para prevenir la Hepatitis B? Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.  | Sí. 1No 2No sabe 8 | 2⇨IM168⇨IM16 |
| IM14. ¿La primera vacuna de hepatitis b recibida fue dentro de las 24 horas de nacer o más tarde? | Dentro de las 24 horas 1Más tarde 2 |  |
| IM15. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis b? | Número de veces \_\_ |  |
| IM16. ¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el sarampión o MMR – es decir, una inyección en el brazo a los **9** meses de nacer o después – para evitar que contraiga el sarampión?  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| IM17. ¿Alguna vez recibió (nombre) la vacuna contra la fiebre amarilla – es decir, una inyección en el brazo a los **9** meses de nacer o después – para evitar que contraiga la fiebre amarilla?   Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión.  | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| IM18. ¿Recibió (nombre) alguna vez una dosis de vitamina A como (ésta/alguna de éstas) en los últimos 6 meses? Muéstrele los tipos comunes de ampollas/ cápsulas/jarabes | Sí. 1No 2No sabe 8 |  |
| IM19. ¿Podría decirme si (nombre) ha participado en alguna de las siguientes campanas, jornadas nacionales de inmunización y/o jornadas de vitamina a o salud infantil:[A]Fecha/tipo de campaña A, antígenos?[B]Fecha/tipo de campaña B, antígenos?[C]Fecha/tipo de campaña C, antígenos? | Sí No NS*Campaña A*………………………...1 2 8*Campaña B*………………………...1 2 8*Campaña C*………………………...1 2 8 |  |
| IM20. Emita un "Formulario de Vacunas en centros de salud" para este niño. Complete el panel de información en ese cuestionario y continúe abajo.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UF13. *Anote la hora.* | Hora y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| UF14. ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño(a) de 0 a 4 años que viva en esta casa?**🞎** Sí ⇨ Indíquele a la entrevistada que usted debe medir el peso y la talla (del niño)/(de la niña) más tarde. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada**🞎** No ⇨ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación y dígale que debe medir el peso y la talla del niño/a Verifique si no hay algún otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) Menores de 5 Años que deba realizarse en este hogar.Vaya a otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) menores de 5 años, o comience a hacer los arreglos para tomar las medidas antropométricas de todos los niños elegibles de este hogar.  |
| ANTROPOMETRÍA AN |
| Después que los cuestionarios para todos los niños(as) estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño(a).Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño(a). Verifique el nombre del niño(a) y el número de línea del Listado de Hogar antes de registrar las medidas. |
| AN1. *Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:* | Nombre \_\_\_ \_\_\_ |  |
| AN2. *Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso* | Se midió una o ambas 1El niño/ La niña no estaba presente 2El niño/ La niña o la persona encargada se negó 3Otro (especifique) 6 | 2⇨AN63⇨AN66⇨AN6 |
| AN3. *Peso del niño/a* | Kilogramos (kg) \_\_ \_\_ . \_\_No se midió el peso 99.9 |  |
| AN4. *Estatura/talla del niño/a*Verifique la edad del niño / la niña en AG2:**🞎** Niño(a) menor de 2 años. ⇨ Medir la talla (acostado).**🞎** Niño(a) de 2 años o más. ⇨ Medir la talla (de pie). | Talla (cm.)Acostado 1 \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_Talla (cm.)De pie 2 \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_No se midió la Talla/estatura 9999.9 |  |
| AN5. *Edema*Observe y anote | Verificado Presencia de edema 1 Ausencia de edema 2 No seguro 3No se verificó  (explique el motivo) 7 |  |
|  |
| AN6. ¿Hay otro niño(a) en este hogar que sea elegible para ser medido?**🞎** Sí ⇨ Mida y anote las medidas del siguiente niño(a).**🞎** No ⇨ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.  |
| **Observaciones de la Entrevistadora** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Editor de Campo** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Supervisor** |
|  |