|  |  |
| --- | --- |
| MICS logo ALL  [nombre del país]  FORMULARIO DEL CUESTIONARIO SOBRE  DISCAPACIDAD DEL NIÑO/A | |
|  | |
| FORMULARIO DEL CUESTIONARIO SOBRE DISCAPACIDAD DEL NIÑO/A da | |
| DA1. Número de conglomerado: | DA2. Número de hogar: |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| DA3. Nombre del niño/la niña: | DA4. Número de línea del niño/ la niña: |
| Nombre | \_\_\_ \_\_\_ |
| DA5. Nombre de la madre/persona encargada: | DA6. Número de línea de la madre/persona encargada: |
| Nombre | \_\_\_ \_\_\_ |
| DA7. Nombre y número de la entrevistadora: | DA8. 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 la condición de salud de (nombre). La entrevista durará solo unos 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 condición de salud de (nombre del niño/niña de DA3) y otros temas. Esta entrevista durará solo unos 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 permiso ⇨ *Vaya a DA12 para comenzar la entrevista*. * No, no se concede permiso ⇨ Complete DA9. Discuta este resultado con su supervisor | |

|  |  |
| --- | --- |
| DA9. Resultado de la entrevista sobre discapacidad del niño/a  Los códigos se refieren a la madre/persona encargada. | Completada 01  Ausente 02  Rechazada 03  Incompleta 04  Incapacitada 05  Otro (especifique) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| DA10. Editado en campo por (Nombre y número):  Nombre \_\_\_ \_\_\_ | DA11. Digitado por (Nombre y número):  Nombre \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DISCAPACIDAD DEL NIÑO/A da | | |
| Para ser aplicado a las madres o encargados de niños/as de entre 2 y 9 años de edad | | |
| DA12. *Copie el nombre y la edad del niño/la niña de HL2 y HL6, del Formulario del Listado del Hogar.* | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Edad \_\_\_ \_\_\_ |  |
| DA13. Comparado con otros niños/as, ¿tiene o tuvo (nombre) algún retraso serio en sentarse, pararse, o caminar? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA14. Comparado con otros niños/as, ¿tiene (nombre) dificultades para ver, incluso de día o de noche? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA15. ¿Parece (nombre) tener dificultad para oír? (usa audífonos, escucha con dificultad, completamente sordo)? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA16. Cuando usted le dice a (nombre) que haga algo, ¿parece entender lo que le está diciendo? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA17. ¿Tiene (nombre) dificultad para caminar o mover los brazos o sufre de debilidad y/o de rigidez en los brazos o piernas? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA18. ¿Tiene (nombre) algunas veces ataques, se pone rígido/a o pierde la conciencia? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA19. ¿Aprende (nombre) a hacer las cosas como los otros niños/as de su edad? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA20. ¿Habla (nombre) (puede hacerse entender por palabras; puede decir palabras reconocibles)? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA21. Verifique DA12: Edad del niño/la niña  **🞎**  Edad del niño/la niña de 3 a 9 ⇨ Continúe con DA22  **🞎** *Edad del niño/la niña 2 ⇨ Vaya a DA23* | | |
| DA22. ¿Es el habla de (nombre) de alguna manera diferente de lo normal (no es lo suficientemente claro para hacerse entender por otras personas distintas a las de la familia inmediata)? | Sí... 1  No 2 | 1⇨DA24  2⇨DA24 |
| DA23. ¿Puede (nombre) nombrar por lo menos un objeto (por ejemplo, un animal, un juguete, una taza, una cuchara)? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA24. Comparado con otros niños/as de su misma edad, ¿parece (nombre) tener alguna forma de retraso mental, o es algo lerdo o lento? | Sí... 1  No 2 |  |
| DA25. Como parte de esta encuesta, otras personas de nuestro equipo podrían visitarle para recolectar más información sobre algunos de los asuntos de los que acabamos de hablar, referidos a (nombre). Esta visita podría producirse dentro de los próximos (días/semanas/meses).  ¿Puedo proceder y anotar que usted está de acuerdo con esta visita, si es que se llega a producir? De nuevo, usted puede cambiar de parecer y negarse a conversar con nuestro equipo en caso de que finalmente se produzca dicha visita. | Respondiente no tiene ninguna objeción a una visita adicional…………...................1  Respondiente no está seguro de una visita adicional /Depende 2  Visita adicional rechazada 3 |  |