

# ANEXO DOS

## MODELOS DE CUESTIONARIOS, MÓDULOS ADICIONALES Y OPCIONALES

Se han diseñado modelos de 3 cuestionarios para MICS3: (1) el Cuestionario del Hogar, (2) el Cuestionario para Mujeres Individuales y (3) el Cuestionario para Niños/as Menores de 5.

Estos cuestionarios incluyen los MÓDULOS PRINCIPALES, que se muestran más adelante en LETRAS MAYÚSCULAS. Se proporciona a los países una serie de Módulos Adicionales, que deben ser usados si son aplicables/apropiados/convenientes, así como una serie de *Módulos Opcionales*, que se pueden usar si existe interés en esos temas. Los Módulos Adicionales y *Opcionales* se agregan a los modelos de cuestionarios, se insertan o reemplazan los MÓDULOS PRINCIPALES de los modelos de cuestionarios. Refiérase al Capítulo 3 para información más detallada sobre el flujo de los cuestionarios y el contenido de los módulos.

Cuestionario del Hogar	Cuestionario para Mujeres Individuales	Cuestionario para Niños/as Menores de 5
<p><b>PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR</b>  <b>LISTADO DEL HOGAR</b> Extendido  <b>EDUCACIÓN</b>  <b>AGUA Y SANEAMIENTO</b> <i>Características del Hogar Adicionales + Seguridad de la Tenencia y Durabilidad de la Vivienda</i>            Mosquiteros Tratados con Insecticida con <i>Fuente y Costo de Suministros de Mosquiteros Tratados con Insecticida</i>            Niños/as Huérfanos y Vulnerables a Causa del VIH/SIDA  <b>TRABAJO INFANTIL</b>  <i>Disciplina del Niño/a</i>  <i>Discapacidad</i>  <i>Mortalidad Materna</i>  <b>YODACIÓN DE SAL</b></p>	<p><b>PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER</b>  <b>MORTALIDAD EN LA NIÑEZ</b>  <b>TOXOIDE TETÁNICO</b>  <b>SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO</b> con Tratamiento Intermitente Preventivo para Mujeres Embarazadas  <b>MATRIMONIO/UNIÓN + Poliginia</b>  <i>Seguridad de Tenencia</i>  <b>ANTICONCEPCIÓN y Necesidad No Satisfecha</b>            Mutilación Genital Femenina  <i>Actitudes hacia la Violencia Doméstica</i>            Comportamiento Sexual  <b>VIH/SIDA</b></p>	<p><b>PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE 5</b>  <b>REGISTRO DE NACIMIENTO Y APRENDIZAJE TEMPRANO</b>  <i>Desarrollo del Niño/a</i>  <b>VITAMINA A</b>            LACTANCIA  <b>ATENCIÓN A ENFERMEDADES + Fuente y Costo de Suministros para SRO y Antibióticos</b>  <i>Malaria + Fuente y Costo de Suministros de Medicina contra Malaria</i>  <b>INMUNIZACIÓN</b>  <b>ANTROPOMETRÍA</b></p>

## CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO

Todos los módulos principales, adicionales y opcionales tienen características de formato y de estilo estándar, las cuales indican varios componentes de los cuestionarios. Estas características han sido introducidas para facilitar el entrenamiento, el procesamiento de datos y las comparaciones entre cuestionarios de países:

- Las preguntas que las entrevistadoras preguntarán aparecen en LETRA MAÚSCULA PEQUEÑA.
- Todas las categorías de respuesta están en letra minúscula.
- Las instrucciones para las entrevistadoras están en *letra minúscula cursiva*.
- (*Palabras en cursiva entre paréntesis*) deben ser reemplazadas por la entrevistadora durante la entrevista, según sea apropiado.
- (*Palabras en negrita cursiva entre paréntesis*) deben ser reemplazadas según sea apropiado durante la etapa de adaptación del cuestionario.
- Los números de pregunta empiezan con '1' en cada módulo, precedido por 2 letras que indican el nombre del módulo.
- Las áreas con un fondo gris claro indican aquellas preguntas y filtros que no deben ser verbalizados por las entrevistadoras, pero deben ser codificados con base en respuestas u observaciones previas.
- Se usan letras para indicar categorías de respuesta en preguntas que aceptan respuestas múltiples y éstas pueden ser codificadas. Los números se usan para indicar categorías de respuesta en preguntas donde solo se codificará una respuesta. Éstas constituyen la mayoría de las preguntas.
- NS se usa como abreviatura de 'No sabe'.
- Para códigos de respuesta numéricos, se usan '8', '98', '998' y '9998' para indicar respuestas de 'NS'; '6', '96', '996' y '9996' se usan para indicar respuestas de 'Otro'.
- En preguntas donde se usan letras para categorías de respuesta, se usa 'X' para 'Otro', 'Y' para 'Ninguno' y 'Z' para 'NS'.
- Las instrucciones de pase se presentan a la derecha de las categorías de respuesta, normalmente en una columna de pases, e indican el número de pregunta a la cual debe pasar la entrevistadora (3⇒HC).

Para más información sobre cómo modificar los cuestionarios a las situaciones de país, por favor refiérase al Capítulo 3.



## CUESTIONARIO DE HOGAR

NOSOTROS SOMOS DE (**país-afiliación específica**). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE ESOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURA APROXIMADAMENTE (**número**) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS SUMINISTRE SERÁ CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NO SERÁN IDENTIFICADAS. DURANTE ESTE TIEMPO ME GUSTARÍA HABLAR CON EL/LA JEFE/A DE ESTE HOGAR Y CON LAS MADRES O LAS PERSONAS QUE ESTÁN A CARGO DE LA ATENCIÓN/CUIDADO DE LOS NIÑOS(AS) QUE VIVEN EN ESTE HOGAR. ¿PUEDO COMENZAR AHORA? *Si el permiso es concedido, inicie la entrevista*

INFORMACION DEL HOGAR		HH
HH1. Número del conglomerado: _____	HH2. Número del hogar: _____	
HH3. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	HH4. Nombre y número de la supervisora: Nombre _____	
HH5. Día/Mes/Año de la entrevista: _____ / _____ / _____		
HH6. Área: Urbana..... 1 Rural..... 2	HH7. Región: Región 1..... 1 Región 2..... 2 Región 3..... 3 Región 4..... 4	
HH 8. Nombre del/la jefe(a) del hogar: _____		
<i>Después de haber completado todos los cuestionarios de hogar, llene la siguiente información:</i>		
HH9. Resultado de la entrevista del hogar: Completa ..... 1 Ausente ..... 2 Rechazada ..... 3 Hogar no encontrado/Vivienda destruida 4 Otra ( <i>especifique</i> ) _____ 6	HH10. Informante del cuestionario de hogar: Nombre: _____ Línea No: _____	
	HH11. Número total de miembros del hogar: _____	
HH12. Número de mujeres elegibles para entrevista: _____	HH13. Número de mujeres con entrevista completa: _____	
HH14. Número de niños(as) menores de 5 años: _____	HH15. Número de niños(as) menores de 5 años con entrevista completa: _____	
Observaciones de la entrevistadora/supervisora: <i>Use este espacio para escribir observaciones relacionadas con la entrevista de hogar así como información de las entrevistas pospuestas, entrevistas individuales incompletas, número de intentos para re-visitat, etc.</i>		
HH16. Digitador(a): _____		

**HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

**HL**

PRIMERO, DIGAME LOS NOMBRES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR, EMPEZANDO CON EL/LA JEFE(A) DEL HOGAR. Liste el/la jefe(a) del hogar en la línea 01. Liste todas las personas del hogar (HL2), su relación de parentesco con el/la jefe(a) del hogar (HL3), y su sexo (HL4). Entonces pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ, AUNQUE NO ESTÉ PRESENTE EN ESTOS MOMENTOS? (ESTO INCLUYE NIÑOS(AS) QUE ESTÉN EN LA ESCUELA O EN EL TRABAJO). Si 'SI', complete la lista. Entonces, pregunte a cada persona a la vez comenzando con HL5. Añada hojas de continuación si hay más de 15 personas miembros del hogar. Marque aquí si continúa en otra hoja ☐

		Elegible para:			Para niños(as) de 0 a 17 años Preguntar HL9-HL12						
		ENTREVISTA DE MUJERES	MÓDULO DE TRABAJO DEL NIÑO(A)	ENTREVISTA DE MENORES DE 5 AÑOS							
HL1. Línea No.	HL2. Nombre	HL3. ¿CUALES LA RELACION DE PARENTES CO DE (nombre) CON EL JEFE DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER? 1 HOMB. 2 MUJER	HL5. ¿QUÉ EDAD TIENE (nombre)? ¿CUANTOS AÑOS TENIA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? Añote años completos 99=NS*	HL6. Marque con un círculo el número de línea si es mujer y tiene de 15 a 49 años de edad	HL7. Para cada niño(a) de 5 a 14 años: ¿QUIÉNES LA MADRE O LA PERSONA ENCARGADA DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Añote el No. de línea de la madre o tutora/tutor	HL8. Para cada niño(a) menor de 5 años: ¿QUIÉNES LA MADRE O LA PERSONA ENCARGADA DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Añote el No. de línea de la madre o tutora/tutor	HL9. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)? 1 SI 2 NO⇒ HL11 8 NS⇒ HL11	HL10. Si esta viva: ¿VIVE EN ESTE HOGAR LA MADRE NATURAL DE (nombre)? Añote el número de línea de la madre ó 00 si 'no' vive en el hogar	HL11. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)? 1 SI 2 NO⇒ SIGUIENTE LINEA 8 NS⇒ SIGUIENTE LINEA	HL12. Si está vivo: ¿VIVE EN ESTE HOGAR EL PADRE NATURAL DE (nombre)? Añote el número de línea del padre ó 00 si 'no' vive en el hogar
LÍNEA	NOMBRE	REL.	H M	EDAD	15-49	MADRE	MADRE	S N NS	MADRE	S N NS	PADRE
01		0 1	1 2	— —	01	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
02		— —	1 2	— —	02	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
03		— —	1 2	— —	03	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
04		— —	1 2	— —	04	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
05		— —	1 2	— —	05	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
06		— —	1 2	— —	06	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
07		— —	1 2	— —	07	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
08		— —	1 2	— —	08	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —
09		— —	1 2	— —	09	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —

HL1. Linea No.	HL2. Nombre	HL3. ¿CUALES LA RELACIÓN DE PARENTES CO DE (nombre) CON EL JEFE DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nom bre) HOMBRE O MUJER? 1 HOMB. 2 MUJER	HL5. ¿QUÉ EDAD TIENE (nombre)? ¿CUANTOS AÑOS TENIA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? Anote años completos 99=NS*	HL6. Marque con un círculo el número de línea si es mujer y tiene de 15 a 49 años de edad	HL7. Para cada niño(a) de 5 a 14 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA ENCARGADA DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Anote el No. de línea de la madre o tutora/tutor	HL8. Para cada niño(a) menor de 5 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA ENCARGADA DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Anote el No. de línea de la madre o tutora/tutor	HL9. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)? 1 SI 2 NO⇒ HL11 8 NS⇒ HL11	HL10. Si esta viva: ¿VIVE EN ESTE HOGAR LA MADRE NATURAL DE (nombre)? Anote el número de línea de la madre ó 00 si 'no' vive en el hogar	HL11. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)? 1 SI 2 NO⇒ SIGUIENTE LINEA 8 NS⇒ SIGUIENTE LINEA	HL12. Si está vivo: ¿VIVE EN ESTE HOGAR EL PADRE NATURAL DE (nombre)? Anote el número de línea del padre ó 00 si 'no' vive en el hogar	
LINEA	NOMBRE	REL.	H M	EDAD	15-49	MADRE	MADRE	S N NS	MADRE	S N NS	PADRE	
10		— —	1 2	— —	10	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
11		— —	1 2	— —	11	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
12		— —	1 2	— —	12	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
13		— —	1 2	— —	13	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
14		— —	1 2	— —	14	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
15		— —	1 2	— —	15	— —	— —	1 2 8	— —	1 2 8	— —	
¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ — AUNQUE NO SEA MIEMBRO DE ESTA FAMILIA O QUE SUS PADRES NO VIVAN EN ESTE HOGAR? ¿INCLUYENDO NIÑOS(AS) QUE ESTÉN TRABAJANDO O EN LA ESCUELA? Si 'SI', incluya el nombre del niño(a) y complete el formulario. Entonces, complete los totales de abajo.												
Totales						Mujeres 15-49	Niños(as) 5-14	Menores de 5				

\* Ver instrucciones: usar solamente para miembros ancianos del hogar (código significa "no sabe/ 50 años y más").

Para cada mujer con edad entre 15-49 años, escriba su nombre y número de línea y otra información que la identifique en el panel de información del Cuestionario de Mujeres.

Para cada niño(a) menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea y otra información del Cuestionario para Niños(as) Menores de Cinco Años.

Ahora usted deberá tener un cuestionario separado para cada mujer elegible y para cada niño(a) menor de cinco años en el hogar.

\* Códigos para HL3: Relación con el jefe del hogar.

01 = Jefe  
02 = Esposa/Esposo  
03 = Hijo/Hija  
04 = Yerno/Nuera

05 = Nieto/Nieta  
06 = Padre/Madre  
07 = Suegro/Suegra  
08 = Hermano/Hermana

09 = Cuñado/Cuñada  
10 = Tío/Tía  
11 = Sobrino(a) biológico  
12 = Sobrino(a) no biológico

13 = Otro Pariente  
14 = Adoptado/Adoptivo/Hijastro  
15 = No Pariente  
98 = No sabe

MÓDULO DE EDUCACIÓN										ED				
Para personas miembros de hogar de 5 años y más					Para personas miembros de hogar entre 5-24 años									
ED1. No de Línea.	ED1A. Nombre	ED2. ¿ALGUNA VEZ ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PREESCOLAR?	ED3. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre) EN LA ESCUELA? ¿CUAL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE (nombre) COMPLETÓ DE ESE NIVEL?	ED4. DURANTE EL AÑO ESCOLAR (2004-2005), ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO?	ED5. DESDE EL PASADO (día de la semana), ¿CUANTOS DÍAS ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA?	ED6. DURANTE ESTE/ESE AÑO ESCOLAR, A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?	ED7. ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PREESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR (2003-2004)?	ED8. DURANTE ESE AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (nombre)?						
LÍNEA	SÍ	NO	NIVEL	GRADO	SÍ	NO	DÍAS	NIVEL	GRADO	S	N	NS	NIVEL	GRADO
01	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
02	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
03	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
04	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
05	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
06	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
07	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
08	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
09	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
10	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
11	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
12	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
13	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
14	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___
15	1	2⇒ SIG. LÍNEA	0 1 2 3 6 8	___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___

MÓDULO DE AGUA Y SANEAMIENTO		WS
<p>WS1. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER USADA POR LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</p>	<p>Agua de tubería  Tubería dentro de la vivienda.....11  Tubería en el patio/parcela .....12  Llave pública .....13  Pozo con tubería.....21  Pozo cavado  Pozo protegido/cubierto .....31  Pozo no protegido.....32  Agua de manantial  Manantial protegido .....41  Manantial no protegido.....42  Agua lluvia .....51  Carrotanque .....61  Carreta con tanque .....71  Río, quebrada, represa, lago, charca, canal, canal de irrigación.....81</p> <p><b>Agua embotellada o en bolsa .....91</b>  Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	<p>11⇒WS5  12⇒WS5</p> <p>⇒WS3</p> <p>96⇒WS3</p>
<p>WS2. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA USADA POR SU HOGAR PARA OTROS FINES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?</p>	<p>Agua de tubería  Tubería dentro de la vivienda.....11  Tubería en el patio/parcela .....12  Llave pública .....13  Pozo con tubería.....21  Pozo cavado  Pozo protegido/cubierto .....31  Pozo no protegido.....32  Agua de manantial  Manantial protegido .....41  Manantial no protegido.....42  Agua lluvia .....51  Carrotanque .....61  Carreta con tanque .....71  Río, quebrada, represa, lago, charca, canal, canal de irrigación.....81</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	<p>11⇒WS5  12⇒WS5</p>
<p>WS3. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR AL LUGAR, RECOGER EL AGUA, Y REGRESAR?</p>	<p>No. de minutos..... _____</p> <p>Agua en el sitio .....995  NS.....998</p>	<p>995⇒WS5</p>
<p>WS4. USUALMENTE, ¿QUIÉN VA A LA FUENTE A TRAER EL AGUA PARA SU HOGAR?</p> <p><i>Indague:</i>  ¿CUÁL ES EL SEXO DEL MENOR DE 15 AÑOS?  <i>Circule el código que mejor describe a esta persona</i></p>	<p>Mujer adulta ..... 1  Hombre adulto ..... 2  Niña (menor de 15)..... 3  Niño (menor de 15)..... 4  NS..... 8</p>	
<p>WS5. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p>	<p>Sí..... 1  No..... 2  NS..... 8</p>	<p>2⇒WS7  8⇒WS7</p>

<p>WS6. USUALMENTE, ¿QUÉ LE HACE AL AGUA PARA QUE SEA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p> <p>¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Anote todas las opciones mencionadas.</i></p>	<p>La hierve ..... A</p> <p>Le agrega blanqueador/cloro ..... B</p> <p>La filtra con una tela..... C</p> <p>Utiliza filtro de agua (de cerámica, arena, compuesto, etc.) ..... D</p> <p>Desinfección solar..... E</p> <p>La deja asentar ..... F</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>NS..... Z</p>	
<p>WS7. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO USA ESTE HOGAR?</p> <p><i>Si usa “chorro” o “baldeo”, indague: A DONDE LO DESCARGA?</i></p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para ver el sitio.</i></p>	<p>Chorro / baldeo</p> <p>Inodoro conectado al alcantarillado.....11</p> <p>Inodoro conectado al tanque séptico ....12</p> <p>Letrina (pozo negro, hoyo).....13</p> <p>Inodoro conectado a otro sistema .....14</p> <p>Baldeo a sitio desconocido/no está seguro adónde/NS .....15</p> <p>Letrina Mejorada con Ventilación (VIP)....21</p> <p>Letrina con losa/ expuesta .....22</p> <p>Letrina sin losa/expuesta .....23</p> <p>Inodoro compuesto .....31</p> <p>Balde .....41</p> <p>Inodoro colgante /letrina colgante .....51</p> <p>No hay sanitario o va a campo abierto.....95</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	<p>95⇒ SIGUIENTE MÓDULO</p>
<p>WS8. ¿COMPARTEN EL SANITARIO CON OTROS HOGARES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒ SIGUIENTE MÓDULO</p>
<p>WS9. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL USAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA?</p>	<p>No. de hogares (si menos de 10)..... 0 ___</p> <p>Diez o más hogares .....10</p> <p>NS.....98</p>	



MÓDULO DE CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
HC1A. ¿CUÁL ES LA RELIGIÓN DEL JEFE DEL HOGAR?	<i>Religión 1</i> ..... 1 <i>Religión 2</i> ..... 2 <i>Religión 3</i> ..... 3  Otra religión ( <i>especifique</i> ) ..... 6 No tiene religión ..... 7	
HC1B. ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/IDIOMA NATIVO DEL JEFE DEL HOGAR?	<i>Idioma 1</i> ..... 1 <i>Idioma 2</i> ..... 2 <i>Idioma 3</i> ..... 3  Otro idioma ( <i>especifique</i> ) ..... 6	
HC1C. ¿A QUÉ GRUPO ÉTNICO PERTENECE EL JEFE DEL HOGAR?	<i>Grupo étnico 1</i> ..... 1 <i>Grupo étnico 2</i> ..... 2 <i>Grupo étnico 3</i> ..... 3  Otro grupo étnico ( <i>especifique</i> ) ..... 6	
HC2. ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	No. de habitaciones ..... _ _	
HC3. Material predominante del piso de la vivienda :  <i>Anote observaciones.</i>	Piso natural Tierra/arena .....11 Estiércol .....12 Piso rudimentario Tablado .....21 Palma/bambú.....22 Terminado del piso Parqué o madera pulida .....31 Vinilo o franjas de asfalto .....32 Azulejos de cerámica .....33 Cemento .....34 Tapete, alfombra .....35 Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	
HC4. Material predominante del tejado/techo  <i>Anote observaciones.</i>	Techo natural No tiene techo .....11 Techumbre de paja/hojas de palma .....12 Césped .....13 Techo rudimentario Estera rústica .....21 Palma/bambú.....22 Tablado .....23 Terminado del techo Metal .....31 Madera .....32 Calamina/fibra de cemento .....33 Baldosas de cerámica .....34 Cemento .....35 Techo de guijarros .....36  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	

<p>HC5. Material predominante de las paredes.</p> <p><i>Anote observaciones.</i></p>	<p>Paredes naturales</p> <p>No tiene paredes.....11</p> <p>Caña/palma/troncos .....12</p> <p>Tierra .....13</p> <p>Paredes rudimentarias</p> <p>Bambú con barro .....21</p> <p>Piedra con barro .....22</p> <p>Adobe a la vista .....23</p> <p>Triplex .....24</p> <p>Cartón .....25</p> <p>Madera reutilizada .....26</p> <p>Terminado de las paredes</p> <p>Cemento .....31</p> <p>Piedra con limo /cemento.....32</p> <p>Ladrillo .....33</p> <p>Bloques de cemento .....34</p> <p>Adobe cubierto.....35</p> <p>Tablas /guijarros .....36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>																						
<p>HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE USA PRINCIPALMENTE SU HOGAR PARA COCINAR?</p>	<p>Electricidad .....01</p> <p>Gas propano (LPG).....02</p> <p>Gas natural .....03</p> <p>Biogás.....04</p> <p>Querosén .....05</p> <p>Carbón / Lignito .....06</p> <p>Carbón de leña .....07</p> <p>Madera .....08</p> <p>Paja/arbustos/hierba .....09</p> <p>Estiércol de animales .....10</p> <p>Residuos de cosechas agrícolas .....11</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>03⇒HC8</p> <p>04⇒HC8</p>																					
<p>HC7. ¿COCINA ESTE HOGAR LA COMIDA EN FOGÓN, EN UNA ESTUFA ABIERTA O EN UNA ESTUFA CERRADA?</p> <p><i>Indague el medio de cocción.</i></p>	<p>Fogón ..... 1</p> <p>Estufa abierta..... 2</p> <p>Estufa cerrada ..... 3</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 6</p>	<p>3⇒HC8</p> <p>6⇒HC8</p>																					
<p>HC7A. ¿EL FOGÓN/LA ESTUFA TIENE CHIMENEA O CAMPANA EXTRACTORA?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>																						
<p>HC8. ¿LOS ALIMENTOS USUALMENTE SE COCINAN EN LA VIVIENDA, EN UNA EDIFICACIÓN SEPARADA O A CAMPO ABIERTO?</p>	<p>En la casa ..... 1</p> <p>En una edificación separada..... 2</p> <p>A campo abierto..... 3</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 6</p>																						
<p>HC9. ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>ELECTRICIDAD?</p> <p>RADIO?</p> <p>TELEVISOR?</p> <p>TELÉFONO MÓVIL?</p> <p>TELÉFONO FIJO?</p> <p>REFRIGERADOR?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>Electricidad .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Radio .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Televisión.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono móvil .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Electricidad .....	1	2	Radio .....	1	2	Televisión.....	1	2	Teléfono móvil .....	1	2	Teléfono fijo .....	1	2	Refrigerador.....	1	2	
	Sí	No																					
Electricidad .....	1	2																					
Radio .....	1	2																					
Televisión.....	1	2																					
Teléfono móvil .....	1	2																					
Teléfono fijo .....	1	2																					
Refrigerador.....	1	2																					
<p>HC10. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:</p> <p>RELOJ?</p> <p>BICICLETA?</p> <p>MOTOCICLETA O MOTONETA?</p> <p>CARRETA HALADA POR ANIMALES?</p> <p>CARRO O CAMIÓN?</p> <p>BOTE CON MOTOR?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>Reloj .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta/Motoneta .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Carreta halada por animales.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Carro/Camión .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bote con motor .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Reloj .....	1	2	Bicicleta .....	1	2	Motocicleta/Motoneta .....	1	2	Carreta halada por animales.....	1	2	Carro/Camión .....	1	2	Bote con motor .....	1	2	
	Sí	No																					
Reloj .....	1	2																					
Bicicleta .....	1	2																					
Motocicleta/Motoneta .....	1	2																					
Carreta halada por animales.....	1	2																					
Carro/Camión .....	1	2																					
Bote con motor .....	1	2																					

MÓDULO TRABAJO INFANTIL										CL
Para ser aplicado a la/el madre/padre o tutora/tutor de cada uno de los niños(as) del hogar entre 5 y 14 años de edad. Para los miembros del hogar menor de 5 años o mayores de 14, deje las columnas en blanco.										
AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO TRABAJO QUE HACEN LOS NIÑOS(AS) DE ESTE HOGAR.										
CL1. No. de línea.	CL2. Nombre	CL3. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿HIZO (nombre) ALGÚN TIPO DE TRABAJO PARA ALGUIEN QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR? Si "sí": ¿POR PAGA EN DINERO O EN ESPECIE?  1 sí, POR PAGA (EN DINERO O ESPECIE) 2 sí, SIN PAGA 3 NO ⇒ CL5	CL4. Si "sí": DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADAMENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO EL/ELLA ESE TRABAJO PARA UNA PERSONA QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR? Si "sí": ¿POR PAGA EN DINERO O EN ESPECIE?  1 sí, POR PAGA (EN DINERO O ESPECIE) 2 sí, SIN PAGA 3 NO ⇒ CL5	CL5. EN ALGÚN MOMENTO DURANTE EL AÑO PASADO, ¿HIZO (nombre) ALGÚN TIPO DE TRABAJO PARA ALGUIEN QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR? Si "sí": ¿POR PAGA EN DINERO O ESPECIE?  1 sí, POR PAGA (DINERO O ESPECIE) 2 sí, SIN PAGA 3 NO	CL6. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿AYUDÓ (nombre) EN LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS COMO COCINAR, HACER COMPRAS, RECOGER LEÑA, LIMPIAR, LAVAR ROPA, TRER AGUA, O CUIDAR NIÑOS(AS)?  1 sí 2 NO ⇒ CL8	CL7. Si "sí": DESDE EL PASADO (día de la semana), ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS DEDICÓ EL/ELLA A ESAS TAREAS?	CL8. DURANTE LA PASADA SEMANA, ¿HIZO (nombre) ALGÚN OTRO TRABAJO FAMILIAR (EN LA FINCA O EN UN NEGOCIO O VENDIENDO COSAS EN LA CALLE?)  1 sí 2 NO ⇒ SIGUIENTE LÍNEA	CL9. Si "sí": DESDE EL PASADO (día de la semana), ¿APROXIMADAMENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO EL/ELLA ESE TRABAJO?		
LÍNEA NO.	NOMBRE	SI		NO		NO. HORAS		NO. HORAS		
		PAG.	NO PAG.	PAG.	NO PAG.	SÍ	NO	SÍ	NO	
01		1	2	3	1	2	3	1	2	
02		1	2	3	1	2	3	1	2	
03		1	2	3	1	2	3	1	2	
04		1	2	3	1	2	3	1	2	
05		1	2	3	1	2	3	1	2	
06		1	2	3	1	2	3	1	2	
07		1	2	3	1	2	3	1	2	
08		1	2	3	1	2	3	1	2	
09		1	2	3	1	2	3	1	2	
10		1	2	3	1	2	3	1	2	
11		1	2	3	1	2	3	1	2	
12		1	2	3	1	2	3	1	2	
13		1	2	3	1	2	3	1	2	
14		1	2	3	1	2	3	1	2	
15		1	2	3	1	2	3	1	2	

<b>MÓDULO DE YODACIÓN DE SAL</b>		<b>SI</b>
<p><b>SI1. NOS GUSTARÍA VERIFICAR SI LA SAL QUE SE USA EN ESTE HOGAR ESTÁ YODADA . ¿PUEDO VER UN POCO DE LA SAL QUE USARON ANOCHE PARA COCINAR LOS ALIMENTOS PRINCIPALES QUE COMIERON LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</b></p> <p><i>Tan pronto haya examinado la sal, circule el número correspondiente al resultado de la prueba..</i></p>	<p>No yodada 0 PPM..... 1  Menos de 15 PPM ..... 2  15 PPM o más ..... 3</p> <p>No hay sal en el hogar ..... 6  No se hizo la prueba ..... 7</p>	

**SI2. ¿Hay alguna mujer elegible entre 15-49 años de edad es parte del hogar?**  
*Verifique la columna HL6 del listado de hogares. Usted debe tener un cuestionario con la información diligenciada de cada mujer elegible.*

*Sí. ⇒ Vaya a CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES para aplicarle el cuestionario a la primera mujer elegible.*

*No. ⇒ Continúe.*

---

**SI3. ¿Hay algún niño(a) menor de 5 años que es parte de este hogar?**  
*Verifique la columna HL8 del listado de hogares. Usted debe tener un cuestionario con la información diligenciada de cada niño(a) elegible.*

*Sí. ⇒ Vaya a CUESTIONARIO PARA NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para aplicarle el cuestionario al tutor del primer niño(a) elegible..*

*No. ⇒ Termine la entrevista agradeciéndole a la persona entrevistada por su cooperación. Reúna todos los cuestionarios de éste hogar y cuadre el número de entrevistas completas en la carátula..*



## CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

<b>INFORMACIÓN DE LA MUJER</b>		<b>WM</b>
<i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 15 a 49 años de edad (ver columna HL6de la lista de HH).                      Llene un formulario para cada mujer elegible.                      Escriba el número de conglomerado y de hogar, y el nombre y número de línea de la mujer en el espacio correspondiente. Escriba su nombre, número de identificación y la fecha.</i>		
WM1. Número de conglomerado: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: _____	WM4. Número de línea de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: _____	WM6. Día/Mes/Año de la entrevista: ____/____/____	
WM7. Resultado de la entrevista a la mujer	Completa ..... 1 Ausente ..... 2 Rechazo ..... 3 Incompleta ..... 4 Incapacitada ..... 5 Otro (especifique) ..... 6	

*Repita el saludo de introducción si aún no se lo ha leído a ésta mujer:*

SOMOS DE (**país-afiliación específica**). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLARLE DE ESTO. LA ENTREVISTA TOMARÁ CERCA DE (**número**) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NUNCA SERÁN IDENTIFICADAS. UD. NO ESTÁ OBLIGADA A RESPONDER UNA PREGUNTA QUE NO QUIERA, Y PUEDE RETIRARSE DE LA ENTREVISTA EN CUALQUIER MOMENTO. ¿PUEDE EMPEZAR AHORA?

*Si le concedieron permiso, inicie la entrevista. Si la mujer no quiere continuar, agrádescale, llene la pregunta WM7, y prosiga con la siguiente entrevista. Discuta el resultado con su supervisora para una futura revisita..*

WM8. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento: Mes ..... NS mes .....98  Año ..... NS año .....9998	
WM9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?	Edad (en años completos) ..... __ __	

WM10. ¿ASISTIÓ ALGUNA VEZ A LA ESCUELA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒WM14
WM11. ¿CUÁL ES NIVEL ESCOLAR MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO UD.: PRIMARIA, SECUNDARIA O SUPERIOR?	Primaria ..... 1 Secundaria..... 2 Superior ..... 3  Curriculum no-estándar ..... 6	
WM12. ¿CUÁL ES EL MÁS ALTO GRADO QUE UD. COMPLETÓ EN ESE NIVEL?	Grado.....__ __	
<p>WM13. <i>Verifique WM11:</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Secundaria o superior. ⇒ Vaya al siguiente Módulo</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Primaria o curriculum no-estándar. ⇒ Continúe con WM14</i></p>		
<p>WM14. ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ÉSTA FRASE.</p> <p><i>Muéstrele las frases a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer toda la frase, indague:</i></p> <p>¿ME PUEDE LEER PARTE DE LA FRASE?</p> <p><i>Ejemplo de frases para prueba de lectura:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>El niño está leyendo un libro.</i></li> <li>2. <i>El invierno llegó tarde éste año.</i></li> <li>3. <i>Los padres deben cuidar a sus hijos.</i></li> <li>4. <i>La agricultura es un trabajo duro.</i></li> </ol>	<p>No pudo leer nada ..... 1 Pudo leer solo partes de la frase ..... 2 Pudo leer toda la frase ..... 3 La frase no estaba en el idioma requerido _____ 4 <i>(especifique Idioma)</i> Ciega/muda, vista/habla deteriorada..... 5</p>	

MÓDULO DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ		CM
<p><i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres de 15-49 años. Todas las preguntas se refieren solamente a niños(as) nacidos VIVOS.</i></p>		
<p>CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?</p> <p><i>Si "No" indague preguntando: ¿ES DECIR, UN(A) NIÑO(A) QUE HAYA RESPIRADO O LLORADO O MOSTRADO ALGÚN SIGNO DE VIDA AUNQUE ÉL/ELLA SÓLO HAYA VIVIDO POR POCOS MINUTOS U HORAS?</i></p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2</p>	<p>2⇒ MÓDULO MATRIMO NIO/UNION</p>
<p>CM2A. ¿CUÁL FUE LA FECHA DE SU PRIMER NACIMIENTO?</p> <p>ES DECIR, ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED DIO A LUZ AUNQUE EL/LA NIÑO(A) NO ESTÉ VIVO O SI EL/LA NIÑO(A) ES DE OTRO HOMBRE DIFERENTE A SU ACTUAL ESPOSO/COMPANERO?</p> <p><i>Salte a CM3 solo si le dio el año de su primer nacimiento. En caso contrario, continúe con CM2B.</i></p>	<p>Fecha del primer nacimiento Día ..... NS día .....98</p> <p>Mes ..... NS Mes .....98</p> <p>Año ..... NS año .....9998</p>	<p>⇒CM3 ⇓CM2B</p>
<p>CM2B. ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE USTED TUVO SU PRIMER NACIMIENTO/PARTO?</p>	<p>Años completos desde su primer nacimiento ..... </p>	
<p>CM3. ¿TIENE UD. ALGÚN HIJO/HIJA QUE UD. HAYA DADO A LUZ Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2</p>	<p>2⇒CM5</p>
<p>CM4. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN CON USTED?</p> <p>¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN CON USTED?</p>	<p>Hijos varones en casa..... Hijas en casa .....</p>	
<p>CM5. ¿HA DADO UD. A LUZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE ESTÉ VIVO PERO QUE NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2</p>	<p>2⇒CM7</p>
<p>CM6. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED?</p> <p>¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED?</p>	<p>Hijos varones fuera de casa ..... Hijas fuera de casa .....</p>	
<p>CM7. ¿HA DADO UD. A LUZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO QUE FALLECIÓ DESPUÉS?</p>	<p>Sí ..... 1 No ..... 2</p>	<p>2⇒CM9</p>
<p>CM8. ¿CUÁNTOS NIÑOS HAN MUERTO?</p> <p>CUÁNTAS NIÑAS HAN MUERTO?</p>	<p>Niños muertos..... Niñas muertas.....</p>	
<p>CM9. <i>Sume las respuestas de CM4, CM6, y CM8.</i></p>	<p>Total.....</p>	

<p>CM10. SÓLO PARA ESTAR SEGURA DE QUE TENGO LA INFORMACION CORRECTA: USTED HA TENIDO EN TOTAL (número total) HIJOS NACIDOS VIVOS DURANTE TODA SU VIDA. ¿ES ESTO CORRECTO?</p> <p><input type="checkbox"/> Si. ⇒ Vaya a CM11</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Verifique las respuestas y haga las correcciones necesarias antes de continuar con CM11</p>		
<p>CM11. DE ESTOS (número total) NACIMIENTOS QUE UD. HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO (AUNQUE ÉL/ELLA HAYA MUERTO)?</p> <p><i>Si no se sabe el día, anote '98' en espacio para día.</i></p>	<p>Fecha del último nacimiento</p> <p>Día/Mes/Año ..... _ _ / _ _ / _ _ _ _ _</p>	
<p>CM12. Verifique CM11: ¿El último nacimiento de la mujer ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la entrevista en 2003)?</p> <p><i>Si el niño(a) murió, tenga especial cuidado cuando se refiera él(ella) por el nombre en los siguientes módulos.</i></p> <p><input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Vaya a módulo de MATRIMONIO/UNIÓN.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí tuvo nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Continúe con CM13</p> <p style="text-align: center;">Nombre del niño(a) _____</p>		
<p>CM13. EN EL MOMENTO EN QUE QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA UD. QUEDAR EMBARAZADA ENTONCES, QUERÍA ESPERAR MÁS TARDE, O NO QUERÍA MÁS HIJOS?</p>	<p>Entonces..... 1</p> <p>Más tarde..... 2</p> <p>No más ..... 3</p>	



<b>MÓDULO TOXOIDE TETÁNICO (TT)</b>		<b>TT</b>
<i>Este módulo es para ser aplicado a todas las mujeres con un niño o niña nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i>		
TT1. ¿TIENE UD. UNA TARJETA (CARNÉ) U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS?	Sí (tarjeta vista)..... 1 Sí (tarjeta no vista)..... 2 No..... 3  NS..... 8	
<i>Si le muestran la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas de las próximas preguntas.</i>		
TT2. CUÁNDO QUEDÓ EMBARAZADA DE SU ÚLTIMO HIJO, ¿RECIBIÓ UD. ALGUNA INYECCIÓN PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER (INYECCIÓN ANTITETÁNICA, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO)?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8	2⇒TT5 8⇒TT5
TT3. Si "Sí": ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UD. ESTA INYECCIÓN ANTITETÁNICA DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO?	No. de veces..... __ __ NS.....98	98⇒TT5
TT4. ¿Cuántas dosis de TT fueron reportadas durante su último embarazo en TT3?		
<input type="checkbox"/> Por lo menos dos inyecciones de TT durante el último embarazo. ⇒ Vaya al siguiente Módulo		
<input type="checkbox"/> Menos de dos inyecciones de TT durante el último embarazo. ⇒ Continúe con TT5		
TT5. ¿RECIBIÓ UD. ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE SU ÚLTIMO EMBARAZO?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8	2⇒SIG. MÓDULO 8⇒SIG. MÓDULO
TT6. ¿CUÁNTAS VECES LA RECIBIÓ?	No. de veces..... __ __	
TT7. ¿EN QUE MES Y AÑO RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTI TETÁNICA ANTES DE ESE ÚLTIMO EMBARAZO?	Mes..... __ __ NS mes.....98  Año..... __ __ __ __ NS año.....9998	⇒SIG. MÓDULO ↓TT8
<i>Salte al siguiente módulo sólo si le dieron el año de la inyección. En caso contrario, continúe con TT8.</i>		
TT8. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE UD. RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESE ÚLTIMO EMBARAZO?	Hace (años)..... __ __	

<b>MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO</b>		<b>MN</b>															
<p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un niño o niña nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique CMI2 del módulo de mortalidad en la niñez y escriba el nombre del último niño(a) nacido vivo aquí . Use el nombre de éste niño(a) en las siguientes preguntas, donde se indique.</i></p>																	
<p>MN1. EN LOS PRIMEROS 2 MESES DESPUÉS DE SU ÚLTIMO PARTO DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ UD. UNA DOSIS DE VITAMINA A COMO ÉSTA?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS ..... 8</p>																
<p><i>Muestre cápsulas o dispensador de 200,000 UI</i></p>																	
<p>MN2. ¿VIO USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL DE ESTE EMBARAZO?</p> <p><i>Si 'SI': ¿A QUIÉN VIÓ? ¿A ALGUIEN MÁS?</i></p> <p><i>Indague por otro tipo de persona vista y circule todas las respuestas dadas.</i></p>	<p>Profesional de la salud:  Doctor ..... A  Enfermera/comadrona ..... B  Comadrona auxiliar ..... C  Otra persona  Partera tradicional ..... F  Trabajadora de salud comunitaria ..... G  Pariente/amiga (o) ..... H  Otra (<i>especifique</i>) ..... X  A nadie ..... Y</p>	<p>Y⇒MN7</p>															
<p>MN3. COMO PARTE DE SU ATENCIÓN PRENATAL, ¿LE HICIERON ALGO DE LO SIGUIENTE AL MENOS UNA VEZ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>MN3A. LA PESARON?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MN3B. LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MN3C. LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MN3D. LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Si	No	MN3A. LA PESARON?	1	2	MN3B. LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	1	2	MN3C. LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	1	2	MN3D. LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	1	2	
	Si	No															
MN3A. LA PESARON?	1	2															
MN3B. LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	1	2															
MN3C. LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	1	2															
MN3D. LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	1	2															
<p>MN4. DURANTE ALGUNA DE LAS VISITAS PRENATALES POR EMBARAZO, ¿LE DIERON ALGUNA INFORMACIÓN O ASESORÍA ACERCA DEL SIDA O DEL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS ..... 8</p>																
<p>MN5. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿LE HICIERON PRUEBAS DE VIH/SIDA COMO PARTE DE SU CUIDADO PRENATAL?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2⇒MN7  8⇒MN7</p>															
<p>MN6. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿LE DIERON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS ..... 8</p>																
<p>MN7. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE SU ÚLTIMO HIJO (<i>nombre</i>)?</p> <p>¿ALGUIEN MÁS?</p> <p><i>Indague por la persona que la asistió y circule todas las respuestas dadas..</i></p>	<p>Profesional de la salud:  Doctor ..... A  Enfermera/comadrona ..... B  Comadrona auxiliar ..... C  Otra persona  Partera tradicional ..... F  Trabajadora de la salud comunitaria ..... G  Pariente/amiga (o) ..... H  Otra (<i>especifique</i>) ..... X  Nadie ..... Y</p>																

<p>MN8. ¿DÓNDE DIO UD. A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si el sitio fue un hospital, un centro de salud, o una clínica, escriba el nombre abajo. Indague para identificar el tipo de sitio y marque con un círculo el código correspondiente</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del sitio)</i></p>	<p>Hogar</p> <p>Su hogar .....11</p> <p>Otro hogar .....12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno .....21</p> <p>Clínica del gob./centro de salud .....22</p> <p>Otra institución pública (<i>especifique</i>) _____ 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital Privado .....31</p> <p>Clínica privada .....32</p> <p>Casa privada de maternidad .....33</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) _____ 36</p> <p>Otro sitio (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	
<p>MN9. CUANDO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande ..... 1</p> <p>Más grande que el promedio ..... 2</p> <p>Tamaño promedio ..... 3</p> <p>Más pequeño que el promedio ..... 4</p> <p>Muy pequeño ..... 5</p> <p>NS ..... 8</p>	
<p>MN10. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒ MN12</p> <p>8⇒ MN12</p>
<p>MN11. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible..</i></p>	<p>De tarjeta ..... 1 (kilogramos) __ . ____</p> <p>De memoria ..... 2 (kilogramos) __ . ____</p> <p>NS ..... 99998</p>	
<p>MN12. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒ SIG. MÓDULO</p>
<p>MN13. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO POR PRIMERA VEZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En caso contrario, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente ..... 000</p> <p>Horas ..... 1 ____</p> <p>o</p> <p>Días ..... 2 ____</p> <p>No sabe/no recuerda ..... 998</p>	

MÓDULO DE MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada ..... 1 Sí, viviendo con un hombre ..... 2 No, no en unión ..... 3	3⇒MA3
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO O COMPAÑERO EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?	Edad en años.....__ __ NS.....98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. ¿ALGUNA VEZ HA ESTADO UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE?	Sí, estuvo casada ..... 1 Sí, vivió con un hombre ..... 2 No ..... 3	3⇒SIG. MÓDULO
MA4. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA? ¿ES UD. VIUDA, SEPARADA O DIVORCIADA?	Viuda ..... 1 Divorciada ..... 2 Separada ..... 3	
MA5. ¿HA ESTADO UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE SOLO 1 VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Solo una vez ..... 1 Más de una vez ..... 2	
MA6. ¿EN QUÉ MES Y AÑO SE CASÓ POR PRIMERA VEZ O EMPEZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE?	Mes .....__ __ NS mes .....98 Año .....__ __ NS año .....9998	
MA7. Verifique MA6:		
<input type="checkbox"/> Sabe el mes y el año de matrimonio/unión? ⇒ Vaya al siguiente Módulo		
<input type="checkbox"/> No sabe mes o año de matrimonio/unión? ⇒ Continúe con MA8		
MA8. ¿QUÉ EDAD TENÍA UD. CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON SU PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO?	Edad en años.....__ __	

MÓDULO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE OTRO TEMA –PLANIFICACIÓN FAMILIAR- Y SU SALUD REPRODUCTIVA.  ¿ESTÁ UD. EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada ..... 1 No ..... 2 No está segura o NS..... 8	1⇒ SIG. MÓDULO
CP2. ALGUNAS PERSONAS USAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒ SIG. MÓDULO
CP3. ¿QUÉ MÉTODO ESTÁ USANDO?  <i>No insinúe o sugiera una respuesta</i> <i>Si más de un método mencionado, circule cada uno.</i>	Esterilización femenina ..... A Esterilización masculina ..... B Píldora ..... C DIU ..... D Inyecciones ..... E Implantes ..... F Condones ..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Espuma/jalea ..... J MELA (amenorrea por lactancia) ..... K Ritmo ..... L Retiro ..... M  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X	

MÓDULO DE VIH/SIDA		HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON UD. ACERCA DE ALGO MÁS.  ¿ALGUNA VEZ HA OIDO HABLAR SOBRE EL VIRUS DEL VIH O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒ SIG. MÓDULO
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA TENIENDO UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA4. PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA5. ¿PUEDE UNA PERSONA CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA ABSTENIÉNDOSE DE TENER RELACIONES SEXUALES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA7. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA DE SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA7A. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA AL PONERSE UNA INYECCIÓN CON UNA AGUJA YA USADA POR ALGUIEN MÁS?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA8. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
HA9. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO?		
HA9A. DURANTE EL EMBARAZO?	Sí No NS Durante el embarazo ..... 1 2 8	
HA9B. DURANTE EL PARTO?	Durante el parto ..... 1 2 8	
HA9C. POR MEDIO DE LA LECHE MATERNA?	Por medio de la leche materna . 1 2 8	
HA10. SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/no está segura/depende ..... 8	
HA11. ¿UD. LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/no está segura/depende ..... 8	
HA12. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIA CON EL VIRUS DEL SIDA, QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/no está segura/depende ..... 8	
HA13. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL EN SU CASA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/no está segura/depende ..... 8	

<p>HA14. Verifique MN5: ¿Le hicieron prueba de VIH durante el periodo de cuidado prenatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si. ⇒ Vaya a HA18A</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con HA15</p>		
<p>HA15. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒HA18</p>
<p>HA16. NO QUIERO QUE USTED ME DIGA LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PERO, ¿LE HAN DICHO EL RESULTADO DE LA PRUEBA?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p>HA17. ¿UD. MISMA PIDIÓ QUE LE HICIERAN LA PRUEBA, SE LA OFRECIERON Y UD. LA ACEPTÓ, O SE REQUERÍA?</p>	<p>Pidió la prueba ..... 1</p> <p>Ofrecida y aceptada ..... 2</p> <p>Requerida ..... 3</p>	<p>1⇒SIG. MÓDULO</p> <p>2⇒SIG. MÓDULO</p> <p>3⇒SIG. MÓDULO</p>
<p>HA18. EN ESTOS MOMENTOS, ¿SABE USTED DE ALGÚN SITIO DONDE PUEDA IR Y HACERSE LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p>HA18A. Si le hicieron prueba de VIH durante el cuidado prenatal: DIFERENTE A LA CLÍNICA PRENATAL, ¿SABE UD. DE ALGÚN OTRO SITIO DONDE PUEDA IR A HACERSE LA PRUEBA PARA VER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>		

Siga las instrucciones en su Manual de la Entrevistadora.







## CUESTIONARIO PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

<b>PANEL DE INFORMACION PARA NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS</b>		<b>UF</b>
<p><i>Este cuestionario es para ser aplicado a todas las/los madres/padres o tutoras/tutores (ver columna HL8 del listado de hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL5 del listado de hogar).</i></p> <p><i>Se debe usar un formulario separado para cada niño(a) elegible</i></p> <p><i>Escriba el número de conglomerado y de hogar, y los nombres y números de línea del niño(a) y de la madre o tutora/tutor en el espacio de abajo. Escriba su propio nombre, número y fecha..</i></p>		
UF1. Número de Conglomerado: _____	UF2. Número de Hogar: _____	
UF3. Nombre del Niño(a): _____	UF4. Número de Línea del Niño(a): _____	
UF5. Nombre de la Madre o Tutora/Tutor: _____	UF6. Número de Línea de la Madre o Tutora/Tutor: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: _____	UF8. Día/Mes/Año de la entrevista: ____ / ____ / _____	
UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 5 años	Completa ..... 1 Ausente ..... 2 Rechazo ..... 3 Incompleta ..... 4 Incapacitado ..... 5	
<i>(Códigos de referencia de la madre o tutora/tutor.)</i>	Otro (especifique) ..... 6	

*Repita el saludo si aún no se lo ha leído a ésta encuesta:*

SOMOS DE (**país-afiliación específica**). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLARLE DE ESTO. LA ENTREVISTA TOMARÁ CERCA DE (**número**) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NUNCA SERÁN IDENTIFICADAS. UD. NO ESTÁ OBLIGADA A RESPONDER NINGUNA PREGUNTA QUE NO QUIERA, Y PUEDE SUSPENDER LA ENTREVISTA EN CUALQUIER MOMENTO. ¿PUEDE COMENZAR AHORA?

*Si le ha concedido permiso, comience la entrevista. Si la entrevistada no quiere continuar, agradézcale y comience la siguiente entrevista. Discuta éste resultado con su supervisora para definir una futura revisita.*

UF10. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE CADA NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS QUE ESTÁ BAJO SU CUIDADO, Y QUE VIVE CON UD. AHORA. QUIERO PREGUNTARLE POR ( <i>nombre</i> ). ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ ( <i>nombre</i> )?  <i>Indague:</i> ¿CUÁL ES LA FECHA DE SU CUMPLEAÑOS?  <i>Si la madre o tutora/tutor sabe la fecha exacta de su cumpleaños, anote también el día; en caso contrario circule 98 para día.</i>	Fecha de nacimiento:  Día ..... NS día .....98  Mes .....  Año .....
UF11. ¿QUÉ EDAD TENÍA ( <i>nombre</i> ) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? <i>Anote la edad en años completos.</i>	Edad en años completos .....

MÓDULO DE REGISTRO DE NACIMIENTO Y APRENDIZAJE TEMPRANO		BR
BR1. ¿TIENE ( <i>nombre</i> ) UN REGISTRO DE NACIMIENTO?  ¿LO PUEDO VER?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No ..... 3  NS..... 8	1⇒BR5
BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE ( <i>nombre</i> ) ANTE LAS AUTORIDADES CIVILES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. ¿POR QUÉ NO HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE ( <i>nombre</i> )?	Cuesta mucho ..... 1 Debo viajar muy lejos..... 2 No sabía que debía ser registrado ..... 3 No quería pagar multa ..... 4 No sabe donde registrarlo..... 5  Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 6 NS..... 8	
BR4. ¿SABE USTED COMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO?	Sí ..... 1 No ..... 2	
BR5. Verifique la edad del niño(a) en UF11: ¿Tiene el niño(a) 3 o 4 años de edad?		
<input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con BR6		
<input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a BR8		
BR6. ¿ASISTE ( <i>nombre</i> ) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDIN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ ( <i>nombre</i> )?	No. de horas ..... _ _	
BR8. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON ( <i>nombre</i> ):  <i>Si "SI", pregunte: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON EL NIÑO(A) – LA MADRE, EL PADRE DEL NIÑO(A) U OTRO ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR (INCLUYENDO LA ENCARGADA/ENCUESTADA)?</i> <i>Circule todas las opciones que aplica.</i>		
BR8A. LEE LIBROS O MIRA LIBROS DE PINTURA CON ( <i>nombre</i> )?	Libros	Madre A Padre B Otro X Nadie Y
BR8B. LE CUENTA HISTORIAS A ( <i>nombre</i> )?	Historias	A B X Y
BR8C. CANTA CANCIONES CON ( <i>nombre</i> )?	Canciones	A B X Y
BR8D. SACA A ( <i>nombre</i> ) FUERA DE LA CASA, RECINTO, PATIO O ENCIERRO?	Lo saca	A B X Y
BR8E. JUEGA CON ( <i>nombre</i> )?	Juega con	A B X Y
BR8F. PASA TIEMPO CON ( <i>nombre</i> ) CONTÁNDOLE COSAS Y/O HACIENDO DIBUJOS?	Pasa tiempo con	A B X Y

<b>MÓDULO DE VITAMINA A</b>		<b>VA</b>
VA1. ¿LE HAN DADO ALGUNA VEZ A ( <i>nombre</i> ) UNA CÁPSULA (SUPLEMENTO) DE VITAMINA A COMO ÉSTA?  <i>Muestre la cápsula o dispensador de las diferentes dosis – 100,000 UI para edades de 6-11 meses, 200,000 UI para edades de 12-59 meses.</i>	Sí ..... 1 No ..... 2  NS..... 8	2⇒SIG. MÓDULO  8⇒SIG. MÓDULO
VA2. ¿HACE CUÁNTOS MESES TOMÓ ( <i>nombre</i> ) LA ÚLTIMA DOSIS?	No de meses.....__ __  NS.....98	
VA3. ¿DÓNDE RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ESA ÚLTIMA DOSIS?	En visita rutinaria a centro de salud .... 1 Visita de niño(a) enfermo a centro de salud ..... 2 Día de Campaña Nacional de Vacunación ..... 3  Otro ( <i>especifique</i> ) _____ 6  NS..... 8	

MÓDULO DE LACTANCIA		BF
BF1. ¿HA SIDO AMAMANTADO ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO(A)?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
BF3. DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, ¿HA RECIBIDO ÉL/ELLA ALGO DE LO SIGUIENTE:  <i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta antes de pasar al próximo rubro.</i>		
		Sí No NS
BF3A. SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS, MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO?	A. Suplementos vitamínicos.....1 2 8	
BF3B. AGUA?	B. Agua solamente.....1 2 8	
BF3C. AGUA AZUCARADA, AGUA CON SABOR, JUGOS DE FRUTAS, TÉ O INFUSIÓN?	C. Agua azucarada o jugo .....1 2 8	
BF3D. SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)?	D. SRO .....1 2 8	
BF3E. FÓRMULA PARA BEBÉS?	E. Fórmula para bebé .....1 2 8	
BF3F. LECHE FRESCA EN POLVO O DE LATA?	F. Leche.....1 2 8	
BF3G. ALGÚN OTRO LÍQUIDO?	G. Otros líquidos .....1 2 8	
BF3H. COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA (PURÉ)?	H. Comida sólida o semisólida .....1 2 8	
BF4. Verifique BF3H: El niño(a) recibió alimento sólido o semisólido (puré)?		
<input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con BF5		
<input type="checkbox"/> No o NS. ⇒ Vaya al siguiente Módulo		
BF5. DESDE EL DÍA DE AYER A ESTA MISMA HORA, ¿CUÁNTAS VECES HA COMIDO ( <i>nombre</i> ) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O ALIMENTOS SUAVES QUE NO SEAN LÍQUIDOS?	No. de veces ..... No sabe ..... 8	
<i>Si 7 o más veces, anote '7'</i>		

MÓDULO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES		CA
<p>CA1. ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) DIARREA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ES DECIR, DESDE (<i>día de la semana</i>) DE LA SEMANA ANTERIOR A LA ÚLTIMA?</p> <p><i>La diarrea es definida como lo perciben la madre o guardián, o como tres deposiciones flojas o aguadas por día, o deposiciones con sangre.</i></p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2⇒CA5  8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANTE ESTE ÚLTIMO CASO DE DIARREA, ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) ALGO DE LO SIGUIENTE:</p> <p><i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta antes de pasar al próximo rubro.</i></p>	<p style="text-align: right;">Si No NS</p> <p>A. Líquido de SRO en paquete ..... 1 2 8  B. Líquido casero recomendado ..... 1 2 8  C. Líquido pre-empacado de SRO.... 1 2 8</p>	
<p>CA2A. UN LÍQUIDO HECHO DE UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO (<i>nombre local para el suero de paquete</i>)?</p> <p>CA2B. ¿LÍQUIDO CASERO RECOMENDADO POR EL GOBIERNO?</p> <p>CA2C. ¿UN LÍQUIDO PRE-EMPACADO DE SRO PARA LA DIARREA?</p>		
<p>CA3. DURANTE LA ENFERMEDAD DE (<i>nombre</i>) ¿BEBIÓ ÉL/ELLA MUCHO MENOS, LO MISMO O MÁS QUE LO DE COSTUMBRE?</p>	<p>Mucho menos o nada ..... 1  Lo mismo (o algo menos) ..... 2  Más..... 3  NS..... 9</p>	
<p>CA4. DURANTE LA ENFERMEDAD DE (<i>nombre</i>) ¿COMIÓ ÉL/ELLA MENOS, LO MISMO O MÁS ALIMENTOS QUE DE CONSTUMBRE?</p> <p><i>Si “menos”, indague:</i>  ¿MUCHO MENOS O UN POCO MENOS?</p>	<p>Nada ..... 1  Mucho menos ..... 2  Un poco menos..... 3  Lo mismo ..... 4  Más..... 5  NS..... 8</p>	
<p>CA5. ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON TOS EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ES DECIR, DESDE (<i>día de la semana</i>) DE LA SEMANA ANTERIOR A LA ÚLTIMA?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2⇒CA12  8⇒CA12</p>
<p>CA6. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTABA ENFERMO CON TOS, ¿ÉL/ELLA RESPIRABA MÁS RÁPIDO QUE DE COSTUMBRE CON RESPIRACIONES CORTAS Y RÁPIDAS O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2⇒CA12  8⇒CA12</p>
<p>CA7. ¿SE DEBIERON LOS SÍNTOMAS A PROBLEMAS EN EL PECHO O A NARIZ TAPADA?</p>	<p>Problemas en el pecho ..... 1  Nariz tapada ..... 2  Ambos ..... 3  Otro (<i>especifique</i>) ..... 6  NS..... 8</p>	<p>2⇒CA12  6⇒CA12</p>
<p>CA8. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD FUERA DEL HOGAR?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2⇒CA10  8⇒CA10</p>

<p>CA9. ¿DÓNDE BUSCÓ USTED ATENCIÓN?</p> <p>¿ALGUN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados pero NO sugiera o insinúe la respuesta.</i></p> <p><i>Si el sitio es un hospital, un centro de salud, o una clínica, escriba el nombre abajo. Indague para identificar el tipo de sitio y circule el código correspondiente.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del Gobierno..... A</p> <p>Centro de salud del Gobierno ..... B</p> <p>Puesto de salud del Gobierno ..... C</p> <p>Trabajador de la salud de la aldea ..... D</p> <p>Clínica móvil/de mayor cobertura..... E</p> <p>Otra entidad pública (<i>especifique</i>) _____ H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital/clínica privada ..... I</p> <p>Médico privado..... J</p> <p>Farmacia privada ..... K</p> <p>Clínica móvil ..... L</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) _____ O</p> <p>Otro sitio</p> <p>Pariente o amigo (a)..... P</p> <p>Tienda ..... Q</p> <p>Médico tradicional ..... R</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ X</p>	
<p>CA10. ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA MEDICINA PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA11. ¿QUÉ MEDICINA LE DIERON A (<i>nombre</i>)</p> <p><i>Circule todas las medicinas administradas.</i></p>	<p>Antibióticos ..... A</p> <p>Paracetamol/Panadol/Acetaminofen ..... P</p> <p>Aspirina..... Q</p> <p>Ibuprofeno..... R</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>NS..... Z</p>	
<p>CA12. Verifique UF11: ¿El niño(a) es menor de 3 años 3?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con CA13</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a CA14</p>		
<p>CA13. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) HIZO UNA DEPOSICIÓN, ¿QUÉ HIZO PARA DESHACERSE DE LA DEPOSICIÓN (POPO)?</p>	<p>El niño(a) usó el inodoro/letrina ..... 01</p> <p>La botó en el inodoro o letrina..... 02</p> <p>La botó en el desagüe o zanja ..... 03</p> <p>La tiró a la basura (desperdicio sólido) ..... 04</p> <p>La enterró ..... 05</p> <p>La dejó en el suelo..... 06</p> <p>Otra (<i>especifique</i>) _____ 96</p> <p>NS..... 98</p>	

<p><i>Haga la siguiente pregunta (CA14) sólo una vez por cada guardián.</i></p> <p><b>CA14. ALGUNAS VECES LOS NIÑOS(AS) TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD. ¿CUÁLES SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA AL NIÑO(A) A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?</b></p> <p><i>Continúe preguntando por más síntomas o signos hasta que la guardián no pueda recordar más síntomas.</i></p> <p><i>Circule todos los síntomas mencionados, Pero no se adelante a hacer ninguna sugerencia.</i></p>	<p>Si el niño(a) no puede beber o mamar ..... A</p> <p>Si se pone más enfermo ..... B</p> <p>Si le da fiebre ..... C</p> <p>Si tiene respiraciones rápidas ..... D</p> <p>Si tiene dificultad para respirar ..... E</p> <p>Si hace deposiciones con sangre ..... F</p> <p>Si bebe poco ..... G</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ Y</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ Z</p>
--	---

MÓDULO DE INMUNIZACION								IM
<p><i>Si le han facilitado la tarjeta (carné) de inmunización, copie las fechas en las preguntas IM2-IM8 por cada tipo de inmunización o dosis de vitamina A registrada en la tarjeta. Las preguntas IM10-IM18 son para anotar las vacunas que no han sido registradas en la tarjeta. Las preguntas IM10-IM18 sólo se harán cuando no hay tarjeta.</i></p>								
1. IM1. ¿TIENE (nombre) UNA TARJETA DE VACUNACIÓN?		Si, visto ..... 1 Si, no visto ..... 2 No ..... 3						2⇒IM10 3⇒IM10
a) Copie de la tarjeta las fechas de las vacunas; b) Anote '44' en la columna de 'DIA' si la tarjeta muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación.		Fecha de Vacunación						
		DÍA		MES		AÑO		
IM2. BCG	BCG							
IM3A. POLIO AL NACER	POL 0							
IM3B. POLIO 1	POL 1							
IM3C. POLIO 2	POL 2							
IM3D. POLIO 3	POL 3							
IM4A. DPT1	DPT1							
IM4B. DPT2	DPT2							
IM4C. DPT3	DPT3							
IM5A. HEPB1 (O DPTHEPB1)	(DPT)H1							
IM5B. HEPB2 (O DPTHEPB2)	(DPT)H2							
IM5C. HEPB3 (O DPTHEPB3)	(DPT)H3							
IM6. SARAPIÓN (O MMR)	SARAMP.							
IM7. FIEBRE AMARILLA	FY							
IM8A. VITAMINA A (1)	VITA1							
IM8B. VITAMINA A (2)	VITA2							
IM9. ADEMÁS DE LAS VACUNAS MARCADAS EN ESTA TARJETA (CARNÉ), ¿RECIBIO (nombre) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUYENDO VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN? <i>Marque "Si" solo si la entrevistada menciona BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, Hepatitis B 1-3, Sarampión, Fiebre Amarilla, ó suplementos de vitamina A.</i>		Sí ..... 1 <i>(Indague por vacunas y escriba '66' en la columna correspondiente a día en IM2 a IM8B.)</i> No ..... 2 NS..... 8						1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19
IM10. (nombre) ¿HA RECIBIDO(nombre) ALGUNA VEZ VACUNAS PARA EVITAR QUE ÉL/ELLA SE ENFERME, INCLUYENDO LAS VACUNAS RECIBIDAS EN DÍAS NACIONALES DE VACUNACIÓN?		Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8						2⇒IM19 8⇒IM19



IM11. ¿HA RECIBIDO ( <i>nombre</i> ) LA VACUNA BCG, VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS, ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí.....1 No..... 2 NS..... 8	
IM12. ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VACUNA EN FORMA DE “GOTAS EN LA BOCA” PARA PROTEGERLO DE ENFERMEDADES, ES DECIR, POLIO?	Sí ..... 1 No..... 2 NS..... 8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA EL/ELLA CUANDO LE DIERON LA PRIMERA DOSIS – JUSTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (EN LAS PRIMERAS DOS SEMANAS) O MÁS TARDE?	Justo después que nació (en 2 semanas).. 1 Más adelante ..... 2	
IM14. ¿CUÁNTAS VECES LE DIERON ESAS GOTAS A ÉL/ELLA?	No. de veces.....	
IM15. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) “VACUNAS INYECTADAS DE DPT” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN LA NALGA-PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA? (ALGUNAS VECES SE APLICA JUNTO CON LA DEL POLIO)	Sí ..... 1 No..... 2 NS..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. ¿CUÁNTAS VECES?	No. de veces.....	
IM17. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) “VACUNAS INYECTADAS CONTRA EL SARAMPIÓN” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LA EDAD DE 9 MESES O MÁS – PARA PROTEGERLO(LA) DEL SARAMPIÓN?	Sí ..... 1 No..... 2 NS..... 8	
IM18. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A ( <i>nombre</i> ) “VACUNAS INYECTADAS CONTRA LA FIEBRE AMARILLA” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LA EDAD DE 9 MESES O MÁS – PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LES DE FIEBRE AMARILLA? (ALGUNAS VECES ADMINISTRADA JUNTO CON LA VACUNA DEL SARAMPIÓN)	Sí.....1 No..... 2 NS..... 8	
IM19. POR FAVOR, DÍGAME SI ( <i>nombre</i> ) HA PARTICIPADO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DÍAS NACIONALES DE VACUNACIÓN Y/O VITAMINA A O EN CAMPAÑAS DE SALUD INFANTIL :		
IM19A. FECHA/TIPO DE CAMPAÑA A		S N NS Campaña A.....1 2 8
IM19B. FECHA/TIPO DE CAMPAÑA B		Campaña B.....1 2 8
IM19C. FECHA/TIPO DE CAMPAÑA C		Campaña C.....1 2 8

IM20. ¿Es parte del hogar algún otro niño(a) elegible en el cual la entrevistada es la madre/encargada?  
Verifique el listado de hogar, columna HL8.

Sí. ⇒ Termine el cuestionario y luego  
Vaya a CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS para aplicárselo al siguiente niño(a) elegible.

No. ⇒ Termine la entrevista con ésta persona agradeciéndole su cooperación.

Si éste es el último niño(a) elegible del hogar, vaya al MÓDULO DE ANTROPOMETRIA.

MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		AN
<p><i>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.</i></p>		
AN1. Peso del niño(a).	Kilogramos (kg).....	__ . __
AN2. Talla o estatura del niño(a).		
<p><i>Verifique la edad del niño(a) en UF11:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Niños(as) menores de dos años. ⇒ <i>Mida su talla (acostado).</i></p> <p><input type="checkbox"/> Niños(as) de 2 años o más. ⇒ <i>Mida talla (de pie).</i></p>		
	Talla (cm) Acostado .....	1 ____ . ____
	Estatura (cm) De pie .....	2 ____ . ____
AN3. Código de identificación de la persona que tomó las medidas.	Código .....	__
AN4. Resultado de la medición.	Medido .....	1
	Ausente .....	2
	Rechazo .....	3
	Otro ( <i>especifique</i> ) .....	6

AN5. <i>¿Hay otro niño(a) en este hogar que sea elegible para ser medido?</i>
<input type="checkbox"/> <i>Sí. ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño(a).</i>
<input type="checkbox"/> <i>No. ⇒ Finalice la entrevista con éste hogar agradeciendo a todos los participantes por su colaboración.</i>
<i>Reúna todos los cuestionarios de éste hogar y verifique que todos los números de identificación hayan quedado anotados en cada página. Cuente en el panel de información del cuestionario de hogar el número de entrevistas completas</i>

**MÓDULOS Y PREGUNTAS ADICIONALES**  
**A SER INSERTADAS POR LOS PAÍSES AFECTADOS**

1. MALARIA
  - a. MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDAS
  - b. TRATAMIENTO PREVENTIVO INTERMITENTE PARA MUJERES EMBARAZADAS
  - c. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA PARA MENORES DE 5 AÑOS
2. NIÑOS(AS) HUÉRFANOS Y VULNERABLES POR CAUSA DEL VIH/SIDA (CON LISTADO DE HOGAR EXTENDIDO)
3. MATRIMONIO/UNIÓN CON POLIGINIA
4. CIRCUNCISIÓN FEMENINA
5. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE MUJERES ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD

MÓDULO MTI		TN																																																
TN1. ¿TIENE SU HOGAR MOSQUITEROS PARA SER USADOS MIENTRAS DUERMEN?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒SIG. MÓDULO																																																
TN2. ¿CUÁNTOS MOSQUITEROS TIENE SU HOGAR?  <i>Si 7 o más mosquiteros, anote '7'.</i>	Número de mosquiteros..... ____																																																	
TN3. ¿ES EL MOSQUITERO(S) DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MARCAS:  <i>Lea cada una de las marcas, muestre la foto modelo, y circule los códigos Si o No para cada marca. Si es posible, observe el mosquitero y verifique la marca.</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">S</th> <th style="text-align: center;">N</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>Tratados permanentes:</b></td> </tr> <tr> <td>Marca A .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Marca B .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Mosquiteros pre-tratados:</b></td> </tr> <tr> <td>Marca C .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Marca D .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Otros mosquiteros:</b></td> </tr> <tr> <td>Marca E .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Marca F .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Otra marca (especifique marca).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marca desconocida .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	<b>Tratados permanentes:</b>				Marca A .....	1	2	8	Marca B .....	1	2	8	<b>Mosquiteros pre-tratados:</b>				Marca C .....	1	2	8	Marca D .....	1	2	8	<b>Otros mosquiteros:</b>				Marca E .....	1	2	8	Marca F .....	1	2	8	Otra marca (especifique marca).....	1	2		Marca desconocida .....	1	2		
	S	N	NS																																															
<b>Tratados permanentes:</b>																																																		
Marca A .....	1	2	8																																															
Marca B .....	1	2	8																																															
<b>Mosquiteros pre-tratados:</b>																																																		
Marca C .....	1	2	8																																															
Marca D .....	1	2	8																																															
<b>Otros mosquiteros:</b>																																																		
Marca E .....	1	2	8																																															
Marca F .....	1	2	8																																															
Otra marca (especifique marca).....	1	2																																																
Marca desconocida .....	1	2																																																
TN4. <i>Verifique TN3 para ver marca de los mosquitero(s). Revise la lista de arriba en orden hasta que pueda marcar una opción y siga las instrucciones</i> 1. <input type="checkbox"/> Mosquitero tratado para durar mucho tiempo (marca A o B) mencionada? ⇒ Vaya al siguiente Módulo 2. <input type="checkbox"/> Mosquitero pre-tratado (Marca C o D) mencionada? ⇒ Vaya a TN6 3. <input type="checkbox"/> Otra marca (marca E, F o alguna otra marca, o una marca desconocida) mencionada? ⇒ Continúe con TN5																																																		
TN5. CUANDO UD. OBTUVO EL MOSQUITERO (MÁS RECIENTE), ¿LO HABÍAN TRATADO YA CON ALGÚN INSECTICIDA PARA MATAR O REPELER MOSQUITOS?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/no está segura ..... 8																																																	
TN6. ¿HACE CUÁNTOS MESES OBTUVO EL MOSQUITERO (MÁS RECIENTE)?  <i>Si menos de un mes, anote '00'. Si la respuesta es "12 meses" o "1 año", indague para determinar si se obtuvo exactamente hace 12 meses o antes o después.</i>	Hace (Meses) ..... ____  Hace más de 24 meses .....95 No está segura .....98																																																	
TN7. DESDE QUE UD. OBTUVO EL MOSQUITERO (S) ¿ALGUNA VEZ SE HA EMPAPADO O SUMERGIDO (ALGUNO DE LOS MOSQUITEROS) EN UN LÍQUIDO PARA MATAR/REPELER MOSQUITOS?	Sí .....1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒SIG. MÓDULO 8⇒SIG. MÓDULO																																																
TN8. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO REALIZÓ EL REMOJO O SUMERSIÓN MÁS RECIENTE?  <i>Si menos de un mes, anote '00'. Si la respuesta es "12 meses" o "1 año", indague para determinar si el mosquitero fue tratado hace exactamente 12 meses o antes o después.</i>	Hace (Meses) ..... ____  Hace más de 24 meses .....95 No está segura .....98																																																	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
<p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un niño o niña nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i></p> <p><i>Verifique CM12 del módulo de mortalidad en la niñez y escriba el nombre del último niño(a) nacido vivo aquí</i></p> <p>_____.</p> <p><i>Use el nombre de éste niño(a) en las siguientes preguntas, donde se indique.</i></p>		
<p>MN1. EN LOS PRIMEROS 2 MESES DESPUÉS DE SU ÚLTIMO PARTO DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ UD. UNA DOSIS DE VITAMINA A COMO ÉSTA?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	
<p><i>Muestre cápsulas o dispensador de 200,000 UI.</i></p>		
<p>MN2. ¿VIO USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL DE ESTE EMBARAZO?</p> <p>Si 'SI': ¿A QUIÉN VIÓ? ¿A ALGUIEN MÁS?</p> <p><i>Indague por otro tipo de persona vista y circule todas las respuestas dadas.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Doctor ..... A</p> <p>Enfermera/comadrona ..... B</p> <p>Comadrona auxiliar ..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional ..... F</p> <p>Trabajadora de salud comunitaria ..... G</p> <p>Pariente/amiga (o) ..... H</p> <p>Otra (<i>especifique</i>) ..... X</p> <p>A nadie ..... Y</p>	<p>Y⇒MN7</p>
<p>MN3. COMO PARTE DE SU CUIDADO PRENATAL, ¿LE HICIERON ALGO DE LO SIGUIENTE AL MENOS UNA VEZ?</p>	<p>Sí No</p>	
<p>MN3A. LA PESARON?</p> <p>MN3B. LE TOMARON LA PRESIÓN SANGUÍNEA?</p> <p>MN3C. LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</p> <p>MN3D. LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</p>	<p>Pesada ..... 1 2</p> <p>Presión sanguínea ..... 1 2</p> <p>Muestra de orina ..... 1 2</p> <p>Muestra de sangre ..... 1 2</p>	
<p>MN4. DURANTE ALGUNA DE LAS VISITAS PRENATALES POR EMBARAZO, ¿LE DIERON ALGUNA INFORMACIÓN O ASESORÍA ACERCA DEL SIDA O DEL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>MN5. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿LE HICIERON PRUEBAS DE VIH/SIDA COMO PARTE DE SU CUIDADO PRENATAL?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒MN6A</p> <p>8⇒MN6A</p>
<p>MN6. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿LE DIERON LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>MN6A. DURANTE ESTE EMBARAZO, ¿TOMÓ UD. ALGUNA MEDICINA PARA PREVENIR LA MALARIA?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒MN7</p> <p>8⇒MN7</p>
<p>MN6B. ¿QUÉ MEDICINA TOMÓ UD. PARA PREVENIR LA MALARIA?</p> <p><i>Circule todas medicinas tomadas. Si no puede determinar el tipo de medicina, muéstrele la medicina contra la malaria típica..</i></p>	<p>SP/Fansidar ..... A</p> <p>Cloroquina ..... B</p> <p>Otra (<i>especifique</i>) ..... X</p> <p>NS..... Z</p>	
<p>MN6C. <i>Verifique MN6B para ver la medicina tomada:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tomó SP/Fansidar. ⇒ Continúe con MN6D</p> <p><input type="checkbox"/> No tomó SP/Fansidar. ⇒ Vaya a MN7</p>		
<p>MN6D. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ UD. SP/FANSIDAR DURANTE ESTE EMBARAZO PARA PREVENIR LA MALARIA?</p>	<p>Número de veces..... _ _</p>	

<p>MN7. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE SU ÚLTIMO HIJO (<i>nombre</i>)?</p> <p>¿ALGUIEN MÁS?</p> <p><i>Indague por la persona que la asistió y circule todas las respuestas dadas.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Doctor ..... A</p> <p>Enfermera/comadrona ..... B</p> <p>Comadrona auxiliar ..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional ..... F</p> <p>Trabajadora de la salud comunitaria ..... G</p> <p>Pariente/amiga (o) ..... H</p> <p>Otra (<i>especifique</i>) ..... X</p> <p>Nadie ..... Y</p>	
<p>MN8. ¿EN DÓNDE DIO UD. A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si el sitio fue un hospital, un centro de salud, o una clínica, escriba el nombre abajo. Indague para identificar el tipo de sitio y circule el código correspondiente.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del sitio</i>)</p>	<p>Hogar</p> <p>Su hogar .....11</p> <p>Otro hogar .....12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno .....21</p> <p>Clínica del gob./centro de salud .....22</p> <p>Otra institución pública (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital Privado .....31</p> <p>Clínica privada .....32</p> <p>Casa privada de maternidad .....33</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) ..... 36</p> <p>Otro sitio (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	
<p>MN9. CUANDO SU ÚLTIMO HIJO (<i>nombre</i>) NACIÓ, ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande ..... 1</p> <p>Más grande que el promedio ..... 2</p> <p>Tamaño promedio ..... 3</p> <p>Más pequeño que el promedio ..... 4</p> <p>Muy pequeño ..... 5</p> <p>NS ..... 8</p>	
<p>MN10. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO CUANDO NACIÓ?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒MN12</p> <p>8⇒MN12</p>
<p>MN11. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i></p>	<p>De la tarjeta ..... 1 (kilogramos) __ . ____</p> <p>De la memoria . 2 (kilogramos) __ . ____</p> <p>NS .....99998</p>	
<p>MN12. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒ SIG. MÓDULO</p>
<p>MN13. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO POR PRIMERA VEZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En caso contrario, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente .....000</p> <p>Horas ..... 1 ____</p> <p>o</p> <p>Días .....2 ____</p> <p>No sabe/no recuerda .....998</p>	

MÓDULO DE MALARIA PARA MENORES DE 5 AÑOS		ML
ML1. DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ES DECIR, DESDE ( <i>día de la semana</i> ) DE LA SEMANA ANTERIOR A LA ÚLTIMA, ¿HA ESTADO ( <i>nombre</i> ) ENFERMO CON FIEBRE?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. ¿FUE VISTO ( <i>nombre</i> ) EN ALGÚN CENTRO DE SALUD DURANTE ESTA ENFERMEDAD?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA FIEBRE O PARA LA MALARIA QUE HAYA SIDO SUMINISTRADO O PRESCRITO POR EL CENTRO DE SALUD?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. ¿CUÁL MEDICAMENTO TOMÓ ( <i>nombre</i> ) QUE FUERA PRESCRITO POR EL CENTRO DE SALUD?  <i>Circule todas las medicinas mencionadas.</i>	Contra la malaria: SP/Fansidar ..... A Cloroquina ..... B Amodiaquina ..... C Quinina ..... D Combinaciones con Artemisinina ..... E Otra medicina contra la malaria ( <i>especifique</i> ) ..... H  Otros medicamentos Paracetamol/Panadol/Acetaminofen ..... P Aspirina ..... Q Ibuprofeno ..... R  Otra ( <i>especifique</i> ) ..... X NS..... Z	
ML5. ¿LE DIERON A ( <i>nombre</i> ) ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA FIEBRE O LA MALARIA ANTES DE SER LLEVADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. ¿LE DIERON A ( <i>nombre</i> ) ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA FIEBRE O LA MALARIA DURANTE ESTA ENFERMEDAD?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. ¿CUÁL MEDICAMENTO LE DIERON A ( <i>nombre</i> )?  <i>Circule todas las medicinas que le hayan dado. Pida que le muestre el medicamento si no es conocido. Si aún así no se puede determinar, muéstrela a la persona encuestada el medicamento típico contra la malaria..</i>	Contra la malariales: SP/Fansidar ..... A Cloroquina ..... B Amodiaquina ..... C Quinina ..... D Combinaciones con Artemisinina ..... E Otra medicina contra la malaria ( <i>especifique</i> ) ..... H  Otros medicamentos: Paracetamol/Panadol/Acetaminofen ..... P Aspirina ..... Q Ibuprofeno ..... R  Otra ( <i>especifique</i> ) ..... X NS..... Z	
ML8. Verifique ML4 y ML7: Mencionó algún medicamento contra la malaria (códigos A - H)?  <input type="checkbox"/> Si. ⇒ Continúe con ML9  <input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a ML10		
ML9. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE QUE LE	El mismo día ..... 0	

<p>COMENZÓ LA FIEBRE A <i>(nombre)</i> TOMÓ <i>(nombre del medicamento contra la malaria anotado en ML4 o ML7)</i>?</p> <p><i>Si mencionó varias medicinas contra la malaria en ML4 o ML7, nombre todas las medicinas mencionadas.</i></p> <p><i>Anote el código de día (s) en el cual se le dio el primer medicamento contra la malaria</i></p>	<p>El día siguiente ..... 1  2 días después de la fiebre ..... 2  3 días después de la fiebre ..... 3  4 o más días después de la fiebre ..... 4</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>ML10. ¿DURMIÓ <i>(nombre)</i> ANOCHE CON MOSQUITERO?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒SIG. MÓDULO</p> <p>8⇒SIG. MÓDULO</p>
<p>ML11. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO OBTUVO SU HOGAR UN MOSQUITERO?</p> <p><i>Si menos de un mes anote '00'.</i>  <i>Si la respuesta es "12 meses" o "1 año", indague para determinar si el mosquitero fue tratado hace exactamente 12 meses o antes o después.</i></p>	<p>Hace (Meses) .....__ __</p> <p>Hace más de 24 meses .....95</p> <p>No está segura .....98</p>	
<p>ML12. ¿DE QUÉ MARCA ES EL MOSQUITERO?</p> <p><i>Si la entrevistada no sabe la marca, muéstrele las ilustraciones, o si es posible, observe el mosquitero</i></p> <p>MOSQUITEROS CON TRATAMIENTO DE LARGA DURACIÓN :</p> <p><i>Marca A</i>  <i>Marca B</i></p> <p>MOSQUITEROS PRETARATADOS:  <i>Marca C</i>  <i>Marca D</i></p> <p>OTROS MOSQUITEROS:  <i>Marca E</i>  <i>Marca F</i></p>	<p>Mosquiteros con tratamiento de larga duración:</p> <p>Marca A .....11</p> <p>Marca B .....12</p> <p>Mosquiteros pretratados:</p> <p>Marca C .....21</p> <p>Marca D .....22</p> <p>Otros mosquiteros:</p> <p>Marca E .....31</p> <p>Marca F .....32</p> <p>Otros mosquiteros (<i>especifique marca</i>)_ 36</p> <p>NS marca .....98</p>	<p>11⇒SIG. MÓDULO</p> <p>12⇒SIG. MÓDULO</p> <p>21⇒ML14 22⇒ML14</p>
<p>ML13. CUÁNDO UD. OBTUVO ESE MOSQUITERO, ¿LO HABÍAN TRATADO YA CON ALGUN INSECTICIDA PARA MATAR O REPELER MOSQUITOS?</p>	<p>Sí ..... 1  No ..... 2</p> <p>NS/no está segura ..... 8</p>	
<p>ML14. DESDE QUE UD. OBTUVO EL MOSQUITERO, ¿HA SIDO ALGUNA VEZ EMPAPADO O SUMERGIDO EN UN LÍQUIDO PARA MATAR O REPELER MOSQUITOS?</p>	<p>Sí .....1  No ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒SIG. MÓDULO</p> <p>8⇒SIG. MÓDULO</p>
<p>ML15. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO SE REALIZÓ EL MÁS RECIENTE REMOJO O SUMERSIÓN?</p> <p><i>Si menos de 1 mes, anote '00'.</i>  <i>Si la respuesta es "12 meses" o "1 año", indague para determinar si el mosquitero fue tratado hace exactamente 12 meses o antes o después.</i></p>	<p>Hace (Meses) .....__ __</p> <p>Hace más de 24 meses .....95</p> <p>NS.....98</p>	



**HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

HL

PRIMERO, DIGAME LOS NOMBRES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR, EMPEZANDO CON EL/LA JEFE (A) DEL HOGAR. Liste el/la jefe(a) del hogar en la línea 01. Liste todas las personas del hogar (HL2), su relación de parentesco con el/la jefe(a) del hogar (HL3), y su sexo (HL4). Entonces pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ, AUNQUE NO ESTÉ PRESENTE EN ESTOS MOMENTOS? (ESTO INCLUYE NIÑOS(AS) QUE ESTÉN EN LA ESCUELA O EN EL TRABAJO). Si 'SI', complete la lista. Entonces, pregunte a cada persona a la vez comenzando con HL5. Añada hojas de continuación si hay más de 15 personas miembros del hogar. Marque aquí si continúa en otra hoja □

LINEA	NOMBRE	REL.	H	M	EDAD	Elegible para:			si edad 18-59 años		Para niños(as) entre 0-17 años de edad Haga las preguntas HL9-HL12A													
						ENTREVISTA DE MUJERES	MÓDULO TRABAJO DEL NIÑO(A)	ENTREVISTA MENORES DE 5 AÑOS	HL8A	HL8B	HL9	HL10	HL10A	HL11	HL12	HL12A	S	N	NS	S	N	NS		
HL1	HL2. Nombre	HL3. ¿CUAL ES LA RELACION DE (nombre) CON EL JEFE DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER?	HL5. ¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (nombre)?	HL6. Circule el número de línea si es mujer y tiene 15-49 años de edad	HL7. Para cada niño(a) entre 5-14 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)?	HL8. Para cada niño(a) menor de 5 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)?	HL8A. ¿HA ESTADO (nombre) MUY ENFERMO (A) DURANTE POR LO MENOS 3 MESES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL9. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL10. Si viva: ¿ES PARTE DE ESTE HOGAR LA MADRE NATURAL DE MUY ENFERMA EN POR LO MENOS 3 MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL10A. Si no es parte del hogar: ¿HA ESTADO LA MADRE DE MUY ENFERMA EN POR LO MENOS 3 MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL11. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12. Si vivo: ¿ES PARTE DE ESTE HOGAR EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12A. Si no vive en el hogar: ¿HA ESTADO EL PADRE DE MUY ENFERMO EN POR LO MENOS 3 MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	S	N	NS	S	N	NS	S	N	NS	
01		0 1	1	2		MADRE	MADRE	1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
02			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
03			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
04			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
05			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
06			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
07			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
08			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8
09			1	2				1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8				1 2 8	1 2 8

HL1. Linea no.	HL2. Nombre	HL3. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE (nombre) CON EL JEFE DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nom- bre) HOMBRE O MUJER? 1 HOMBRE 2 MUJER.	HL5. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (nombre)? ¿CUÁNTOS AÑOS TENIA ÉL/ELLA EN SU ULTIMO CUMPLE- AÑOS? Anote años completos 99=NS*	HL6. Circule el número de línea si es mujer y tiene 15-49 años de edad	HL7. Para cada niño(a) entre 5-14 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSAB E DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Anote el No. de línea de madre o tutora/tutor	HL8. Para cada niño(a) menor de 5 años: ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSAB E DE CUIDAR A ESTE NIÑO(A)? Anote el No. de línea de la madre o tutora/tutor	HL8A. ¿HA ESTADO (nombre) MUY ENFERMO (A) DURANTE POR LO MENOS 3 MESES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL9. ¿ESTÁ VIVILA MADRE NATURAL DE (nombre) ? 1 sí 2 NO⇒ HL 11 8 NS⇒ HL 11	HL10. Si viva: ¿ES PARTE DE ESTE HOGAR LA MADRE NATURAL DE (nombre) ? 1 sí 2 NO⇒ Anote no. de línea de la madre o 00 si 'no'	HL10A. Si no es parte del hogar: ¿HA ESTADO LA MADRE DE (nombre) MUY ENFERMA EN POR LO MENOS 3 MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL11. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre) ? 1 sí 2 NO⇒ SIG. LINEA 8 NS⇒ SIG. LINEA	HL12. Si vivo: ¿ES PARTE DE ESTE HOGAR EL PADRE NATURAL DE (nombre) ? Anote no. de línea de padre o 00 si 'no'	HL12A. Si no vive en el hogar: ¿HA ESTADO EL PADRE DE (nombre) MUY ENFERMO EN POR LO MENOS 3 MESES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?						
LINEA	NOMBRE	REL.	H	M	EDAD	MADRE	MADRE	MADRE	S	N	NS	S	N	NS	PADRE	S	N	NS		
10			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
11			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
12			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
13			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
14			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
15			1	2					1	2	8	1	2	8				1	2	8
¿HAY ALGUNAS OTRAS PERSONAS QUE ESTÉN VIVIENDO AQUÍ – AUNQUE NO SEAN MIEMBROS DE SU FAMILIA O NO TENGAN LOS PADRES COMO MIEMBROS ESTE HOGAR, INCLUYENDO LOS NIÑOS(AS) QUE ESTÉN TRABAJANDO O EN LA ESCUELA? Si "sí", anote el nombre del niño(a) y complete el formulario.																				
						Mujeres 15-49	Niños(as) 5-14	Menores de 5 años	Muy Enferma (=1)	Madres Muertas (=2)	Madres Enfermas (=1)	Madres Muertos (=2)	Padres Enfermos (=1)							
Totales																				

\* Ver instrucciones: usar solamente para miembros ancianos del hogar (el código significa "no sabe/mayor de 50 años").

Para cada mujer con edad entre 15-49 años, escriba su nombre y número de línea y otra información que la identifique en el panel de información del Cuestionario de Mujeres.

Para cada niño(a) menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea Y el número de línea de su madre o tutora/tutor en el panel de información del Cuestionario para Niños(as) Menores de Cinco años. Ahora Ud. debe tener un cuestionario separado para cada mujer elegible y para cada niño(a) menor de 5 años que vivan en el hogar.

\* Códigos para HL3: Relación con el jefe del hogar:

- 01 = Jefe
- 02 = Esposa/Esposo
- 03 = Hijo/Hija
- 04 = Yerno/Nuera
- 05 = Nieto/Nieta
- 06 = Padre/Madre
- 07 = Suegro/Suegra
- 08 = Hermano/Hermana

- 09 = Cuñado/Cuñada
- 10 = Tío/Tía
- 11 = Sobrino(a) biológico
- 12 = Sobrino(a) no biológico

- 13 = Otro Pariente
- 14 = Adoptado/Adoptivo/Hijastro
- 15 = No Pariente
- 98 = No s

A2.42

NIÑOS(AS) HUERFANOS & VULNERABLES POR CAUSA DEL VIH/SIDA		OV
<p>OV1. Verifique HL5: ¿Hay algún niño(a) entre 0 y 17 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con OV2</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase al siguiente módulo</p>		
<p>OV2. ME GUSTARÍA QUE UD. PENSARA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ¿MURIÓ ALGÚN MIEMBRO HABITUAL DE SU HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	2⇒OV5
<p>OV3. (DE LOS QUE MURIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES), ¿TENÍA ALGUNO DE ELLOS ENTRE 18 Y 59 AÑOS DE EDAD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	2⇒OV5
<p>OV4. (DE LOS QUE MUERIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y ESTABAN ENTRE 18 Y 59 AÑOS DE EDAD), ¿ESTUVO ALGUNO DE ELLOS SERIAMENTE ENFERMO DURANTE 3 DE LOS 12 MESES ANTES DE MORIR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	1⇒OV8
<p>OV5. Vuelva al Listado de Hogar y verifique lo siguiente:</p> <p>1. Verifique los totales para HL9 y HL11.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo menos una madre o un padre muerto. ⇒ Vaya a OV8</p> <p><input type="checkbox"/> No hay madre ni padre muerto.</p> <p>2. Verifique los totales para HL8A.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo menos un adulto entre 18 y 59 años estuvo muy enfermo durante 3 de los 12 últimos meses ⇒ Vaya a OV8</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún adulto entre 18 y 59 años estuvo muy enfermo durante 3 de los 12 últimos meses</p> <p>3. Verifique los totales para HL10A y HL12A.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo menos una madre o padre enfermos durante 3 de los últimos 12 meses ⇒ Vaya a OV8</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna madre o padre estuvieron enfermos durante 3 de los últimos 12 meses ⇒ Vaya a siguiente Módulo</p>		

<p>OV8. Liste todos los niños(as) entre 0-17 años abajo. Anote los nombres, números de línea y edades de todos los niños(as), comenzando con el primer niño(a) y continúe en el orden en que están listados en el módulo de listado de hogar. Use una hoja separada si hay más de 4 niños(as) con edades entre 0-17 años en el hogar. Haga todas las preguntas para un niño(a) antes de pasar al siguiente niño(a).</p>				
	NIÑO(A) 1	NIÑO(A) 2	NIÑO(A) 3	NIÑO(A) 4
Nombre (tomado de HL2)	_____	_____	_____	_____
Número de línea (tomado de HL1)	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
Edad (tomada de HL5)	_____	_____	_____	_____
<p>OV9. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE ALGÚN TIPO DE AYUDA FORMAL, ORGANIZADA O DE APOYO QUE SU HOGAR PUDO HABER RECIBIDO PARA (<i>nombre</i>) Y POR EL QUE UD. NO TUVO QUE PAGAR. POR APOYO ORGANIZADO FORMAL ME REFIERO A LA AYUDA OFRECIDA POR ALGUIEN QUE TRABAJA PARA UN PROGRAMA. ESTE PROGRAMA PUEDE SER DEL GOBIERNO, O DE UNA ORGANIZACIÓN PRIVADA, RELIGIOSA O DE BENEFICIENCIA, O DE LA COMUNIDAD. RECUERDE QUE ÉSTE DEBE SER UN APOYO POR EL QUE UD. NO TUVO QUE PAGAR.</p>				
OV10. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE POR EL APOYO QUE SU HOGAR RECIBIÓ PARA ( <i>nombre</i> ). EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ SU HOGAR ALGÚN TIPO DE APOYO MÉDICO PARA ( <i>nombre</i> ), COMO ATENCIÓN MÉDICA, PROVISIONES O MEDICINAS?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8
OV11. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ SU HOGAR ALGÚN TIPO DE APOYO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO PARA ( <i>nombre</i> ), COMO COMPAÑÍA, ASESORAMIENTO POR PARTE DE UN CONSEJERO CAPACITADO, O APOYO ESPIRITUAL, QUE UD. RECIBIÓ EN SU CASA?	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV13 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV13 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV13 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV13 NS ..... 8
OV12. ¿SU HOGAR RECIBIÓ ALGO DE ESTE APOYO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8
OV13. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿SU HOGAR RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA MATERIAL PARA ( <i>nombre</i> ), COMO ROPA, COMIDA O AYUDA FINANCIERA?	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV15 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV15 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV15 NS ..... 8	Sies ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV15 NS ..... 8
OV14. ¿RECIBIÓ SU HOGAR PARTE DE ESTA AYUDA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8
OV15. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ SU HOGAR ALGÚN TIPO DE APOYO SOCIAL PARA ( <i>nombre</i> ), COMO AYUDA EN LOS QUEHACERES DEL HOGAR, CAPACITACIÓN PARA SERVICIOS DE GUARDÍAN O SERVICIOS LEGALES?	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV17 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV17 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV17 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 ⇒ OV17 NS ..... 8
OV16. ¿RECIBIÓ SU HOGAR PARTE DE ESTE APOYO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8
OV17. Verifique OV8 para ver la edad del niño(a):	<input type="checkbox"/> Edad 0-4 ⇒ sig. Niño(a) <input type="checkbox"/> Edad 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Edad 0-4 ⇒ sig. Niño(a) <input type="checkbox"/> Edad 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Edad 0-4 ⇒ sig. Niño(a) <input type="checkbox"/> Edad 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Edad 0-4 ⇒ sig. Niño(a) <input type="checkbox"/> Edad 5-17 ⇒ OV18
OV18. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ SU HOGAR ALGÚN TIPO DE APOYO PARA LA EDUCACIÓN DE ( <i>nombre</i> ), COMO ESTIPENDIOS, ENTRADA GRATUITA, LIBROS, O ÚTILES?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8

MÓDULO DE MATRIMONIO/UNION		MA
MA1. ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada ..... 1 Sí, viviendo con un hombre ..... 2 No, no está en unión..... 3	3⇒MA3
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO O COMPAÑERO EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?	Edad en años.....__ __ NS.....98	
MA2A. ¿ADEMÁS DE UD., TIENE SU ESPOSO/COMPAÑERO OTRAS ESPOSAS?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒MA5
MA2B. ¿CUÁNTAS ESPOSAS/COMPAÑERAS MÁS TIENE ÉL?	Número.....__ __ NS.....98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. ¿ALGUNA VEZ HA ESTADO UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE?	Sí, estuvo casada ..... 1 Sí, vivió con un hombre ..... 2 No ..... 3	3⇒SIG. MÓDULO
MA4. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES UD. VIUDA, SEPARADA O DIVORCIADA?	Viuda ..... 1 Divorciada ..... 2 Separada ..... 3	
MA5. ¿HA ESTADO UD. CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE SOLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez ..... 1 Más de una vez ..... 2	
MA6. ¿EN QUE MES Y AÑO SE CASÓ POR PRIMERA VEZ O EMPEZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE?	Mes.....__ __ NS mes.....98  Año .....__ __ __ __ NS año.....9998	
MA7. Verifique MA6:  <input type="checkbox"/> Sabe el mes y el año de matrimonio/unión? ⇒ Vaya al siguiente Módulo  <input type="checkbox"/> No sabe mes o año de matrimonio/unión? ⇒ Continúe con MA8		
MA8. ¿QUÉ EDAD TENÍA UD. CUANDO EMPEZÓ A VIVIR CON SU PRIMER ESPOSO/COMPAÑERO?	Edad en años.....__ __	

MÓDULO DE CIRCUNCISIÓN FEMENINA		FG
FG1. ¿ALGUNA VEZ HA ESCUCHADO UD. ALGO SOBRE LA CIRCUNCISION FEMENINA?	Sí ..... 1 No ..... 2	1⇒FG3
FG2. EN ALGUNOS PAÍSES, EXISTE UNA PRÁCTICA EN LA QUE A LAS NIÑAS LE PUEDEN CORTAR PARTE DE SUS GENITALES. ¿HA ESCUCHADO UD. ALGUNA VEZ HABLAR SOBRE ESTA PRÁCTICA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒SIG. MÓDULO
FG3. ¿LE HAN HECHO A UD. LA CIRCUNCISION ALGUNA VEZ?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒FG8
FG4. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE QUÉ LE HICIERON A UD. EN ESE MOMENTO.  ¿LE QUITARON ALGO DE PIEL/CARNE DEL ÁREA GENITAL?	Sí ..... 1 No ..... 2  NS..... 8	1⇒FG6
FG5. ¿EL ÁREA GENITAL FUE SOLO CORTADA SIN QUE LE QUITARAN ALGO DE CARNE?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
FG6. ¿EL ÁREA GENITAL FUE CERRADA CON COSTURA (O 'SELLADA')?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS..... 8	
FG7. ¿QUIÉN LE HIZO LA CIRCUNCISION?	Personas tradicionales 'Circuncidor' tradicional .....11 Partera tradicional .....12 Otra persona tradicional ( <i>especifique</i> ) ..... 16  Profesional de la salud Doctor .....21 Enfermera/comadrona .....22 Otro profesional de la salud ( <i>especifique</i> ) ..... 26  DK.....98	
FG8. Las siguientes preguntas aplican solo a mujeres que tienen por lo menos una hija viva. Verifique CM4 y CM6, Módulo de Mortalidad en la Niñez: ¿Tiene la mujer una hija viva?  <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con FG9  <input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a FG16		
FG9. ¿ALGUNA DE SUS HIJAS HA SIDO CIRCUNCIDADA?  Si "sí", ¿CUÁNTAS?	Número de hijas circuncidadas: ..... __ __  No hijas circuncidadas .....00	00⇒FG16
FG10. ¿A CUÁL DE SUS HIJAS LE HICIERON LA CIRCUNCISIÓN MÁS RECIENTEMENTE?  <i>Anote el nombre de la hija.</i>	Nombre de la hija: _____	
FG11. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE. QUE LE HICIERON A ( <i>nombre</i> ) EN ESE MOMENTO.  ¿LE QUITARON ALGO DE PIEL/CARNE DEL ÁREA GENITAL?	Sí ..... 1 No ..... 2  NS..... 8	1⇒FG13
FG12. ¿EL ÁREA GENITAL FUE SOLO CORTADA SIN QUE LE QUITARAN ALGO DE CARNE?	Sí ..... 1 No ..... 2  NS..... 8	

FG13. ¿EL ÁREA GENITAL FUE CERRADA CON COSTURA (O 'SELLADA')?	Si ..... 1 No ..... 2  NS..... 8	
FG14. ¿QUÉ EDAD TENÍA ( <i>nombre</i> ) CUANDO OCURRIÓ ESTO?  <i>Si la entrevistada no sabe la edad, indague para lograr un estimativo.</i>	Edad de la hija al momento de circuncisión ..... __ __  NS.....98	
FG15. ¿QUIÉN LE HIZO LA CIRCUNCIÓN?	Persona tradicional 'Circuncidor' tradicional .....11 Partera tradicional .....12 Otra persona tradicional ( <i>especifique</i> ) ..... 16  Profesional de la salud Doctor .....21 Enfermera/comadrona .....22 Otro profesional de la salud ( <i>especifique</i> ) ..... 26  NS.....98	
FG16. ¿CREE UD. QUE ESTA PRÁCTICA DEBE CONTINUAR O SE DEBE DESCONTINUAR?	Continuar ..... 1 Discontinuar ..... 2 Depende ..... 3  NS..... 8	

<b>MÓDULO DE COMPORTAMIENTO SEXUAL</b>		<b>SB</b>
<b>VERIFIQUE QUE NO HAYA OTRAS PERSONAS PRESENTES, ANTES DE CONTINUAR, ASEGÚRESE QUE HAYA PRIVACIDAD</b>		
SB0. Verifique WM9: ¿La edad de la entrevistada tiene entre 15 y 24 años?		
<input type="checkbox"/> Edad entre 25-49. ⇒ Vaya al siguiente Módulo <input type="checkbox"/> Edad entre 15-24. ⇒ Continúe con SB1		
SB1. AHORA NECESITO HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA COMPRENDER MEJOR ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR.  LA INFORMACIÓN QUE UD. SUMINISTRE SERÁ EXTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.  ¿QUÉ EDAD TENÍA UD. CUANDO TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL (SI LA HA TENIDO)?	Nunca ha tenido relaciones sexuales.....00  Edad en años.....__ __  La primera vez cuando empezó a vivir con (su primer) esposo/compañero .....95	00⇒SIG. MÓDULO
SB2. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE UD. TUVO UNA RELACIÓN SEXUAL?  <i>Anote 'hace años', solo si su última relación ocurrió hace 1 o más años, Si ocurrió hace 12 meses o más, la respuesta debe ser anotada en años</i>	Hace (días).....1 __ __ Hace (Semanas).....2 __ __ Hace (meses) .....3 __ __ Hace (años) .....4 __ __	4⇒SIG. MÓDULO
SB3. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE UD. TUVO UNA RELACIÓN SEXUAL USÓ CONDÓN?	Sí ..... 1 No ..... 2	
SB4. ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL HOMBRE CON EL CUAL TUVO SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL?  <i>Si el hombre es el 'novio' o 'prometido', pregunte: ¿SU NOVIO/PROMETIDO VIVÍA CON UD. CUANDO UD. TUVO SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL? Si 'sí', circule 1, si 'no' circule 2.</i>	Cónyuge/ compañero cohabitante ..... 1 Novio/prometido..... 2 Otro amigo ..... 3 Relación casual ..... 4  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 6	1⇒SB6
SB5. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?  <i>Si la respuesta es NS, indague: ¿MÁS O MENOS QUE EDAD TIENE ÉSTA PERSONA?</i>	Edad del compañero sexual.....__ __  NS.....98	
SB6. ¿HA TENIDO UD. RELACIONES SEXUALES CON OTRO HOMBRE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒SIG. MÓDULO
SB7. LA ÚLTIMA VEZ QUE UD. TUVO UNA RELACIÓN SEXUAL CON ESTE OTRO HOMBRE, ¿USARON CONDÓN?	Sí ..... 1 No ..... 2	
SB8. ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON ESTE HOMBRE?  <i>Si el hombre es el 'novio' o 'prometido', pregunte: ¿SU NOVIO/PROMETIDO ESTABA VIVIENDO CON UD. CUANDO UD. TUVO SEXO POR ÚLTIMA VEZ? Si 'sí', circule 1. Si 'no' circule 2..</i>	Cónyuge/compañero cohabitante ..... 1 Novio/prometido..... 2 Otro amigo ..... 3 Relación casual ..... 4  Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 6	1⇒SB10



SB9. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?  <i>Si la respuesta es NS, indague:</i> ¿APROXIMADAMENTE QUÉ EDAD TIENE ÉL?	Edad del compañero sexual.....__ __  NS.....98	
SB10. ADEMÁS DE ESTOS DOS HOMBRES, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGÚN OTRO HOMBRE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒SIG. MÓDULO
SB11. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No. de compañeros.....__ __	



## MÓDULOS Y PREGUNTAS OPCIONALES

1. CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL HOGAR
2. SEGURIDAD DE LA TENENCIA Y DURABILIDAD DE LA VIVIENDA
3. DISCIPLINA DEL NIÑO(A)
4. FUENTE Y COSTO DE LOS SUMINISTROS
  - a. MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDAS
  - b. SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL
  - c. ANTIBIÓTICOS
  - d. ANTIMALARIA
5. ANTICONCEPCIÓN CON NECESIDADES NO SATISFECHA
6. ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
7. DESARROLLO DEL NIÑO(A)
8. DISCAPACIDAD
9. MORTALIDAD MATERNA

## CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL HOGAR

HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR POSEE TIERRAS QUE PUEDEN SER USADAS EN LA AGRICULTURA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒HC13
HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA CULTIVABLE POSEEN LOS MIEMBROS DE ÉSTE HOGAR?  <i>Si más de 97, anote '97'.</i> <i>Si no sabe, anote '98'.</i>	Hectáreas .....__ __	
HC13. ¿POSEE ESTE HOGAR GANADO, REBAÑOS, O ANIMALES DOMÉSTICOS?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒SIG. MÓDULO
HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS SIGUIENTES ANIMALES POSEE ESTE HOGAR?  GANADO?  VACAS LECHERAS O TOROS?  CABALLOS, BURROS O MULAS?  CABRAS?  OVEJAS?  POLLOS?  <i>Si no posee ninguno, anote '00'.</i> <i>Si posee más de 97, anote '97'.</i> <i>Si no sabe, anote '98'.</i>	Ganado .....__ __  Vacas lecheras o toros .....__ __  Caballos, burros o mulas .....__ __  Cabras .....__ __  Ovejas .....__ __  Pollos .....__ __	

Los países pueden agregar a la lista que aparece en HC9 muebles como (una mesa, una silla, un sofá, una cama, un armario, o un gabinete). Además, cada país debe agregar al menos 4 aparatos adicionales de hogar, de modo que la lista incluya por lo menos 3 ítems que incluso un hogar pobre pueda tener, por lo menos 3 ítems que un hogar con ingresos medios pueda tener, y por lo menos 3 ítems que un hogar con ingresos altos pueda tener. Algunos posibles ítems adicionales son, reloj, bomba de agua, molino, ventilador, licuadora, calentador de agua, planta eléctrica, lavadora, horno microondas, computadora, VCR o DVD, reproductor de cintas o de CD, cámara, aire acondicionado, refrigerador, TV a color, máquina de coser.

Los países pueden agregar otros animales específicos de cada país, como bueyes, búfalos acuáticos, llamas, camellos, alpacas, cerdos, patos, gansos, o elefantes a la lista en HC14.

## SEGURIDAD DE LA TENENCIA Y DURABILIDAD DE LA VIVIENDA

HC15A. ¿ES UD. O ALGUIEN DE ESTE HOGAR PROPIETARIO DE ESTA VIVIENDA, O LA TIENEN EN ARRIENDO?	Propietario ..... 1 Arriendo ..... 2 Arriendo gratis/Ocupante ilegal/otro..... 3	2⇒HC15D 3⇒HC15D
HC15B. ¿TIENE UD. O ALGUIEN DEL HOGAR ESCRITURA/TÍTULO DE ESTA VIVIENDA?	Sí ..... 1 No..... 2	1⇒HC15F
HC15C. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO TIENE UD. COMO PROPIETARIO DE ÉSTA VIVIENDA?  ¿ALGÚN OTRO?  <i>Anote todos los documentos mencionados..</i>	Certificado de ocupación (o certificado de adjudicación)..... A Certificación de impuesto de propiedad ..... B Recibo de servicios públicos..... C  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X Ninguno/No tiene documento..... Y	} ⇒HC15F
HC15D. ¿TIENE UD. UN CONTRATO ESCRITO DE ARRENDAMIENTO POR ESTA VIVIENDA?	Sí ..... 1 No..... 2	1⇒HC15F
HC15E. ¿TIENE UD. ALGÚN DOCUMENTO O ACUERDO DE ARRENDAMIENTO DE ESTA VIVIENDA?  <i>Si "Si", ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO O ACUERDO TIENE PARA EL ARRENDAMIENTO DE ESTA VIVIENDA?</i>  ¿ALGÚN OTRO?  <i>Anote todos los mencionados.</i>	Acuerdo informal (escrito)..... A Acuerdo verbal (sin documento) ..... B  Ocupada sin pagar arriendo Con conocimiento del propietario..... C Sin conocimiento del propietario ..... D  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X Ninguno/No tiene documento..... Y	
HC15F. ¿SE SIENTE UD. SEGURA DE QUE NO LA VAN A DESALOJAR DE ESTA VIVIENDA?	Sí ..... 1 No..... 2 NS..... 8	
HC15G. ¿UD. ALGUNA VEZ HA SIDO DESALOJADA DE SU CASA EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?	Sí ..... 1 No..... 2	
HC15H. Vivienda localizada en o cerca de:  <i>Observe, y circule todos los sitios que describen la locación de la vivienda</i>	Área de derrumbes ..... A Área con tendencia a inundaciones ..... B Riviera de un río ..... C Colina pendiente ..... D Montaña/pila de basura ..... E Área de contaminación industrial ..... F Línea de tren ..... G Planta de energía ..... H Paso a desnivel ..... I Ninguno de los anteriores ..... Y	
HC15I. Condición de la vivienda:  <i>Anote lo observado</i>  <i>Anote todo lo que aplica.</i>	Grietas/aberturas en las paredes ..... A No tiene ventanas ..... B Ventanas con vidrios rotos/sin vidrios ..... C Huecos visibles en el techo ..... D Techo incompleto ..... E Puerta insegura ..... F Ninguno de los anteriores ..... Y	
HC15J. Alrededores de la vivienda:  <i>Anote lo observado.</i>  <i>Anote todo lo que aplica.</i>	Pasajes muy angostos entre casas en vez de vías ..... A Demasiados cables conectados al poste de distribución principal del vecindario..... B Ninguno de los anteriores ..... Y	

Preguntas de seguridad de tenencia sobre desalojo para ser incluido en el cuestionario de Mujeres

ST1. ¿SE SIENTE USTED SEGURA DE NO SER DESALOJADA DE ESTA VIVIENDA?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS ..... 8	
---	--	--

## MÓDULO DE DISCIPLINA DEL NIÑO(A)

**TABLA 1: NIÑOS(AS) DE 2-14 AÑOS ELEGIBLES PARA PREGUNTAS DE DISCIPLINA DEL NIÑO(A)**

Revise el listado de hogar y liste cada uno de los niños(as) entre 2-14 años en orden, de acuerdo con su número de línea en (HL1). No incluya otros miembros del hogar que no estén dentro del rango de 2-14 años. Anote el No. de línea, nombre, sexo, edad, y el No. de línea de la madre o de la tutora/tutor de cada niño(a). Luego anote el número total de niños(as) con edades entre 2-14 años en el recuadro correspondiente (CD7).

CD1. No. de Rango.	CD2. No. de línea de HL1.	CD3. Nombre de HL2.	CD4. Sexo de HL4.	CD5. Edad de HL5.	CD6. No. de línea de madre/persona encargada de HL7 o HL8.	
LÍNEA	LÍNEA	NOMBRE	H	M	EDAD	MADRE
01	___		1	2	___	___
02	___		1	2	___	___
03	___		1	2	___	___
04	___		1	2	___	___
05	___		1	2	___	___
06	___		1	2	___	___
07	___		1	2	___	___
08	___		1	2	___	___
CD7.	TOTAL NIÑOS(AS) ENTRE 2-14 AÑOS					___

Si sólo hay un niño(a) entre 2-14 años en éste hogar, salte a CD9 y anote el número de orden del niño de CD1 y proceda a hacerle las preguntas de disciplina del niño(a) correspondiente a ese niño(a).

**TABLA 2: SELECCIÓN ALEATORIA PARA HACER PREGUNTAS DE DISCIPLINA DEL NIÑO(A)**

Use ésta tabla para seleccionar un niño(a) entre 2-14 años, si hay más de un niño(a) en ese rango de edad en el hogar. Vea el último dígito del número de hogar en la portada. Éste es el número de la fila a donde Ud. tiene que ir en la tabla de abajo. Verifique el número total de niños(as) elegibles entre 2-14 años en CD7 arriba. Éste es el número de la columna a donde Ud. tiene que ir. Busque el recuadro en donde se cruzan la fila y la columna y circule el número que aparece en el recuadro. Éste es el número de orden del niño(a) sobre el cual se le harán las preguntas. Anote el número de orden en CD9 abajo. Finalmente, anote el número de línea y el nombre del niño(a) seleccionado en CD11 en la siguiente página. Luego, busque la madre o la tutora/tutor principal de ese niño(a), y haga las preguntas comenzando con CD12.

CD8. Ultimo dígito del número de cuestionario	NÚMERO TOTAL DE NIÑOS(AS) ELEGIBLES EN EL HOGAR							
	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

CD9. Anote el número de orden del niño(a) seleccionado de la tabla 2 arriba	Número de orden del niño(a)..... ___
---	--------------------------------------

<b>MÓDULO DE DISCIPLINA DEL NIÑO(A)</b>		<b>CD</b>
<i>Identifique el niño(a) elegible de 2-14 años en el hogar usando las tablas de la página anterior, de acuerdo con sus instrucciones. Pida entrevistar a la madre o a la tutora/tutor principal del niño(a) seleccionado (identificado por el número de línea en CD6)</i>		
CD11. <i>Escriba el nombre y el número de línea del niño(a) seleccionado(a) para el módulo de CD3 y CD2, con base en el número de orden en CD9</i>	Nombre _____ Número de línea .....	
CD12. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS(AS) LA FORMA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUIERO QUE UD. ME DIGA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (nombre) EN EL MES PASADO		
CD12A. LE QUITÓ PRIVILEGIOS, LE PROHIBIÓ ALGO QUE LE GUSTA A (nombre) O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12B. LE EXPLICÓ POR QUÉ ALGO (EL COMPORTAMIENTO) ESTUVO MAL	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12C. LO(A) SACUDIÓ.	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12D. LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ, LE DIO ALARIDOS	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12E. LE DIO ALGO MÁS QUE HACER.	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12F. LO (A) GOLPEÓ O LE DIO NALGADAS CON LA MANO	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12G. LE PEGÓ EN LAS NALGAS O EN ALGUNA OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12H. LO (A) LLAMÓ TONTO (A), PEREZOSO (A) O DE OTRA FORMA SIMILAR	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12I. LO (A) GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, CABEZA U OREJAS	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12J. LO (A) GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EL BRAZO O LA PIERNA	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD12K. LO (A) GOLPEÓ CON UN OBJETO (LO/LA GOLPEÓ UNA Y OTRA VEZ TAN DURO COMO PUDO).	Sí ..... 1 No ..... 2	
CD13. ¿CREE UD. QUE PARA CRIAR (EDUCAR) A (nombre) CORRECTAMENTE, NECESITA CASTIGARLO (A) FÍSICAMENTE?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no opina ..... 8	



**FUENTE Y COSTO DE SUMINISTROS DE MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDA**

<p>TN3A. ¿DÓNDE CONSIGUIÓ UD. EL MOSQUITERO (nombre del mosquitero más alto en la lista de mosquiteros disponibles \en el hogar en TN3)?</p> <p><i>Haga preguntas en relación con el mosquitero más efectivo disponible en el hogar (Verifique TN3). Si hay más de uno de la misma categoría, haga las preguntas refiriéndose al más recientemente adquirido.</i></p>	<p>Sector público  Hospital del Gobierno.....11  Centro de salud del Gobierno .....12  Puesto de salud del Gobierno .....13  Trabajador de la salud de la aldea .....14  Clínica móvil/al alcance.....15  Otra entidad pública (especifique) _____ 16</p> <p>Sector médico privado  Hospital/clínica privada .....21  Médico privado.....22  Farmacia privada .....23  Clínica móvil .....24  Otra entidad privada (especifique) _____ 26</p> <p>Otra fuente  Pariente o amigo (a).....31  Tienda .....32  Médico tradicional .....33</p> <p>Otro (especifique) _____ 96  NS.....98</p>	
<p>TN3B. ¿CUÁNTO PAGÓ UD. POR EL MOSQUITERO (nombre del mosquitero más alto en la lista de los mosquiteros disponibles en el hogar, en TN3)?</p> <p><i>Haga preguntas en relación con el mosquitero más efectivo disponible en el hogar (Verifique TN3). Si hay más de un mosquitero de la misma categoría, haga las preguntas refiriéndose al mosquitero adquirido más recientemente</i></p>	<p>Moneda local ..... _ _ _ _ _</p> <p>Gratuito .....9996  NS.....9998</p>	

## FUENTE Y COSTO DE SUMINISTROS PARA LOS PAQUETES DE SRO

<b>CA4A. Verifique CA2A: ¿Usó un paquete de SRO?</b>		
<input type="checkbox"/> Si. ⇒ Continúe con CA4B		
<input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a CA5		
<b>CA4B. ¿DÓNDE CONSIGUIÓ EL (nombre local para el paquete de SRO de CA2A)?</b>	Sector público Hospital del Gobierno.....11 Centro de salud del Gobierno .....12 Puesto de salud del Gobierno .....13 Trabajador de la salud de la aldea .....14 Clínica móvil/al alcance.....15 Otra entidad pública ( <i>especifique</i> ) _____ 16  Sector médico privado Hospital/clínica privada .....21 Médico privado.....22 Farmacia privada .....23 Clínica móvil .....24 Otro sector médico privado ( <i>especifique</i> ) _____ 26  Otra fuente Pariente o amiga (o).....31 Tienda .....32 Médico tradicional .....33  Otro ( <i>especifique</i> ) _____ 96 NS.....98	
<b>CA4C. ¿CUÁNTO PAGÓ POR EL (nombre local del paquete de SRO de CA2A)?</b>	Moneda local ..... _____  Gratuito.....9996 NS.....9998	

**FUENTE Y COSTO DEL SUMINISTRO DE ANTIBIÓTICOS PARA PRESUNTA PULMONÍA**

CA11A. <i>Verifique CA11: ¿Le dieron antibióticos?</i>		
<input type="checkbox"/> Si. ⇒ Continúe con CA11B		
<input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya a CA12		
CA11B. ¿DÓNDE CONSIGUIÓ EL ANTIBIÓTICO?	Sector público Hospital del Gobierno.....11 Centro de salud del Gobierno .....12 Puesto de salud del Gobierno .....13 Trabajador de la salud de la aldea .....14 Clínica móvil/al alcance.....15 Otra entidad pública ( <i>especifique</i> ) _____ 16  Sector médico privado Hospital/clínica privada .....21 Médico privado.....22 Farmacia privada .....23 Clínica móvil .....24 Otro sector médico privado ( <i>especifique</i> ) _____ 26  Otra fuente Paciente o amiga(o) .....31 Tienda .....32 Médico tradicional .....33  Otro ( <i>especifique</i> ) _____ 96 NS.....98	
CA11C. ¿CUÁNTO PAGÓ POR EL ANTIBIÓTICO?	Moneda local ..... _ _ _ _ _  Gratuito.....9996 NS.....9998	

**FUENTE Y COSTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA**

<p>ML9A. ¿DÓNDE CONSIGUIÓ EL (<i>nombre del medicamento contra la malaria de ML4 o ML7</i>)?</p> <p><i>Si mencionó más de una medicina, en ML4 o ML7, remítase a la primera medicina contra la malaria administrada para la fiebre (la medicina contra la malaria administrada el día anotado en ML9).</i></p>	<p>Sector público  Hospital del Gobierno.....11  Centro de salud del Gobierno .....12  Puesto de salud del Gobierno .....13  Trabajador de la salud de la aldea .....14  Clínica móvil/al alcance.....15  Otra entidad pública (<i>especifique</i>) _____ 16</p> <p>Sector médico privado  Hospital/clínica privada .....21  Médico privado.....22  Farmacia privada .....23  Clínica móvil .....24  Otro sector médico privado (<i>especifique</i>) _____ 26</p> <p>Otra fuente  Pariente o amiga (o).....31  Tienda .....32  Médico tradicional .....33</p> <p>Otra (<i>especifique</i>) _____ 96  NS.....98</p>	
<p>ML9B. ¿CUÁNTO PAGÓ POR EL (<i>nombre del medicamento contra la malaria de ML4 o ML7</i>)?</p> <p><i>Refiérase a la misma medicina contra la malaria anotada en ML9A arriba</i></p>	<p>Moneda local ..... _ _ _ _ _</p> <p>Gratuita .....9996  NS.....9998</p>	

ANTICONCEPCIÓN Y NECESIDADES NO SATISFECHAS		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON UD. SOBRE OTRO TEMA – PLANIFICACIÓN FAMILIAR – Y SU SALUD REPRODUCTIVA.  ¿ESTÁ UD. EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada ..... 1 No ..... 2 No está segura o NS..... 8	2⇒CP2 8⇒CP2
CP1A. CUANDO UD. QUEDÓ EMBARAZADA ¿QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA <u>ENTONCES</u> , QUERÍA ESPERAR <u>MÁS TIEMPO</u> , O <u>NO QUERÍA</u> TENER MÁS HIJOS?	Entonces ..... 1 Después ..... 2 No quiere más hijos ..... 3	1⇒CP4B 2⇒CP4B 3⇒CP4B
CP2. ALGUNAS PERSONAS USAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA RETRAZAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒CP4A
CP3. ¿CUÁL MÉTODO ESTÁ USANDO?  <i>No sugiera. Si menciona más de un método, circule cada uno de ellos.</i>	Esterilización femenina ..... A Esterilización masculina..... B Píldora ..... C DIU ..... D Inyecciones..... E Implantes ..... F Condón ..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Espuma/jalea ..... J Método de amenorrea por lactancia (MEAL)..... K Ritmo ..... L Retiro ..... M Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X	
CP4A. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS ACERCA DEL FUTURO. ¿A UD. LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO, O PREFIERE NO TENER (MÁS) HIJOS?	Tener (un/otro) hijo ..... 1 No más /ninguno..... 2	2⇒CP4D
CP4B. <i>Si actualmente está embarazada:</i> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DEL FUTURO. DESPUÉS DEL HIJO QUE ESTÁ UD. ESPERANDO AHORA, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO, O PREFERIRÍA NO TENER (MÁS) HIJOS?	Dice que no puede quedar embarazada .... 3 Indecisa/no sabe..... 8	3⇒SIG. MÓDULO 8⇒CP4D
CP4C. ¿CUÁNTO TIEMPO LE GUSTARÍA ESPERAR ANTES DEL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO?	Meses ..... 1 ___ Años ..... 2 ___ Pronto/ahora ..... 993 Dice que no puede quedar embarazada .994 Después del matrimonio ..... 995 Otro..... 996 No sabe ..... 998	994⇒SIG. MÓDULO

CP4D. *Verifique CPI:*

*Actualmente embarazada? ⇒ Vaya al siguiente módulo*

*No está embarazada actualmente o no está segura? ⇒ Continúe con CP4E*

CP4E. ¿CREE UD. QUE ES CAPAZ FÍSICAMENTE  
PARA QUEDAR EMBARAZADA EN ESTE  
MOMENTO?

Sí.....	1
No.....	2
NS.....	8

## ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

DV1. ALGUNAS VECES EL ESPOSO SE ENOJA O SE PONE FURIOSO POR COSAS QUE SU ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE O LE PEGUE A SU ESPOSA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:				
	SÍ	NO	NS	
DV1A. SI SALE SIN DECÍRSELO?	Sale sin decirle .....1	2	8	
DV1B. SI DESCUIDA A LOS HIJOS?	Descuida los hijos .....1	2	8	
DV1C. SI DISCUTE CON ÉL?	Discute.....1	2	8	
DV1D. SI SE NIEGA A TENER SEXO CON ÉL?	Se niega a sexo .....1	2	8	
DV1E. SI DEJA QUEMAR LA COMIDA?	Deja quemar comida.....1	2	8	

DESARROLLO DEL NIÑO(A)		CE
<i>La pregunta CE1 debe ser aplicada sólo una vez a cada tutora/tutor</i>		
<p>CE1. ¿CUÁNTOS LIBROS HAY EN EL HOGAR? INCLUYA LOS LIBROS ESCOLARES, PERO NO OTROS LIBROS, QUE NO SON PARA NIÑOS(AS), COMO LIBROS DE DIBUJOS</p> <p><i>Si 'ninguno' anote 00</i></p>	<p>Número de libros que no son para niños(as) .....0 __</p> <p>Diez o más libros que no son para niños(as) .....10</p>	
<p>CE2. ¿CUÁNTOS LIBROS PARA NIÑOS(AS) O LIBROS CON ILUSTRACIONES TIENE UD. PARA (nombre)?</p> <p><i>Si 'ninguno' anote 00</i></p>	<p>Número de libros para niños(as).....0 __</p> <p>Diez o más libros .....10</p>	
<p>CE3. ESTOY INTERESADA EN SABER ACERCA DE LAS COSAS CON LAS QUE JUEGA (nombre) CUANDO ÉL/ELLA ESTÁ EN CASA</p> <p>¿CON QUÉ JUEGA (nombre)?</p> <p>EL/ELLA JUEGA CON</p> <p>OBJETOS DEL HOGAR, COMO TAZONES, PLATOS, POSILLOS U OLLAS?</p> <p>OBJETOS Y MATERIALES ENCONTRADOS FUERA DE LA VIVIENDA, COMO PALOS, ROCAS, ANIMALES, CONCHAS, U HOJAS?</p> <p>JUGUETES CASEROS, COMO MUÑECAS, CARROS, Y OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA?</p> <p>JUGUETES PROVENIENTES DE TIENDAS?</p> <p><i>Si la encuestada dice "SI" a cualquiera de las categorías mencionadas, entonces indague para saber específicamente con que juega el niño(a) para determinar la respuesta</i></p> <p><i>Circule Y si el niño(a) no juega con ninguno de los objetos mencionados.</i></p>	<p>Objetos del hogar (tazones, platos, posillos, ollas) ..... A</p> <p>Objetos y materiales encontrados fuera de las instalaciones de vivienda (palos, rocas, animales, conchas, hojas) ..... B</p> <p>Juguetes caseros (muñecas, carros y otros juguetes hechos en casa) ..... C</p> <p>Juguetes provenientes de tiendas ..... D</p> <p>No mencionó cosas de juego..... Y</p>	
<p>CE4. ALGUNAS VECES LOS ADULTOS QUE CUIDAN A NIÑOS(AS) TIENEN QUE SALIR DE CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR ROPA, O POR OTRAS RAZONES Y TIENEN QUE DEJAR LOS NIÑOS(AS) MENORES CON OTRAS PERSONAS. DESDE EL PASADO (<i>día de la semana</i>) CUÁNTAS VECES FUE DEJADO (nombre) AL CUIDADO DE OTRO NIÑO(A) (ES DECIR, ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS)?</p> <p><i>Si 'ninguna' anote 00</i></p>	<p>Número de veces..... __ __</p>	
<p>CE5. EN LA SEMANA PASADA, ¿CUÁNTAS VECES FUE DEJADO SOLO (nombre)?</p> <p><i>Si 'ninguna' anote 00</i></p>	<p>Número de veces..... __ __</p>	



**MÓDULO DE DISCAPACIDAD**

**DA**

Para ser aplicado a la/el madre/padre o tutora/tutor de todos los niños(as) entre 2 y 9 años de edad que viven en el hogar. Para miembros del hogar menores de 2 años o mayores de 9 deje las filas en blanco

ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SI ALGÚN NIÑO(A) DE ESTE HOGAR ENTRE 2 Y 9 AÑOS DE EDAD TIENE ALGUNA DE LAS CONDICIONES DE SALUD QUE LE VOY A MENCIONAR.

LÍNEA	NOMBRE	DA3.		DA4.		DA5.		DA6.		DA7.		DA8.		DA9.		DA10.		DA11.		DA12.		DA13.	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
01		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
02		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
03		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
04		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
05		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
06		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
07		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
08		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
09		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
10		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
11		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
12		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
13		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
14		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
15		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

**MÓDULO DE MORTALIDAD MATERNA**

**MM**

*Aplíquelo a cada adulto miembro del hogar. Anote el nombre y número de línea de cada adulto (de 15 y más años) del hogar. Si alguno de éstos adultos no está en casa, otro adulto puede responder por él/ella. Indíquelo colocando un '1' en MM3, e inserte el número de línea de la persona que respondió por él/ella en MM4. Para miembros del hogar menores de 15 años, deje las filas en blanco*

MM1. No. de línea.	MM2. Nombre	MM3. ¿ESTÁ RESPONDIENDO POR OTRA PERSONA? 1 SÍ ⇨MM4 2 NO ⇨MM5	MM4. No. de línea de la persona que responde en nombre de la persona ausente (del listado de hogar HL1)	MM5. ¿CUÁNTAS HERMANAS (NACIDAS DE LA MISMA MADRE) HA TENIDO Ud.?	MM6. ¿CUÁNTAS DE ESTAS HERMANAS LLEGARON A LA EDAD DE 15 AÑOS?	MM7. ¿CUÁNTAS DE ESTAS HERMANAS (QUE TIENEN POR LO MENOS 15 AÑOS) ESTÁN VIVAS?	MM8. ¿CUÁNTAS DE ESTAS HERMANAS QUE LLEGARON A LOS 15 AÑOS O MÁS HAN MUERTO?	MM9. ¿CUÁNTAS DE ESTAS HERMANAS MUERTAS MURIERON ESTANDO EMBARAZADAS, DURANTE EL PARTO, O DURANTE LAS 6 SEMANAS DESPUÉS DE TERMINAR EL EMBARAZO?
LÍNEA	NOMBRE	S N	LÍNEA					
01		1 2						
02		1 2						
03		1 2						
04		1 2						
05		1 2						
06		1 2						
07		1 2						
08		1 2						
09		1 2						
10		1 2						
11		1 2						
12		1 2						
13		1 2						
14		1 2						
15		1 2						