|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOSNombre y año de la encuesta |  |
| PANEL DE INFORMACIÓN de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS uf |
| **UF1**. *Número de conglomerado:* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **UF2**. *Número de hogar:* \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF3**. *Nombre y número de línea del niño/a:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | **UF4**. *Nombre y número de la madre/ cuidador/a:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF5**. *Nombre y número de la entrevistadora:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **UF6**. *Nombre y número del supervisor/a:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF7**. *Día / Mes / Año de la entrevista:*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 2 \_\_\_ | **UF8**. Registre la hora: | HorAs | : MinutOs |
| \_\_ \_\_ | : \_\_ \_\_ |

|  |
| --- |
| Verifique la edad del encuestado en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR:Si tiene entre 15 y 17 años de edad, verifique que se obtenga el consentimiento del adulto para la entrevista (HH33 o HH39/ HH39A) o que no sea necesario (HL20=90). Si el consentimiento fuera necesario y no se obtuviera, no se iniciará la entrevista y deberá registrar ‘06’ en UF17. El encuestado deberá tener, por lo menos, 15 años de edad. |
| **UF9**. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a esta persona para otro cuestionario? | sí, ya entrevistadA 1NO, primera entrevista 2 | 1*⇨UF10B*2*⇨UF10A* |
| **UF10A**. Hola, me llamo (***su nombre***). Somos de la Oficina Nacional de Estadísticas. Estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de la salud y bienestar de (***nombre del niño/a de UF3***). La entrevista usualmente toma cerca de número minutos.La participación en esta encuesta es voluntaria. No se le otorgará ningún pago ni incentivo por responder estas preguntas. Sin embargo, esta encuesta ayudará al gobierno y al público en general a comprender mejor la situación y las necesidades de las niñas y los niños pequeños.Tenga en cuenta que toda la información que comparta durante la entrevista permanecerá estrictamente confidencial y anónima. Ninguna información sobre usted o su hijo o hija se hará pública. Sólo produciremos información sobre la población general.Si se siente incómodo con alguna pregunta y no desea responder, avíseme y podremos omitir la pregunta. Además, si desea detener la entrevista en cualquier momento, hágamelo saber.Si en algún momento tiene alguna queja o inquietud sobre esta encuesta, por favor utilice la información proporcionada en esta tarjeta para comunicarse con el nombre de la organización.¿Puedo comenzar la entrevista? | **UF10B**. Ahora me gustaría hablarles con mayor detalle sobre la salud y el bienestar de ***(nombre del niño de UF3)***.Esta entrevista usualmente toma cerca de número minutos. De nuevo, la participación en esta encuesta es voluntaria. No se le otorgará ningún pago ni incentivo por responder estas preguntas. Sin embargo, esta encuesta ayudará al gobierno y al público en general a comprender mejor la situación y las necesidades de las niñas y los niños pequeños.Tenga en cuenta que toda la información que comparta durante la entrevista permanecerá estrictamente confidencial y anónima. Ninguna información sobre usted o su hijo o hija se hará pública. Sólo produciremos información sobre la población general.Nuevamente, si no desea responder una pregunta o desea detener la entrevista en cualquier momento, hágamelo saber.Si en algún momento tiene alguna queja o inquietud sobre esta encuesta, por favor utilice la información en la tarjeta que le di anteriormente para comunicarse con el nombre de la organización.¿Puedo comenzar la entrevista? |
| sÍ 1No / No se preguntó 2 | 1*⇨ Módulo de ANTECEDENTES DEL NIÑO/A MENOR DE CINCO*2*⇨*UF17 |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS UB |
| **UB0**. Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer el Certificado de Nacimiento y el Registro Nacional de Inmunización Infantil de (**nombre**), así como cualquier registro de inmunización de un proveedor privado de salud? Necesitaremos referirnos a esos documentos. |  |  |
| **UB0A**. *Verifique la relación de la persona entrevistada con el niño/a en la LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR en el CUESTIONARIO DE HOGAR.* | MADRE BIOLÓGICA (HL20 = HL14) 1PADRE BIOLÓGICO (HL20 = HL18) 2OtRO 6 | 1*⇨UB1*2*⇨UB1* |
| **UB0B**. ¿Cuál es su relación con ***(nombre)***? | ABUELO/A 01TÍA/TÍO 02HERMANO/HERMANA 03OTRO FAMILIAR DEL NIÑO/A 06MADRASTRA/PADRASTRo 11HERMANASTRA/HERMANASTRO 12OTRO FAMILIAR DE MADRASTRA/PADRASTRO 16FAMILIA DE ACOGIDA FORMAL / padre/madre adoptivo/a 21AMIGO/a 31OTRO (*especifique*) 96 |  |
| **UB1**. ¿En qué día, mes y año nació (***nombre***)?*Indague:* ¿Cuándo es el cumpleaños de ***(él/ella)***?*Si la madre/cuidador(a) conoce la fecha exacta de nacimiento, registre también el día; de lo contrario, registre ‘98’ para el día.El mes y el año deben ser anotados.* | fecha de nacimiento Día \_\_ \_\_ ns día 98 Mes \_\_ \_\_ año 2 0 \_ \_\_ |  |
| **UB2.** ¿Qué edad tiene (**nombre**)?Indague:¿Cuántos años cumplió (**nombre**) en su último cumpleaños?Registre la edad en años cumplidos.Registre ‘0’ si es inferior a 1 año.Si las respuestas a UB1 y UB2 son inconsistentes, indague más y corrija. | edad (en años cumplidos) \_\_ |  |
| **UB3**. Verifique UB2: ¿Edad del niño/a? | EDAD 0, 1, ó 2 1edad 3 ó 4 2 | 1*⇨Fin* |
| **UB4**. Verifique el número de línea de la persona entrevistada (UF4) en el PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS y la persona entrevistada del CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47): ¿Esta persona entrevistada es el misma que la del CUESTIONARIO DE HOGAR? | SÍ, la persona es el misma, UF4=HH47 1NO, la persona no es la misma, UF4≠HH47 2 | 2*⇨UB6A* |
| **UB5**. Verifique ED10 en el Módulo de EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asistió el niño/a a educación para la primera infancia en el actual año escolar? | sí, ED10=0 1NO, ED10≠0 ó en blanco 2 | 1*⇨UB8B*2*⇨Fin* |
| **UB6A**. Verifique ED10 en el Módulo de EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asistió el niño/a a educación para la primera infancia en el actual año escolar? | sí, ED10=0 1NO, ED10≠0 ó en blanco 2 | 1*⇨UB8A*2*⇨Fin* |
| **UB8A**. Anteriormente registré que ***(nombre)*** asistió a un programa de educación para la primera infancia durante este año escolar. ¿Actualmente asiste a este programa?**UB8B**. Usted ha mencionado que (***nombre***) ha asistido a un programa de educación para la primera infancia durante este año escolar ¿Actualmente asiste a este programa? | Yes 1No 2 |  |

|  |
| --- |
| **SEGURO DE SALUD UIN** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Seguro de salud como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |
| --- |
| **REGISTRO DE NACIMIENTO BR** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Registro de nacimiento como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| DESARROLLO temprano Infantil | eC |
| **EC1**. ¿Cuántos libros infantiles o libros con dibujos tiene para (**nombre**)? | Ninguno 00Número de libros infantiles …….. 0 \_\_Diez o más libros 10 |  |
| **EC2**. Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (**nombre**) juega cuando en casa. ¿Juega con: [A] juguetes caseros tales como muñecas, carritos u otros juguetes hechos en casa? [B] juguetes de una tienda o fabricados? [C] objetos del hogar como cuencos u ollas, u objetos que se encuentran fuera del hogar, como palos, piedras, conchas de animales u hojas? | s N nsJuguetes caseros 1 2 8Juguetes de tienda 1 2 8Objetos del hogar uobjetos del EXTERIOR 1 2 8 |  |
| **EC3**. A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa. ¿Cuántos días en la última semana, es decir desde el último ***(día de la semana)*** fue (**nombre**): [A] dejado solo durante más de una hora? [B] dejado al cuidado de otro niño o niña; es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora? Si la respuesta es “ningún día”, registre ’0’. Si la respuesta es “no sé”, escriba ’8’. | Número de días que lo dejó solodurante más de una horA \_\_Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora \_\_ |  |
| **EC4**. *Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?* | EDAd 0, ó 1 1EDAD 2, 3 ó 4 2 | 1*⇨Fin* |
| **EC5**. Desde el último ***(día de la entrevista menos 3)***, ¿usted o alguien del hogar de 15 años o mayor participó en alguna de las siguientes actividades con ***(nombre)***: *Los padres/madres adoptivos y padrastros y madrastras que viven en el hogar y participan en actividades con el niño/a deberán ser codificados como madre o padre.* |  |  |
| 1. ¿Leer libros a (***nombre***) o mirar los dibujos de un libro con (***nombre***)?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC5[B]*8*⇨EC5[B]* |
| [A1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| 1. ¿Contar cuentos a (nombre)?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC5[C]*8*⇨EC5[C]* |
| [B1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| 1. ¿Cantar canciones a (***nombre***) o cantar con (***nombre***), incluyendo canciones de cuna?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC5[D]*8*⇨EC5[D]* |
| [C1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| 1. ¿Llevar a (***nombre***) a pasear fuera de la casa?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC5[E]*8*⇨EC5[E]* |
| [D1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| 1. ¿Jugar con (***nombre***)?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC5[F]*8*⇨EC5[F]* |
| [E1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| 1. ¿Nombrar, contar o dibujar cosas a (***nombre***) o con (***nombre***)?
 | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC6*8*⇨EC6* |
| [F1] ¿Quién en el hogar realizó esta actividad con ***(nombre)***?*Indague:* ¿Alguien más? | MADRE APADRE BOtRO X |  |
| **EC6**. Me gustaría preguntarle sobre ciertas actividades que ***(nombre)*** puede realizar actualmente. Tenga en cuenta que los niños/as se desarrollan y aprenden a ritmos diferentes. Por ejemplo, algunos empiezan a hablar antes que otros, o es posible que ya digan algunas palabras pero que aún no formen frases. Por lo tanto, no hay problema si su ***(hijo/hija)*** no es capaz de realizar todas las actividades que se mencionan en este cuestionario. Puede avisarme si tiene cualquier duda acerca de qué respuesta escoger.¿***(Nombre)*** puede caminar en una superficie irregular, por ejemplo, una calle accidentada o inclinada, sin caerse? | sÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC7**. ¿(***Nombre***) puede saltar levantando ambos pies del suelo? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC8**. ¿(***Nombre***) puede vestirse, es decir, ponerse un pantalón y una camiseta, sin ayuda? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC9**. ¿**(*Nombre***) puede abrochar y desabrochar botones sin ayuda? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC10**. ¿(***Nombre***) puede decir 10 o más palabras, como “mamá” o “pelota”? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC11**. ¿(***Nombre***) puede hablar usando oraciones de 3 o más palabras que van juntas, por ejemplo, “Yo quiero agua” o “La casa es grande”? | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨EC13*8*⇨EC13* |
| **EC12**. ¿(***Nombre***) puede hablar usando oraciones de 5 o más palabras que van juntas, por ejemplo, “La casa es muy grande”? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC13**. ¿(***Nombre***) puede usar correctamente cualquiera de las palabras “yo”, “tú”, “ella” o “él”, por ejemplo, “Yo quiero agua” o “Él come arroz”? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC14**. Si le muestra a ***(nombre)*** un objeto que (***él/ella***) conoce bien, como una taza o un animal, ¿puede ***(él/ella)*** nombrarlo de forma sistemática?*Indague:* Por “sistemática” nos referimos a que (***él/ella***) utiliza la misma palabra para referirse al mismo objeto, aunque la palabra que emplee no sea del todo correcta. | sÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC15**. ¿***(Nombre)*** puede reconocer al menos 5 letras del alfabeto? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC16**. ¿***(Nombre)*** puede ***escribir*** su propio nombre? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC17**. ¿(***Nombre***) puede reconocer todos los números del 1 al 5? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC18**. Si le pide a ***(nombre)*** que le dé 3 objetos, como 3 piedras o 3 habichuelas, ¿(***él/ella***) le da la cantidad correcta? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC19**. ¿(***Nombre***) puede contar 10 objetos, por ejemplo, 10 dedos o 10 cubos, sin cometer errores? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC20**. ¿(***Nombre***) puede realizar una actividad, como colorear o jugar con bloques de construcción, sin pedir ayuda varias veces o darse por (***vencido/vencida***) demasiado rápido? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC21**. ¿(***Nombre***) pregunta por personas familiares, que no sean sus padres, cuando no se encuentran presentes, por ejemplo, “¿Dónde está la abuela?”? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC22**. ¿(***Nombre***) se ofrece a ayudar a alguien que parece necesitar ayuda? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC23**. ¿(***Nombre***) se lleva bien con otros niños y niñas? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **EC24**. Las siguientes dos preguntas tienen cinco opciones diferentes de respuesta. Se las voy a leer después de cada pregunta.¿Con qué frecuencia parece estar ***(nombre)*** muy triste o (***deprimido/deprimida***)?Diría que: ¿diariamente, semanalmente, mensualmente, algunas veces al año o nunca | DIARIAMENTE 1SEMANALMENTE 2MENSUALMENTE 3ALGUNAS VECES AL AÑO 4NUNCA 5NS 8 |  |
| **EC25**. En comparación con los niños y niñas de la misma edad, ¿con qué frecuencia (***nombre***) da patadas, muerde o golpea a otros niños, niñas o adultos? Diría que: ¿nunca, con la misma o menos frecuencia, con más o mucha más frecuencia? | NUNCA 1CON LA MISMA O MENOSFRECUENCIA 2MÁS FRECUENCIA 3MUCHA MÁS FRECUENCIA 4NS 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA INFANTIL** | **UCD** |
| **UCD1**. *Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?* | EDAD 0 1EDAD 1, 2, 3 ó 4 2 | 1*⇨Fin* |
| **UCD2**. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños o niñas la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si usted o cualquier otro adulto más del hogar ha usado estos métodos con ***(nombre)*** en el mes pasado.1. Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a ***(nombre)*** le gusta, o no le permitió salir de la casa.
2. Le explicó a ***(nombre)*** por qué estuvo mal su comportamiento.
3. ***(Lo/la)*** sacudió.
4. Le gritó o le vociferó
5. Le dio otra cosa que hacer.
6. Le dio una tunda, ***(lo/la)*** golpeó o ***(lo/la)*** nalgueó con la mano.
7. ***(Lo/la)*** golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.
8. ***(Lo/la)*** llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida.
9. (***Lo/la)*** golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.
10. (***Lo/la)*** golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.
11. Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.
 |  SÍ NoLe quitó algún privilegio 1 2Explicó el comportamiento erróneo 1 2Lo/la sacudió 1 2Le gritó O le vociferó 1 2 Le dio otra cosa que hacer 1 2Le dio una tunda, lo/la nalgueó con la mano 1 2Lo/la golpeó con un cinturón, un cepillo de pelo,  un palo u otro objeto duro 1 2Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida 1 2Golpeó / dio palmada en la cara,  en la cabeza o en las orejas 1 2Golpeó / dio una palmada  en la MANO, EN el brazo o en la pierna 1 2Le dio una paliza, le pegó una y otra vez  lo más fuerte que pudo 1 2 |  |
| **UCD3**. *Verifique UF4: ¿La persona entrevistada es la madre o cuidador/a de otro niño/a menor de 5 años o de un niño/a de 5 a 14 años seleccionado para EL CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS de 5-17?* | SÍ 1No 2 | 2*⇨UCD5* |
| **UCD4**. *Verifique UF4: ¿Esta persona entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro niño/a?* | sÍ 1No 2 | 1*⇨Fin* |
| **UCD5**. ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o una niña, se le debe castigar físicamente? | SÍ 1No 2NS / SIN opiniÓn 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Capacidad funcional en niño/a | **UCF** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema Capacidad funcional en niño/as como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| Lactancia e ingesta alimentaria | **BD** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema Lactancia e ingesta alimentaria como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INMUNIZACIÓN |  | IM |
| **IM1**. *Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?* | EDAD 0, 1, ó 2 1EDAD 3 ó 4 2 | 2*⇨Fin* |
| **IM2**. ¿Tiene la Tarjeta Nacional de Vacunación del Niño y la Niña, registro de algún proveedor de salud privado o cualquier otro documento en donde estén registradas por escrito las vacunas administradas a (**nombre**)?  | Sí, solo tarjeta(s) 1Sí, solo tiene otro documento 2Sí, tiene tarjeta(s) y otrodocumento 3No, no tiene tarjeta ni otro documento 4 | 1*⇨IM5*3*⇨IM5* |
| **IM3**. ¿Alguna vez tuvo la Tarjeta Nacional de Vacunación del Niño y la Niña o registros de vacunación de un proveedor de salud privado para (**nombre**)? | Sí 1No 2 |  |
| **IM4**. *Verifique IM2:* | solo tiene otro documento, IM2=2 1no tiene tarjetas ni documentos disponibles, IM2=4 2 | 2*⇨IM11* |
| **IM5**. ¿Podría ver su tarjeta(s) (y/u) otro documento? | Sí, solo se vio la tarjeta 1Sí, solo se vio  otro documento 2Sí, se vieron la tarjeta(s)  y el otro documento 3No se viO la tarjeta ni el otro documento 4 | 4*⇨IM11* |
| **IM5A**. *Registre la fecha de nacimiento de la tarjeta y/u otro documento.* *Registre '98' para cualquier información faltante o ilegible.* | FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_ \_\_ MES \_\_ \_\_ AÑO 2 0 \_\_ \_\_ |  |
| **IM6**.1. Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta
2. Registre ‘44’en la columna “día” si los documentos muestran que se administró la vacuna, pero no se indica la fecha.
 | **Fecha de inmunización** |  |
| **DÍA** | **Mes** | **año** |
| BCG | BCG |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| HepB (al nacer) | HepB0 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (OPV) (al nacer) | OPV0 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (OPV) 1 | OPV1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (OPV) 2 | OPV2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (OPV) 3 | OPV3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (IPV) 1 | IPV1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (IPV) 2 | IPV2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalente (DTPHibHepB) 1 | Penta1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalente (DTPHibHepB) 2 | Penta2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalente (DTPHibHepB) 3 | Penta3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Neumo (Conjugate) 1 | PCV1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Neumo (Conjugate) 2  | PCV2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Neumo (Conjugate) 3 | PCV3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 1 | Rota1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 2 | Rota2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 3 | Rota3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| MMR/MR 1 | MMR/MR1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| MMR/MR 2 | MMR/MR2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Fiebre amarilla | YF |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Refuerzo Td 1 | Refuerzo Td |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| **IM7**. *Verifique IM6: ¿Están registradas todas las vacunas (BCG a Refuerzo Td)?* | SÍ 1No 2 | 1*⇨Fin* |
| **IM8**. ¿Participó (***nombre***) en alguna de las siguientes campañas, días nacionales de inmunización o días de salud infantil: [A] Inserte fecha/tipo de campaña A, antígenos [B] Inserte fecha/tipo de campaña B, antígenos [C] Inserte fecha/tipo de campaña C, antígenos | s N nsCampaña A 1 2 8Campaña B 1 2 8Campaña C 1 2 8 |  |
| **IM9**. Además de lo que está registrado en los documentos que me ha mostrado, ¿se le administró a (***nombre***) alguna otra vacuna, incluyendo las vacunas durante las campañas, los días de vacunación o los días de salud infantil que acabamos de mencionar? | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨Fin*8*⇨Fin* |
| **IM10***. Vuelva a IM6 e indague sobre estas vacunas.* *Registre '66' en la columna de día correspondiente para cada vacuna adicional recibida. Para cada vacuna no recibida registre ‘00’ en la columna de día* *Cuando termine, vaya al siguiente módulo.* |  | *⇨Fin* |
| **IM11**. ¿Recibió ***(nombre)*** alguna vez una vacuna para prevenir enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en una campaña, día de vacunación o día de salud infantil? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **IM12**. ¿Participó (***nombre***) en alguna de las siguientes campañas, días nacionales de inmunización o días de salud infantil: [A] Inserte fecha/tipo de campaña A, antígenos [B] Inserte fecha/tipo de campaña B, antígenos [C] Inserte fecha/tipo de campaña C, antígenos | s N nsCampaña A 1 2 8Campaña B 1 2 8Campaña C 1 2 8 |  |
| **IM13**. *Verifique IM11 y IM12 [A-C]* | todo no o ns 1Al menos un sí 2 | 1*⇨Fin* |
| **IM14**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **IM15**. ¿Al nacer o poco después, ***(nombre)*** recibió una vacuna de Hepatitis B, es decir, una inyección que se da en la parte exterior del muslo, para prevenir la Hepatitis B? | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM16*8*⇨IM16* |
| **IM15A**. ¿La recibió ***(nombre)*** dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento? | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **IM16**. ¿Recibió ***(nombre)*** alguna vez la vacuna oral contra la polio, es decir, unas dos gotas en la boca para prevenir la polio? *Indague indicando que esta vacuna a menudo se llama OPV y que la primera dosis se puede administrar al nacer y/o después al mismo tiempo que inyecciones para prevenir otras enfermedades.* | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM19*8*⇨IM19* |
| **IM17**. ¿Recibió ***(nombre)*** la primera vacuna oral contra la polio en las primeras dos semanas después del nacimiento, o después? | PRIMERAS DOS SEMANAS 1DESPUÉS 2NS 8 |  |
| **IM18**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna oral contra la polio? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM19**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna contra la polio inyectada, es decir, una inyección en el brazo para proteger contra la polio? *Indague indicando que esta vacuna a menudo se llama IPV y que la inyección se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna oral contra la polio y/u otras inyecciones* | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM20*8*⇨IM20* |
| **IM19A**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna inyectada contra la polio? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM20**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna Pentavalente, es decir, una inyección en el muslo para prevenir que contraiga tétanos, tosferina, difteria, Hepatitis B y Haemophilus influenzae (Hib) tipo B? Indague indicando que la vacuna Pentavalente se administra a veces al mismo tiempo que las gotas contra la polio. | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM22*8*⇨IM22* |
| **IM21**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna Pentavalente? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM22**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna neumocócica, es decir, una inyección en el muslo para prevenir la neumonía? *Indague indicando que la vacuna neumocócica se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.* | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM24*8*⇨IM24* |
| **IM23**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna neumocócica? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM24**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna contra el rotavirus, es decir, líquido en la boca para prevenir la diarrea? *Indague indicando que la vacuna contra el rotavirus se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.* | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM26*8*⇨IM26* |
| **IM25**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra el rotavirus? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM26**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez una vacuna MMR/MR, es decir, una inyección en el brazo para prevenir que se enferme de sarampión, paperas y rubéola? | SÍ 1No 2NS 8 | 2*⇨IM27*8*⇨IM27* |
| **IM26A**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra MMR/MR? | Número de veces \_\_NS 8 |  |
| **IM27**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez la vacuna contra la fiebre amarilla, es decir, una inyección en el brazo para prevenir que contraiga fiebre amarilla?  *Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna MMR/MR.* | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **IM27A**. ¿Recibió (***nombre***) alguna vez el refuerzo de Td, es decir, una inyección en el muslo a la edad de 1 año o más, para aumentar su inmunidad contra la difteria y el tétanos?  *Indague indicando que el primer refuerzo de Td se administra a veces al mismo tiempo que la segunda dosis de MMR/MR.* | SÍ 1No 2NS 8 |  |
| **IM28**. *Emita un FORMULARIO DE REGISTROS DE VACUNACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD para este niño/a.**Complete el PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS sobre ese Formulario* |

|  |  |
| --- | --- |
| Búsqueda de atención y tratamiento de la diarrea | **DA** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema Búsqueda de atención y tratamiento de la diarrea como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| Búsqueda de atención y tratamiento de los síntomas de IRA | **AR** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema Búsqueda de atención y tratamiento de los síntomas de IRA como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| Malaria: búsqueda de atención y tratamiento | **MC** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema Malaria: búsqueda de atención y tratamiento como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF11**. *Registre la hora.* | Horas y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| **UF12**. *Idioma del cuestionario.* | ESPAÑOL 1IDIOMA 2 2idioma 3 3 |  |
| **UF13**. *Idioma de la entrevista.* | ESPAÑOL 1IDIOMA 2 2IDIOMA 3 3OTRO IDIOMA (especifique) 6 |  |
| **UF14**.*Lengua materna de la persona entrevistada* | ESPAÑOL 1IDIOMA 2 2IDIOMA 3 3OTRO IDIOMA (especifique) 6 |  |
| **UF15**. *¿Se utilizó un intérprete para alguna parte de la entrevista?* | sí, para todo el cuestionario 1sí, para parte del cuestionario 2No, no se utilizó 3 |  |
| **UF15A**.Verifique la edad la persona entrevistada en HL6 en la LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DEL HOGAR: ¿La edad de la persona entrevistada es de 15 a 17 años? | EDAD 15-17 1EDAD 18 O MAYOR 2 | 1*⇨Fin* |
| **UF15B**. Verifique el número de línea de la persona entrevistada (UF4) en el PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS y la persona entrevistada del CUESTIONARIO DEL HOGAR (HH47): ¿Esta persona entrevistada también es la persona entrevistada del CUESTIONARIO DE HOGAR? | SÍ, LA PERSONA ENTREVISTADA ES LA MISMA,  UF4=HH47 1NO, LA PERSONA ENTREVISTADA NO ES LA MISMA, UF4≠HH47 2 | 1*⇨UF16* |
| **UF15C**. *¿Esta persona ya ha sido entrevistada con algún cuestionario individual?* | SI, YA ENTREVISTADA 1NO, NO HA SIDO ENTREVISTADA 2 | 1*⇨UF16*  |
| **UF15D**. *Verifique HC7[A] y HC12: ¿Este hogar tiene línea telefónica fija o algún miembro del hogar tiene celular?* | SÍ, HC7[A]=1 o HC12=1 1NO, HC7[A]=2 y HC12=2 2 | 2*⇨UF15F* |
| **UF15E**. Gracias por su participación.La Oficina Nacional de Estadística realizará más adelante una encuesta telefónica sobre la situación de los niños, niñas, familias y hogares. Es posible que llamemos algunas veces a lo largo de un período de unos meses, durante aproximadamente 15 minutos cada vez.La participación es voluntaria. Si acepta participar ahora, aún puede retirarse más adelante. No le costará nada participar. Su número de teléfono y toda la información que comparta durante estas entrevistas telefónicas no se compartirán con nadie fuera de nuestro equipo.¿Le gustaría participar? | sÍ 1No 2 | 1*⇨UF15H*2*⇨UF16* |
| **UF15F**. Gracias por su participación.La Oficina Nacional de Estadística realizará más adelante una encuesta de seguimiento sobre la situación de los niños, niñas, familias y hogares. Es posible que nos comuniquemos con usted algunas veces a lo largo de un período de unos meses, durante aproximadamente 15 minutos cada vez.La participación es voluntaria. Si acepta participar ahora, aún puede retirarse más tarde. No le costará nada participar. Toda la información que comparta durante estas entrevistas no se compartirá con nadie fuera de nuestro equipo.¿Le gustaría participar? | sÍ 1No 2 | 2*⇨UF16* |
| **UF15G**. Usted me comentó que no hay teléfonos en su hogar. Sólo para confirmar, ¿tiene usted un número de teléfono personal o hay un número de teléfono del hogar? | sÍ 1No 2 | 1*⇨UF15I*2*⇨UF16* |
| **UF15H**. ¿Tiene usted un número de teléfono personal o hay un número de teléfono del hogar? | sÍ 1No 2 | 2*⇨UF16* |

|  |
| --- |
| **UF15I**. Puede compartir el número de su hogar, pero por favor, no comparta ningún número de teléfono personal que pertenezca a otros miembros de su hogar o a personas ajenas a su hogar. Por favor, indíqueme a cuál número de teléfono llamar. |
|  |
|  | [P1]MEJOR NÚMERO | [P2]2º NÚMERO | [P3]3º NÚMERO |
| **UF15J**. *Solicite y registre el número de teléfono.* | **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **UF15K**. Sólo para confirmar, ¿el número es ***(número registrado en UF15J)?****Si no, regrese a UF15J y corrija el registro.* | SÍ 1NO 2*⬂**UF15J* | SÍ 1NO 2*⬂**UF15J* | SÍ 1NO 2*⬂**UF15J* |
| **UF15L**. Recuerde, puede compartir el número de su hogar, pero por favor no comparta ningún número de teléfono personal que pertenezca a otros miembros de su hogar o a personas ajenas a su hogar. ¿Tiene otro número de teléfono personal o compartido donde pueda localizar***la/lo***? | SÍ 1*⬂**[P2]*NO 2*⬂**UF16* | SÍ 1*⬂**[P3]*NO 2*⬂**UF16* | SÍ 1*⬂**[P4]*NO 2*⬂**UF16* |
|  |  |  | *Marque aquí si hay cuestionario adicional**usado::* **🞏** |

|  |
| --- |
| **UF16**. Explique a la persona entrevistada que usted necesitará medir el peso y la altura del niño/a antes de que usted salga del hogar y que un colega se unirá para encargarse de la medición. Emita el FORMULARIO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTICAS para este niño/a y complete el PANEL DE INFORMACIÓN FORMULARIO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTICAS en ese formulario. Verifique las columnas HL10 Y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR ¿La persona entrevistada es la madre o la cuidadora de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en este hogar? **🞏** Sí ⇨ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN MENORES DE CINCO AÑOS y registre ‘01’. Después vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada. **🞏** No ⇨ Verifique HL6 y columna HL20 en el Listado de miembros del hogar, cuestionario de HOGAR: ¿La persona entrevistada es la madre o cuidadora de un niño/a de 5 a 17 años seleccionado para el CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS en este hogar?**🞏** Sí ⇨ Vaya a UF17 en el Panel de información de menores de cinco años y registre ‘01’. Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES de 5 a 17 AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.**🞏** No ⇨ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN PARA MENORES DE CINCO y registre '01'. Luego termine la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación. Verifique si hay otros cuestionarios para administrar en este hogar. |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF17**. *Resultado de la entrevista para niños/as menores de 5 años.* Los códigos se refieren a madre/cuidador/a. Discuta cualquier resultado no completado con el Supervisor. | CompletAda 01AUSENTE 02ReCHAZO 03completAdA PARCIALMENTE 04IncapacitaDA (*especifique*) 05no hay consentimiento PARA LA MADRE / CUIDADOR/A de 15 a 17 años de edad 06OtRO (*especifique*) 96 |
| **OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA** |
|  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES DEL/a SUPERVISOR/A** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | FORMULARIO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOSNombre y año de la encuesta |  |
| PANEL de INFORMAción del FORMULARIO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS  |
| **AN1**. *Número de conglomerado:* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **AN2**. *Número de hogar:* \_\_\_ \_\_\_ |
| **AN3**. *Nombre y número de línea del niño/a:*Nombre \_\_\_ \_\_\_ | **AN4**. *Edad del niño/a de UB2:*EDAD (en años cumplidos) \_\_ |
| **AN5**. *Nombre y número de línea de la madre/ cuidador/a:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | **AN6**. *Nombre y número de la entrevistadora:*NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS |  |  |
| **AN7**. *Nombre y número del medidor:* | Nombre \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **AN8**. *Registre el resultado de la medición de peso según lo lea el medidor en voz alta:Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.**Posteriormente, cuando registre el formulario en papel en CAPI, asegúrese también de que los registros sean verificados por el/la medidor/a.* | Kilogramos (kg) \_\_\_ \_\_\_ **.** \_\_\_niño/a no presentE después de las revisitas 99.3niño/a se niega 99.4entrevistado se niega 99.5Otro (*especifique*) 99.6 | 99.3*⇨AN14*99.4*⇨AN10*99.5*⇨AN10*99.6*⇨AN10* |
| **AN9**. *¿Se desvistió al niño/a hasta el mínimo, es decir, no más que ropa muy ligera o únicamente ropa interior?* | sí 1No, no se pudo desvestir al niño/a aL mínimo 2 |  |
| **AN10**. *Verifique AN4: ¿Edad del niño/a?* | EDAD 0 ó 1 1edad 2, 3 ó 4 2 | 1*⇨AN11A*2*⇨AN11B* |
| **AN11A**. *El niño/a tiene menos de 2 años de edad y deberá estar recostado para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la talla tal como fue leída por el/la medidor/a:Léale el registro al/la medidor/a y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.**Posteriormente, cuando registre el formulario en papel en CAPI, asegúrese también de que los registros sean verificados por el/la medidor/a.***AN11B**. *El niño/a tiene al menos 2 años de edad y deberá estar de pie para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la altura tal como fue leída por el/la medidor/a:Léale el registro al/la medidor/a y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.**Posteriormente, cuando registre el formulario en papel en CAPI, asegúrese también de que los registros sean verificados por el/la medidor/a.* | TALLA / altura (cm) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ . \_\_\_niño/a se niega 999.4entrevistado se niega 999.5Otro (*especifique*) 999.6 | 999.4*⇨AN14*999.5*⇨AN14*999.6*⇨AN14* |
| **AN12**. *¿Cómo se midió realmente al niño/a? ¿Recostado o de pie?* | recostado 1de pie 2 |  |
| **AN13***. ¿La medición registrada fue interferida por pelo trenzado o adornado?* | SÍ, EL PELO INTERFIRIÓ CON LA MEDICIÓN 1No 2 |  |
| **AN14**. *Día / Mes / Año de las medidas*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 2 \_\_\_ |  |  |
| **AN15**. ¿Hay otro niño/a menor de 5 años en el hogar que todavía no haya sido medido/a? | sÍ 1No 2 | 1*⇨ Siguiente niño/a* |
| **AN16**. Agradezca a la persona entrevistada por su cooperación e informe a su supervisor/a de que el/la medidor/a y usted han completado todas las mediciones en este hogar. |

|  |
| --- |
| **Observaciones de la entrevistadora para el FORMULARIO DE MEDIdas ANTROPOMÉTRICAS** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del/A medidor/a para el FORMULARIO DE MEDIdas ANTROPOMÉTRICA** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del supervisor/a para el FORMULARIO DE MEDIdas ANTROPOMÉTRICAS** |
|  |