|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | cuestionario de mujeres Nombre y año de la encuesta |  |

|  |
| --- |
| panel de información de la mujer WM |
| **WM1**. *Número de conglomerado:* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **WM2**. *Número de hogar:* \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM3**. *Nombre y número de línea de la mujer:* Nombre \_\_\_ \_\_\_ | **WM4**. *Nombre y número del supervisor/a:*Nombre \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM5**. *Nombre y número de la entrevistadora:*Nombre \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **WM6**. *Día / Mes / Año de la entrevista:* \_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 2 \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Verifique la edad de la mujer en HL6 en el Listado de miembros del hogar, Cuestionario de hogar: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, compruebe en HH33 que se obtenga el consentimiento de un adulto para la entrevista o que no sea necesario, (HL20=90). Si es necesario el consentimiento y no se obtiene, no se comenzará la entrevista y se registrará ‘06’ en WM17.* | **WM7**. *Registre la hora:* |
| HorAS | : MinutOs |
| \_\_ \_\_ | : \_\_ \_\_ |
| **WM8**. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a esta encuestada para otro cuestionario? | sí, ya entrevistada 1NO, primera entrevista 2 | 1*⇨WM9B*2*⇨WM9A* |
| **WM9A**. Hola, me llamo (***su nombre***). Somos de la Oficina Nacional de Estadística. Estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de su salud y otros temas. También estamos entrevistando a madres sobre sus hijos e hijas. Esta 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 mujeres.Tenga en cuenta que toda la información que comparta durante la entrevista permanecerá estrictamente confidencial y anónima. Ninguna información sobre usted 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? | **WM9B**. Ahora me gustaría hablarle sobre su salud y otros temas con mayor detalle. 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 mujeres.Tenga en cuenta que toda la información que comparta durante la entrevista permanecerá estrictamente confidencial y anónima. Ninguna información sobre usted 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 preguntaDO 2  | 1*⇨ Módulo de ANTECEDENTES DE LA MUJER*2*⇨*WM17 |

|  |
| --- |
| antecedentes de la mujer WB |
| **WB1**. Verifique el número de línea de la entrevistada (WM3) en EL PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y la persona encuestada en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47): ¿Esta entrevistada es el misma que la del CUESTIONARIO DE HOGAR? | SÍ, la entrevistada es la misma, WM3=HH47 1NO, la entrevistada no es la misma, WM3≠HH47 2 | 1*⇨WB5* |
| **WB3**. ¿En qué mes y año nació usted? | fecha de nacimientoMes \_\_ \_\_ ns mes 98 año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ns año 9998 |  |
| **WB4**. ¿Cuántos años tiene? *Indague*: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? *Si las respuestas a WB3 y WB4 son inconsistentes, indague y corrija. Deberá anotarse la edad.* | edad (en años cumplidos) \_\_ \_\_ |  |
| **WB5**. ¿Dónde nació usted? ¿En País o en otro país? | ESTE PAÍS 1OTRO PAÍS 2NS 8 | 2*⇨WB6*8*⇨WB7* |
| **WB5A**. ¿En qué región nació usted?*Indague para determinar la región según las fronteras actuales* | RegiÓn \_\_ \_\_NS 98 | *⇨WB7*98*⇨WB7* |
| **WB6**. ¿En qué país nació usted?*Indague para determinar la región según las fronteras actuales y registre el código del país.* *Si no puede encontrar o determinar el nombre del país, escriba el nombre del lugar abajo y luego registre temporalmente '976' hasta que conozca el código apropiado.*  *(Nombre del país)* | PAÍS \_\_ \_\_ \_\_NO SE PUEDE DETERMINAR EL PAÍS 976 |  |
| **WB7.** ¿Tiene usted ciudadanía de País? | SÍ, CIUDADANA DE ESTE PAÍS 1NO, OTRO PAÍS 2NO, SIN CIUDADANÍA 3 | 2*⇨WB7B*3*⇨Fin* |
| **WB7A.** ¿Tiene usted ciudadanía de otro país? | SÍ 1No 2 | 2*⇨ Fin* |
| **WB7B**. ¿De qué (otro) país o países tiene usted ciudadanía?*Indague para determinar el país según las fronteras actuales y registre el código del país.**Si no puede encontrar o determinar el nombre del país, escriba el nombre del lugar abajo y luego registre temporalmente '976' hasta que conozca el código apropiado.* *(Nombre del país)* | PAÍS #1 \_\_ \_\_ \_\_PAÍS #2 \_\_ \_\_ \_\_PAÍS #3 \_\_ \_\_ \_\_NO SE PUEDE DETERMINAR EL PAÍS 976 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MigraCIÓn | **WB** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Migración como se indica en el paquete complementario asociado. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| EMPLEO Y FORMACIÓN | **NE** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Empleo y formación como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Uso de TIC | IC |
| **IC1**. ¿Tiene usted un teléfono celular? | SÍ 1No 2 | 2*⇨IC3* |
| **IC2**. ¿Tiene usted un teléfono inteligente? | SÍ 1No 2 |  |
| **IC3**. Durante los últimos 3 meses, ¿usó un teléfono celular al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Indague si es necesario:* Me refiero a si se ha comunicado con alguien utilizando un celular.*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría que esto sucede casi todos los días? *Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana 1Al menos una vez por semana 2Casi todos los días 3 |  |
| **IC4**. ¿Ha usado alguna vez un computador, como un computador de escritorio, portátil, una tableta o similar? | SÍ 1No 2 | 2*⇨IC6* |
| **IC5**. Durante los últimos tres meses, ¿usó un computador al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría que esto sucedió casi todos los días? *Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana 1Al menos una vez por semana 2Casi todos los días 3 | 1*⇨IC7*2*⇨IC7*3*⇨IC7* |
| **IC6**. Verifique IC3: ¿Es IC3=0? | SÍ, IC3=0 1No, IC3=1, 2, o 3 2 | 1*⇨IC10* |
| **IC7**. Ahora le preguntaré sobre actividades que puede que haya realizado en un computador o teléfono durante los últimos 3 meses. Usted:1. ¿Usó alguna herramienta de copiar y pegar para duplicar o mover datos, información y contenido en entornos digitales, como dentro de un documento, entre dispositivos o en la nube?
2. ¿Envió algún mensaje, por ejemplo, por correo electrónico, servicio de mensajería o SMS, con un archivo adjunto, como un documento, imagen o video?
3. ¿Usó una fórmula aritmética básica en una hoja de cálculo?
4. ¿Conectó e instaló un nuevo dispositivo, como un módem, una cámara o una impresora?
5. ¿Buscó, descargó, instaló y configuró software?
6. ¿Creó una presentación electrónica con software para presentaciones, incluyendo texto, imágenes, sonido, video o gráficos?
7. ¿Transfirió un archivo entre un computador y otro dispositivo?
8. ¿Estableció medidas de seguridad efectivas, como contraseñas seguras o notificaciones de intentos de inicio de sesión, para proteger dispositivos y cuentas en línea?
9. Cambió la configuración de privacidad en su dispositivo, cuenta o aplicación para limitar el intercambio de datos personales e información, como nombre, información de contacto o fotos.
10. ¿Verificó la confiabilidad de la información encontrada en línea?
11. Escribió un programa de computación utilizando un lenguaje de programación especializado, que incluya la programación en entornos digitales, como el desarrollo de software de computador o aplicaciones.
 |  SÍ NoUsó copiado/pegado 1 2EnvÍO DE un MENSAJE con archivo adjunto 1 2USO DE FÓRMULA BÁSICAS EN HOJA DE CÁLCULO 1 2CONECTÓ DISPOSITIVO 1 2InstaLÓ software 1 2CreÓ presentaCiÓn 1 2TransfIRIÓ ARCHIVO 1 2ESTABLECIÓ  MEDIDAS DE SEGURIDAD 1 2CAMBIÓ CONFIGURACIÓN DE PRIVACIDAD 1 2VERIFICÓ LA CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN 1 2PROGRAMÓ 1 2 |  |
| **IC8**. Verifique IC7[F]: ¿Se registró ‘Sí’? | SÍ, IC7[F]=1 1No, IC7[F]=2 2 | 1*⇨IC11* |
| **IC9**. Verifique IC7[K]: ¿Se registró ‘Sí’? | SÍ, IC7[K]=1 1No, IC7[K]=2 2 | 1*⇨IC11* |
| **IC10**. ¿Alguna vez usó internet desde cualquier lugar y en cualquier dispositivo? | SÍ 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **IC11**. Durante los últimos 3 meses, ¿usó internet al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? *Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana 1Al menos una vez por semana 2Casi todos los días 3 |  |

|  |
| --- |
| FECUNDIDAD/historial de nacimientos CM |
| **CM1**. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido a lo largo de toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez? *En este módulo y en el historial de nacimientos deberá incluir sólo a los niños/as nacidos vivos. Los mortinatos no se deberán incluir en ninguna de las preguntas.* | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM8* |
| **CM2**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quien haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted? | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM5* |
| **CM3**. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | hijos varones viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM4**. ¿Cuántas hijas viven ahora con usted? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | hijas viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM5**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quien haya dado a luz y viva, pero que no viven con usted? | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM8* |
| **CM6**. ¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | hijos varones en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM7**. ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | hijas en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM8**. ¿Alguna vez ha dado a luz a un niño o niña que nació vivo pero falleció después?Si la respuesta es ‘No’, indague preguntando lo siguiente: Me refiero a un niño/a que alguna vez lloró, se movió, hizo algún sonido, o hizo algún esfuerzo por respirar, o mostró algún signo de vida aun cuando haya sido sólo por muy poco tiempo. | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM11* |
| **CM9**. ¿Cuántos niños varones han fallecido? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | niños varones muertos \_\_ \_\_ |  |
| **CM10**. ¿Cuántas niñas han fallecido? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | niñas muertas \_\_ \_\_ |  |
| **CM11**. Sume respuestas de CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 y CM10. | total \_\_ \_\_ |  |
| **CM12**. Sólo para asegurarme de que esto esté correcto, usted tuvo en total (**número total en CM11**) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Esto es correcto? | SÍ 1NO 2 | 1*⇨CM14* |
| **CM13**. Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias hasta que la respuesta en CM12 sea ‘Sí’. |  |  |
| **CM14**. Verifique CM11: ¿Cuántos nacidos vivos? | No nacidos vivos, CM11=00 0uno o más nacidos vivos,  CM11=01 o más 1 | 0*⇨Fin* |

|  |
| --- |
| Fecundidad/historial de nacimientos bh |
| **BH0**. Ahora me gustaría registrar los nombres de todos los niños/as a los que dio a luz, estén vivos o no, comenzando con el primero que tuvo.*Registre los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre gemelos y trillizos en líneas separadas.* |
| BH0.BHNúmero de línea | **BH1**. ¿Qué nombre le dio a su ***(primer / siguiente)*** bebé? | **BH2**. ¿Algunos de estos nacidos fueron gemelos/as?1 ÚNICO2 MÚLTIPLE | **BH3**. ¿Es (***nombre del nacido***) un niño o una niña?1 NIÑO2 NIÑA | **BH4**.¿En qué día, mes y año nació (***nombre del nacido***)?*Indague*: ¿Cuándo es su cumpleaños? | **BH5**. ¿Está (***nombre del nacido***) vivo?1. SÍ2. NO | **BH6**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) en su último cumpleaños?*Registre la edad en años cumplidos* | **BH7**. ¿Está (***nombre del nacido***) viviendo con usted?1. SÍ2. NO | **BH8**. Registre el número de línea del hogar del niño/a (de HL1)Registre ‘00’ *si el niño/a no aparece en la lista.* | **BH9**. ¿Qué edad tenía *(****nombre del nacido****)* cuando falleció?*Si es* ‘1 año’*, indague:¿Cuántos meses tenía (****nombre del nacido****)?Registre los días si es menos de 1 mes; registre los meses si es menos de 2 años; o años.* | **BH10**. ¿Hubo otros nacidos vivos entre (***nombre del nacido anterior***) y (***nombre del nacido***), incluyendo cualquier niño/a que haya fallecido después del nacimiento?1. SÍ2. NO |
|  |  | U | M | H | M | Día | Mes | Año | S | N | Edad | S | N | Núm. Línea | Unidad | Número | S | N |
| 01 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *Sig. Nac.* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ |  |
|  | *BH9* |
| 02 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 03 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 04 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 05 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 06 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 07 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 08 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 09 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| BH0.BHNúmero de línea | **BH1**. ¿Qué nombre le dio a su (primer / siguiente) bebé? | **BH2**. ¿Algunos de estos nacidos fueron gemelos/as?1 ÚNICO2 MÚLTIPLE | **BH3**. ¿Es (***nombre del nacido***) un niño o una niña?1 NIÑO2 NIÑA | **BH4**. ¿En qué mes y año nació (***nombre del nacido***)?*Indague*: ¿Cuándo es su cumpleaños? | **BH5**. ¿Está (***nombre del nacido***) vivo?1. SÍ2. NO | **BH6**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) en su último cumpleaños?*Registre la edad en años completos.* | **BH7**. ¿Está (***nombre del nacido***) viviendo con usted?1. SÍ2. NO | **BH8**. Registre el número de línea del hogar del niño/a (de HL1)Registre ‘00’ *si el niño/a no aparece en la lista.* | **BH9**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) cuando falleció?*Si es* ‘1 año’*, indague:¿Cuántos meses tenía (****nombre del nacido****)?Registre los días si es menos de 1 mes; registre los meses si es menos de 2 años; o años.* | **BH10**. ¿Hubo otros nacidos vivos entre (***nombre del nacido anterior***) y (***nombre del nacido***), incluyendo todos los niños/as que fallecieron después del nacimiento?1. SÍ2. NO |
|  |  | U | M | H | M | Día | Mes | Año | S | N | Edad | S | N | Núm. Línea | Unidad | Número | S | N |
| 10 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 11 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 12 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 13 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 14 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| **BH11**. ¿Ha dado a luz a algún nacido vivo desde el nacimiento de (***nombre del último nacido listado***)? | SÍ 1NO 2 | 1*⇨Registre el/los nacimiento(s) en el Historial de Nacimientos* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CM15**. Compare el número en CM11 con el número de nacidos enumerados en el historial de nacimientos anterior y compruebe: | los números son iguales 1los números son diferentes 2 | 1*⇨CM17* |
| **CM16**. Indague y concilie las respuestas en el historial de nacimientos hasta que la respuesta en CM12 sea ‘Sí’. |  |  |
| **CM17**. Verifique BH4: ¿El último nacimiento ocurrió en los últimos 2 años; ¿es decir, desde **(mes de entrevista)** en **(año de la entrevista menos 2)**? Si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento son los mismos, y el año del nacimiento es (**año de la entrevista menos 2**), considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años. | No hubo ningún nacido vivo en los 2 últimos años 0uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años 1 | 0*⇨Fin* |
| **CM18**. *Copie el nombre del último niño/a que aparece en BH1.Si el niño/a ha fallecido, tenga especial cuidado al referirse a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.* | Nombre del último niño/a nacido  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Último nacimiento deseado  | **DB** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Último nacimiento deseado como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Atención prenatal | MN |
| **MN1**. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?Copie aquí el nombre del último nacido vivo anotado en el historial de nacimientos (CM18) y utilícelo donde se indique: Nombre  | sÍ, CM17=1 1No, CM17=0 O en BLANco 2 | 2*⇨Fin* |
| **MN2**. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de ***(nombre)***? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **MN3**. ¿A quién consultó?  *Indague:* ¿Alguna otra persona? *Indague a qué tipo de persona consultó y registre todas las respuestas proporcionadas.* | **Profesional de la salud**  Doctor/A A ENFERMERA/ COMADRONA B INSERTE OTRA PERSONA  CALIFICADA C**Otra persona** PARTERA TRADICIONAL FTRABAJADORA DE SALUD COMUNITARIA gOTRO (*especifique)* X |  |
| **MN4**. ¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para este embarazo? *Registre la respuesta tal y como la exponga la entrevistada. Si “9 meses” o más tarde, registre 9.* | sEMANAS **1** \_\_ \_\_MESES **2** 0 \_\_NS 998 |  |
| **MN5**. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo? Indague para averiguar cuántas veces recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de chequeos prenatales recibidos. | Número de veces \_\_ \_\_NS 98 |  |
| **MN6**. Como parte de su chequeo prenatal durante este embarazo, ¿algún proveedor de atención en salud realizó algo de lo siguiente?: [A] ¿Medir la presión arterial? [B] ¿Tomar una muestra de orina? [C] ¿Tomar una muestra de sangre? [D] ¿Escuchar los latidos del corazón de su bebé? [E] ¿Hablar con usted sobre qué alimentos o cuánta comida debería comer? [F] ¿Hablar con usted sobre la lactancia materna? [G] Preguntarle si tuvo sangrado vaginal. |  SÍ Nopresión arterial 1 2muestra de orina 1 2muestra de sangre 1 2LATIDO DEL CORAZÓN 1 2ALIMENTOS 1 2LACTANCIA 1 2SANGRADO 1 2 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ATENCIÓN AL PARTO | MN |
| **MN1**. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?Copie aquí el nombre del último nacido vivo anotado en el historial de nacimientos (CM18) y utilícelo donde se indique: Nombre  | SÍ, CM17=1 1No, CM17=0 en blanco 2 | 2*⇨Fin* |
| **MN19**. ¿Quién la atendió en el parto de (***nombre***)? *Indague:* ¿Alguien más?Indague qué tipo de persona que atendió el parto y registre todas las respuestas proporcionadas. Si el entrevistado/a dice que nadie ayudó, indague para determinar si hubo adultos presentes en el parto.  | **Profesional de la salud**  Doctor/a A Enfermera/ Comadrona B inserte Otra persona calificada C**Otra persona** Partera tradicional F Trabajadora de salud  comunitaria G Pariente / amiga/o HOtro (especifique) XNadie Y |  |
| **MN20**. ¿Dónde dio a luz a (***nombre***)?  Indague para identificar el lugar donde dio a luz.Si no se puede determinar si fue público, privado o ONG, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente ‘76’ hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. (Nombre del lugar) | **HoGAR** hogar de la entrevistada 11 OTRO HOGAR 12**sector MÉDICO Público** Hospital del gobierno 21 clínica / centro de salud del  gobierno 22 dispensario de salud del  gobierno 23 Otro público (especifique) 26**Sector MÉDICO privado** hospital privado 31 CLINICA privadA 32 casa de maternidad privada 33 Otro PRIVADO (especifique) 36**SECTOR MÉDICO DE ONG** hospital DE ONG 41 CLÍNICA DE ONG 42 Otra ONG (especifique) 46NS PÚBLICO, PRIVADO o ong 76Otro (especifique) 96 | 11*⇨Fin*12*⇨Fin*96*⇨Fin* |
| **MN21**. ¿Nació (***nombre***) por cesárea? Es decir, ¿se cortó su panza para sacar al bebé? | sÍ 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **MN22**. ¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea? *Indague si es necesario:* ¿Fue antes o después de que empezaran los dolores de parto? | antes de dolores de parto 1después de dolores de parto 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PN&CN: Cuidado térmico | **MN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema PN&CN: Cuidado térmico como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| PN&NC: Cuidado del cordón | **MN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema PN&NC: Cuidado del cordón como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| PN&NC: Peso al nacer | **MN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema PN&NC: Peso al nacer como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| RC: Retorno del periodo | **MN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema RC: Retorno del periodo como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| IYCF: Lactancia temprana | **MN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema IYCF: Lactancia temprana como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| PN&NC: APN PARA bebés y madres | **PN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema PN&NC: APN para bebés y madres como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| PN&NC: Funciones fundamentales de la atención postnatal | **PN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema PN&NC: Funciones fundamentales de la atención postnatal como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| RC: Anticoncepción | **CP** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema RC: Anticoncepción como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| RC: Necesidad insatisfecha | **UN** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema RC: Necesidad insatisfecha como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| Salud e higiene menstrual | **UN** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Salud e higiene menstrual como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| MGF | **FG** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema MGF como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| VPH | **HP** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema VPH como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Uso del tiempo | **TU** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Uso del tiempo como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Actitudes hacia la violencia doméstica. | **DV** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Actitudes hacia la violencia doméstica como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| ODS16: Seguridad | **VT** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema ODS16: Seguridad como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| ODS16: Discriminación | **VT** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema ODS16: Discriminación como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Matrimonio/UNIóN | MA |
| **MA1**. ¿Está usted actualmente casada o viviendo con alguien como si estuviera casada? | sí, actualmente casada 1sí, viviendo en pareja 2No, no en unión 3 | 3*⇨MA5* |
| **MA2**. ¿Cuántos años tiene su ***(esposo/pareja)****?**Indague:* ¿Cuántos años cumplió su ***(esposo/pareja)*** en su último cumpleaños?  | edad en años \_\_ \_\_ns 98 | *⇨MA7*98*⇨MA7* |
| **MA2**. ¿Cuántos años tiene su ***(esposo/pareja)***? *Indague:* ¿Cuántos años cumplió su ***(esposo/pareja)*** en su último cumpleaños? | EDAD EN AÑOS \_\_ \_\_NS 98 |  |
| **MA3**. Además de usted, ¿su ***(esposo/pareja)*** tiene otras esposas o vive con alguien más como si estuviera casado? | sÍ 1No 2 | 2*⇨MA7* |
| **MA4**. ¿Cuántas otras esposas o parejas convivientes tiene él? | NÚmero \_\_ \_\_ns 98 | *⇨MA7*98*⇨MA7* |
| **MA5**. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con alguien como si estuviera casada? | sí, casada en el pasado 1sí, vivió con pareja en el pasado 2No 3 | 3*⇨Fin* |
| **MA6**. ¿Cuál es su estado conyugal ahora: es usted viuda, divorciada o separada? | viuda 1Divorciada 2Separada 3 |  |
| **MA7**. ¿Ha estado usted casada o ha vivido con alguien sólo una vez o más de una vez? | solo una vez 1más de una vez 2 | 1*⇨MA8A*2*⇨MA8B* |
| **MA8A**. ¿En qué mes y año comenzó usted a vivir con su ***(esposo/pareja)***? *Si la entrevistada dice que está casada, pero aún no vive con su esposo, pregunte*: ¿En qué mes y año se casó con su esposo?**MA8B**. ¿En qué mes y año comenzó usted a vivir con su primer esposo o pareja?*Si la entrevistada dice que estuvo casada antes pero que nunca vivió con su primer esposo, pregunte:* ¿En qué mes y año se casó con su primer esposo? | fecha de la (primera) unión Mes \_\_ \_\_ ns mes 98 año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ns año 9998 |  |
| **MA9**. *Verifique MA8A/B: ¿Está registrado ‘NS AÑO’?* | SÍ, ma8A/b=9998 1No, MA8A/B≠9998 2 | 2*⇨Fin* |
| **MA10**. *Verifique MA7: ¿En unión solo una vez?* | sÍ, MA7=1 1No, MA7=2 2 | 1*⇨MA11A*2*⇨MA11B* |
| **MA11A**. ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con su ***(esposo/pareja)***?*Si la entrevistada dice que está casada pero aún no vive con su esposo, pregunte*: ¿En qué mes y año se casó con su esposo?**MA11B**. ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con su primer esposo o pareja?*Si la entrevistada dice que estuvo casada antes pero que nunca vivió con su primer esposo, pregunte:* ¿En qué mes y año se casó con su primer esposo? | edad en años \_\_ \_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Capacidad funcional en adultos | **AF** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Capacidad funcional en adultos como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| RC: Actividad sexual | **SB** |
| Si se selecciona, inserte aquí el tema RC: Actividad sexual como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios. |

|  |  |
| --- | --- |
| RC: Toma de decisiones sobre salud reproductiva | **DM** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema RC: Toma de decisiones sobre salud reproductiva como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mortalidad maternal | **MM** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Mortalidad maternal como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Consumo de tabaco | **To** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Consumo de tabaco como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Salud mental | **MH** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Salud mental como se indica en el paquete complementario asociado. |

|  |  |
| --- | --- |
| FormULARIO SOBRE Violencia contra las mujeres | **vW** |
| Si es seleccionado, inserte aquí el tema Violencia contra las mujeres como se indica en el paquete complementario asociado. El paquete complementario contiene instrucciones para la adaptación de los cuestionarios, incluyendo el uso del Formulario de Violencia contra las mujeres. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WM10.** *Registre la hora.* | Horas y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| **WM11**. *¿La entrevista se completó en privado o había alguien más durante toda la entrevista o parte de ella?* | Si, toda la entrevista se completó en privado 1No, otros estaban presentes durante toda la entrevista(*especifique*) 2No, otros estaban presentes durante parte de la entrevista (*especifique*) 3 |  |
| **WM12.** *Idioma del cuestionario.* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3 |  |
| **WM13.** *Idioma de la entrevista.* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3Otro idioma (*especifique*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6 |  |
| **WM14**.*Lengua materna de la entrevistada* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3Otro idioma (*especifique*) 6 |  |
| **WM15***. ¿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 |  |
| **WM15A.** *Verifique WB4: ¿Edad de la entrevistada?* | EDAD 15-17 1EDAD 18 o MAYOR 2 | 1*⇨ Fin* |
| **WB15B**. Verifique el número de línea de la entrevistada (WM3) en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y la entrevistada del CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47): ¿Esta entrevistada también es la entrevistada del CUESTIONARIO DE HOGAR??  | SÍ, ENTREVISTADA ES LA MISMA,  WM3=HH47 1NO, LA ENTREVISTADA NO ES LA MISMA, WM3≠HH47 2 | 1*⇨WM16* |
| **WM15C**. *¿Esta persona ya ha sido entrevistada con algún cuestionario individual?* | SI, YA ENTREVISTADA 1NO, NO HA SIDO ENTREVISTADA 2 | 1*⇨WM16*  |
| **WM15D**. *Verifique IC1, y verifique HC7[A] y HC12 en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Esta entrevistada tiene un celular, o el hogar tiene línea telefónica fija, o algún miembro del hogar tiene celular* | SÍ, IC1 = 1 o HC7[A]=1 o HC12=1 1NO, IC1 = 2 Y HC7[A]=2 Y HC12=2 2 | 2*⇨WM15F* |
| **WM15E**. 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*⇨WM15H*2*⇨WM16* |
| **WM15F**. 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*⇨WM16* |
| **WM15G**. Anteriormente registré 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*⇨WM15I*2*⇨WM16* |
| **WM15H**. ¿Tiene usted un número de teléfono personal o hay un número de teléfono del hogar? | sÍ 1no 2 | 2*⇨WM16* |

|  |
| --- |
| **WM15I**. 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 |
| **WM15J**. *Solicite y registre el número de teléfono.* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **WM15K**. Sólo para confirmar, ¿el número es (número registrado en WM15J)?*Si no, regrese a WM15J y corrija el registro.* | SÍ 1NO 2*⬂**WM15J* | SÍ 1NO 2*⬂**WM15J* | SÍ 1NO 2*⬂**WM15J* |
| **WM15L**. 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 puedan localizarla? | SÍ 1*⬂**[P2]*NO 2*⬂**WM16* | SÍ 1*⬂**[P3]*NO 2*⬂**WM16* | SÍ 1*⬂**[P4]*NO 2*⬂**WM16* |
|  |  |  | *Marque aquí si hay cuestionario adicional**usado:* **🞏** |

|  |
| --- |
| **WM16**. Verifique las columnas HL10 y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR:¿La persona entrevistada es la madre o cuidador/a de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar? **🞏** Sí ⇨ Vaya a WM17 y marque ‘01’. Luego vaya al CUESTIONARIO de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada. **🞏** No ⇨ Verifique HH26-HH27 en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Hay un niño/a de 5 a 17 años de edad seleccionado para el CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5 a 17 AÑOS? **🞏** Sí ⇨ Verifique la columna HL20 en el LISTAdo DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO de HOGAR: ¿Es la entrevistada la madre o cuidadora del niño/a seleccionado para el CUESTIONARIO de NIÑOS/as Y ADOLESCENTES DE 5 a 17 años en este hogar? **🞎** Sí ⇨Vaya a WM17 y marque ‘01’. Luego vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5 a 17 AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada. **🞎** No ⇨ Vaya a WM17 y marque ’01.’. Luego termine la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para ser administrados en este hogar **🞏** No ⇨ Vaya a WM17 y marque ‘01’. Termine la entrevista con esta persona, agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para ser administrados este hogar. |

|  |  |
| --- | --- |
| **WM17**. *Resultado de la entrevista de la mujer.**Comente con su supervisor cualquier resultado no completado.* | CompletAda 01AUSENTE 02ReCHAZO 03completAdA PARCIALMENTE 04IncapacitaDA (*especifique*) 05no hay consentimiento de adulto para ENTREVISTADA de 15 a 17 años de edad 06OtRO (*especifique*) 96 |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA** |
|  |

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