



REPUBLICA DOMINICANA
Secretariado Técnico de la Presidencia
OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA
DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS



ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES DE PROPOSITOS MULTIPLES
(ENHOGAR 2006)

CONFIDENCIAL: Toda información recogida será mantenida con carácter confidencial (Artículo 12, ley de estadística, No. 5096, mayo 1959) y no será usada con fines fiscales.

A. No. del Cuestionario _____

B. IDENTIFICACION MUESTRAL																																			
UPM.....										<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA																																			
No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO																																			
ZONA.		1: Urbano			2: Rural																														
ESTRATOS.		1: Distrito y Santo Domingo		2: Grandes Ciudades		3: Resto Urbano		4: Rural																											
C. UBICACION GEOGRAFICA																																			
PROVINCIA _____										<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL _____																																			
SECCION _____																																			
BARRIO O PARAJE _____																																			
POLIGONO.....																																			
AREA.....																																			
CALLE _____ No. _____																																			
REFERENCIA _____																																			
NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR _____																																			
D. VISITAS PARA ENTREVISTA						E. VISITAS DE SUPERVISION																													
Visita No.	Día	Mes	Código Entrevistadora	Hora de inicio		Hora de término		No. de Línea del Entrevistado	Resultado de la visita	Próxima visita		Visita No.	Día	Mes	Código Supervisor																				
				Hora	Min.	Hora	Min.			fecha	Hora																								
Nombre Entrevistadora _____										Nombre Supervisora _____																									
F. RESULTADO FINAL DE CADA MODULO Y PERSONA ELEGIBLE																																			
Nombre y Número de Línea del Informante Principal _____																																			
Total de Miembros del hogar										<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				Total de menores de 18 años elegibles				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
Total de Mujeres elegibles										<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Módulo		¿Hay elegible?		No. de línea del elegible	Fecha del resultado		Código resultado final																												
		Sí	No		Día	Mes																													
a. Miembros (Mod. II)																																			
b. Hogar (Mod. III)																																			
c1. Mujer 1		1	2																																
c2. Mujer 2		1	2																																
c3. Mujer 3		1	2																																
c4. Mujer 4		1	2																																
c5. Mujer 5		1	2																																
c6. Mujer 6		1	2																																
d1. Menor de 18 1		1	2																																
d2. Menor de 18 2		1	2																																
d3. Menor de 18 3		1	2																																
d4. Menor de 18 4		1	2																																
d5. Menor de 18 5		1	2																																
d6. Menor de 18 6		1	2																																
CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA																																			
1. Entrevista completa				5. Vivienda destruida																															
2. Entrevista incompleta				6. Vivienda desocupada																															
3. Morador ausente				7. Rechazo																															
4. Vivienda de uso temporal				8. Otro _____																															
(Especifique)																																			
G. ENTRADA DE DATOS																																			
Entrada/ Corrección	Día	Mes	Hora de inicio		Hora de término		Código Digitador																												
			Hora	Min.	Hora	Min.																													
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
OBSERVACIONES:																																			

MODULO II. CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

No. de línea	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO		EDAD	SOLO PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS	PARA MENORES DE 18 AÑOS					SOLO PARA MUJERES		
			2001. ¿Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido anoche o no aquí, empezando con El(la) jefe (a) del hogar	2002. ¿Cuál es el parentesco de (nombre) con el jefe del hogar? 01 Jefe(a) 02 Esposo(a) o compañero(a) 03 Hijo(a) 04 Yerno o Nuera 05 Nieto(a) 06 Padre/Madre 07 Suegro/Suegra 08 Hermano(a) 09 Cuñado(a) 10 Tío(a) 11 Sobrino(a) biológico 12 Sobrino(a) no biológico 13 Otro pariente 14 Adoptado/hijastro 15 No pariente 16 No sabe		2003. ¿(nombre) es varón o hembra? Varón 1 Hembra 2	2004. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? Si la persona es menor de 1 año anote "00", si tiene "97" o más, anote "97", si no sabe la edad, procure estimar una edad aproximada. En otros casos anote 98.	2005. ¿Actualmente está (nombre) LEERLE LAS ALTERNATIVAS) 1 Casado(a)? 2 Unido(a)? 3 Viudo(a)? 4 Divorciado(a)? 5 Separado(a) de matrimonio legal o religioso? 6 Separado(a) de unión libre? 7 Soltero(a)?	2006. ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO DE LINEA SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD.	2007. ¿Está vivo el padre biológico de (nombre)? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si es "No" o "No sabe" pase a 2009	2008. ¿Dónde vive el padre biológico de (nombre)? 1 En este hogar 2 En otro hogar de esta localidad 3 En otra localidad 4 Fuera del país 8 No sabe	2009. ¿Está viva la madre biológica de (nombre)? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si es "No" o "No sabe" pase a 2011	2010. ¿Dónde vive la madre biológica de (nombre)? 1 En este hogar 2 En otro hogar de esta localidad 3 En otra localidad 4 Fuera del país 8 No sabe	2011. ¿Quién es la madre o la persona responsable de cuidar a este niño(a) o adolescente?. Anote el número de línea de la madre o tutor(a)
01		0 1	1 2				01							01
02			1 2				02							02
03			1 2				03							03
04			1 2				04							04
05			1 2				05							05
06			1 2				06							06
07			1 2				07							07
08			1 2				08							08
09			1 2				09							09
10			1 2				10							10
11			1 2				11							11
12			1 2				12							12
13			1 2				13							13
14			1 2				14							14

Total de personas

Total de menores de 18 años

Total de mujeres de 12 a 49 años

EDUCACION

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS O MAS

No. de línea	2013. Anote aquí los nombres de los miembros del hogar	2014. ¿Sabe (nombre) leer y escribir?		2015. ¿Alguna vez asistió al pre-escolar o a la escuela? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si es "No" o "No sabe pase P2028	2016. ¿Cuál fue el curso o año de instrucción más alto al que asistió (nombre)? Anote el número correspondiente al año. Si no sabe anote 98	2017. ¿De qué nivel?		2018. ¿Aprobó (nombre) ese curso o año? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si no sabe pase a 2019.	2019. ¿Asistió (nombre) alguna vez al pre-escolar, escuela o universidad en el año escolar 2004-2005? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si es "No" o "No sabe" pase a 2023	2020. ¿A qué curso o año de instrucción asistió (nombre) en el año escolar 2004-2005? Anote el número correspondiente al año. Si no sabe anote 98	2021. ¿De qué nivel?		2022. ¿(Nombre) Pasó, reprobó o paró los estudios en el año escolar 2004-2005? 1 Pasó 2 Reprobó 3 Paró los estudios 8 No sabe	2023. ¿Asiste o asistió (nombre) alguna vez al pre-escolar, escuela o universidad en el año escolar 2005-2006? 1 Sí 2 No 8 No sabe Si es "No" o "No sabe" pase a 2028	2024. ¿A qué curso o año de instrucción asistió (nombre) en el año escolar 2005-2006? Anote el número correspondiente al año. Si no sabe anote 98		2025. ¿De qué nivel? 0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Postgrado 8 No sabe	2026. En los últimos 7 días, ¿Cuántos días asistió (nombre) al pre-escolar, escuela o universidad? Anote el número de días. Si no sabe anote 8 Si es 5 ó más días pase a 2029	2027. ¿Por qué (nombre) faltó en esos días? 1 Terminó el año escolar 2 Estuvo enfermo 3 Mal tiempo 4 suspensión de clases 5 Espera de prueba Nacional 6 Otro Pase a 2029	2028. ¿Cuál fue el motivo principal por el que (nombre) no se inscribió o no asistió en el año escolar 2005-2006? 1 No hay escuela cerca/está lejos 2 No le gusta estudiar 3 Tenía que trabajar 4 Se casó 5 Completó los estudios 6 Salió embarazada 7 Murió uno de los padres 8 El padre abandonó el hogar 9 No había dinero 10 No es necesario estudiar 11 Otro _____ Especifique
		Sí 1	No 2			0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Postgrado 8 No sabe	0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Postgrado 8 No sabe				0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Postgrado 8 No sabe	0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Postgrado 8 No sabe								
01		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INMIGRACION (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

No. de línea	PARA TODOS LOS MIEMBROS						PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MAS								
	LUGAR DE NACIMIENTO						RESIDENCIA EN EL 2001						AÑO DE LLEGADA		
2029. Anote aquí los nombres de los miembros del hogar	2030. ¿En qué país o provincia y municipio nació (nombre)?						2031. ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO DE LINEA SI TIENE 5 AÑOS O MAS.	2032. En (mes de entrevista) del 2001, ¿En qué país o provincia y municipio vivía (nombre)? SI ES EN ESTE MUNICIPIO (DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA), PASE A PREGUNTA 2034.						2033. ¿En qué año y mes vino (nombre) a vivir a este municipio (nombre)?	
	2030a. País Si no sabe anote 998 Si no es RD → 2031	2030b. Provincia Si no sabe anote 98	2030c. Municipio Si no sabe anote 98					2032a. País Si no sabe anote 998 Si no es RD → 2034	2032b. Provincia Si no sabe anote 98	2032c. Municipio Si no sabe anote 98 Si es en este municipio pase a 2034				a. Año	b. Mes
01	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	01	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
02	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	02	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
03	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	03	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
04	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	04	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
05	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	05	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
06	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	06	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
07	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	07	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
08	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	08	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
09	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	09	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
10	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	10	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
11	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	11	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
12	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	12	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
13	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	13	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95				
14	R. D.	Esta Provincia	95	Este Municipio	95	14	R. D.	Esta Provincia	97	Este Municipio	97				

CARACTERISTICAS ECONOMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS

No. de línea	2034. ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NÚMERO DE LINEA DE LAS PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS.	2035. ¿Trabajó (nombre) o realizó una actividad económica por lo menos una hora la semana pasada?		2036. Aunque (nombre) no trabajó la semana pasada ¿tenía algún empleo, negocio o actividad?		2037. ¿Por qué no trabajó (nombre) la semana pasada?	2038. La semana pasada, ¿realizó (nombre) alguna de las siguientes actividades:		2039. ¿Buscó (nombre) trabajo la semana pasada o estuvo tratando de establecer su propio negocio, actividad económica o empresa?		2040. ¿Por qué (nombre) no ha buscado trabajo?				2041. ¿Pudiera (nombre) haber aceptado un trabajo la semana pasada si le hubieran ofrecido uno?			2042. ¿Dispone (nombre) del tiempo y las condiciones necesarias para salir a trabajar?			2043. ¿Ha trabajado (nombre) antes?		
		Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	1 Enfermo 2 En vacaciones 3 Mal tiempo (lluvia) 4 Disputa laboral (huelga) 5 Poca actividad económica 6 Obligaciones familiares o personales 7 Otra	¿Cultivó, cosechó, o cuidó ganado, elaboró algún producto (artesanía, comida) para la venta, ayudó algún familiar en su negocio, empresa o finca, cosió o lavó ropa ajena?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	1 Ha buscado trabajo y no encuentra 2 Familia y otras personas le están buscando trabajo 3 Está esperando aviso de una solicitud de empleo 4 Está incapacitado permanentemente 5 Está incapacitado temporalmente 6 Está estudiando 7 Se dedica a quehaceres del hogar 8 Por edad 9 Rentista 10 No tiene suficiente educación o experiencia 11 Cree que no iba a encontrar 12 Esperando la próxima temporada agrícola 13 No quiso 14 Pensionado o jubilado	Sí 1	No 2	No Sabe 8	Sí 1	No 2	No Sabe 8	Sí 1	No 2	No Sabe 8		
01	01	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
02	02	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
03	03	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
04	04	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
05	05	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
06	06	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
07	07	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
08	08	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
09	09	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
10	10	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
11	11	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
12	12	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
13	13	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			
14	14	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	8	1	2	8	1	2	8			

EMIGRACION INTERNACIONAL

SOLO PARA EL JEFE O JEFA D EL HOGAR O EL INFORMANTE PRINCIPAL

Sí..... 1
 No..... 2 → 2055

2044. ¿Durante los últimos cinco años, esto es, del (mes de la entrevista) del 2001 a la fecha; alguna persona que vivía con ustedes en este hogar se fue a vivir a otro país?

2045. ¿Cuántas personas se fueron?..... Número de personas.....

No. de orden	IDENTIFICACION	CONDICION DE RESIDENCIA	PARENTESCO	SEXO	EDAD	LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE MIGRACION	LUGAR DE DESTINO	NIVEL EDUCATIVO
	2046. ¿Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que se fueron a vivir a otro país durante los últimos cinco años, sin importar si actualmente están vivos o no?	2047. Cuando (nombre) se fue, ¿vivía con ustedes en este hogar? Si es no, pase a siguiente persona Sí 1 No 2	2048. ¿Qué era (nombre) del jefe actual del hogar al momento que se fue? 02 Espos(a) o compañero(a) 03 Hijo(a) 04 Hijastro(a) 05 Nieto(a) 06 Yerno o nuera 07 Padre, madre 08 Suegro(a) 09 Hermano(a) 10 Abuelo(a) 11 Otro pariente 12 Doméstico(a) 13 No pariente	2049. ¿(Nombre) es varón o hembra? Varón 1 Hembra 2	2050. ¿Cuántos años cumplidos tenía (nombre) cuando se fue? SI NO SABE ANOTE 98	2051. ¿En qué provincia vivía (nombre) cuando se fue a vivir a otro país ? SI NO SABE ANOTE 98	2052. ¿En qué año y mes se fue (nombre) a vivir a otro país? SI NO SABE AÑO ANOTE 9998 SI NO SABE MES ANOTE 98 3052a. Año 3052b. Mes	2053. ¿A qué país se fue (nombre)? SI NO SABE PAIS ENCIERRE 98	2054. ¿Cuál fue el nivel más alto de instrucción que había asistido (nombre) cuando se fue? 0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Otro superior 5 Postgrado 6 Ningún nivel 8 No sabe
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="text"/>

CONTINUACION DE EMIGRACION INTERNACIONAL

No. de orden	IDENTIFICACION	CONDICION DE RESIDENCIA	PARENTESCO	SEXO	EDAD	LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE MIGRACION		LUGAR DE DESTINO	NIVEL EDUCATIVO
	2046. ¿Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que se fueron a vivir a otro país durante los últimos cinco años, sin importar si actualmente están vivos o no?	2047. Cuando (nombre) se fue, ¿vivía con ustedes en este hogar? Si es "No", pase a siguiente persona Sí 1 No 2	2048. ¿Qué era (nombre) del jefe actual del hogar al momento que se fue? 02 Espos(a) o compañero(a) 03 Hijo(a) 04 Hijastro(a) 05 Nieto(a) 06 Yerno o nuera 07 Padre, madre 08 Suegro(a) 09 Hermano(a) 10 Abuelo(a) 11 Otro pariente 12 Doméstico(a) 13 No pariente	2049. ¿(Nombre) es varón o hembra? Varón 1 Hembra 2	2050. ¿Cuántos años cumplidos tenía (nombre) cuando se fue? SI NO SABE ANOTE 98	2051. ¿En qué provincia vivía (nombre) cuando se fue a vivir a otro país ? SI NO SABE ANOTE 98	2052. ¿En qué año y mes se fue (nombre) a vivir a otro país? SI NO SABE AÑO ANOTE 9998 SI NO SABE MES ANOTE 98		2053. ¿A qué país se fue (nombre)? SI NO SABE PAIS ENCIERRE 98	2054. ¿Cuál fue el nivel más alto de instrucción que había asistido (nombre) cuando se fue? 0 Inicial (Preprimaria) 1 Básica (Primaria) 2 Media (Secundaria) 3 Universidad 4 Otro superior 5 Postgrado 6 Ningún nivel 8 No sabe
							3052a. Año	3052b. Mes		
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>
		1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	En esta provincia.....95 _____ (Provincia)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	País _____ No sabe.....98	<input type="checkbox"/>

DEFUNCIONES

SOLO PARA EL JEFE O JEFA D EL HOGAR O EL INFORMANTE PRINCIPAL

2055. Durante los últimos cinco años, esto es, del (mes de la entrevista) del 2001 a la fecha, ¿murió alguna persona que estaba viviendo en este hogar?

Sí..... 1
 No..... 2

→ **3001**

2056. ¿Cuántas personas murieron?

Número de personas.....
 No sabe 8

→ **3001**

No. de orden	IDENTIFICACION	SEXO		EDAD		FECHA DE DEFUNCION	
	2057. ¿Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que murieron en este hogar durante los últimos cinco años?	2058. Cuando (Nombre) murió ¿vivía con ustedes en este hogar? Si es "No", pase a siguiente fallecido.	2059. ¿(Nombre) era varón o hembra?	2060. ¿Cuántos años cumplidos tenía (nombre) cuando murió? Si la persona es menor de 1 año anote "00", si tiene "97" o más, anote "97".	2061. ¿En qué año y mes murió (nombre)? SI NO SABE AÑO ANOTE 9998 SI NO SABE EL MES ANOTE 98		
		Sí 1	No 2	Varón 1	Hembra 2	2061a Año	2061b Mes
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1	2	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2062. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DEL RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL MODULO II: Completa 1 Incompleta 2 Morador ausente 3 Rechazo 7

MODULO III. INFORMACION SOBRE CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
3001	ENTREVISTADORA, OBSERVE Y RESPONDA: ¿Cuál es el tipo de esta vivienda?	Casa independiente..... 01 Apartamento..... 02 Pieza en cuartería o parte atrás..... 03 Barracón..... 04 Local no destinado para habitación..... 05 Vivienda en construcción..... 06 Vivienda compartida con negocio..... 07 Otro _____ 96 (Especifique)	
3002	¿Cuál es el material de construcción predominante en las paredes?	Bloque o concreto..... 01 Madera..... 02 Tabla de palma..... 03 Tejamanil..... 04 Ya gua..... 05 Zinc/hojalata..... 06 Otro _____ 96 (Especifique)	
3003	¿Cuál es el material de construcción predominante en el techo?	Concreto..... 01 Zinc/Hojalata..... 02 Asbesto cemento..... 03 Ya gua..... 04 Cana..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
3004	¿Cuál es el material de construcción predominante en el piso?	Granito, mármol o cerámica 01 Mosaico..... 02 Cemento 03 Tierra..... 04 Madera..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
3005	¿Cuántas habitaciones tiene esta vivienda (la parte que ocupa este hogar) sin incluir cocina ni baños?	Número de habitaciones..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
3006	¿Cuántas de esas habitaciones se utilizan exclusivamente para dormir?	Número de habitaciones..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
3007	¿Cuál es el principal combustible que se utiliza en este hogar para cocinar?	Gas propano..... 01 Carbón..... 02 Leña..... 03 Electricidad..... 04 Kerosene..... 05 No cocinan..... 06 Otro _____ 96 (Especifique)	
3008	¿Tiene esta vivienda cuarto de cocina?	Sí..... 1 No..... 2	→ 3010

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																								
3009	¿La cocina está dentro de la casa o fuera de la casa?	Dentro de la casa 1 Fuera de la casa..... 2 Otro _____ 3 (Especifique)																																																																									
3010	¿Qué tipos de alumbrado se utilizan en este hogar? ENTREVISTADORA: LEERLE TODAS LAS OPCIONES	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Energía tendido eléctrico.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Energía de planta propia.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Lámparas de gas propano.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Lámparas de gas kerosene.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. Velas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Lámparas caseras.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Panel solar.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Energía tendido eléctrico.....	1	2	b. Energía de planta propia.....	1	2	c. Lámparas de gas propano.....	1	2	d. Lámparas de gas kerosene.....	1	2	e. Velas.....	1	2	f. Lámparas caseras.....	1	2	g. Panel solar.....	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)																																													
	Sí	No																																																																									
a. Energía tendido eléctrico.....	1	2																																																																									
b. Energía de planta propia.....	1	2																																																																									
c. Lámparas de gas propano.....	1	2																																																																									
d. Lámparas de gas kerosene.....	1	2																																																																									
e. Velas.....	1	2																																																																									
f. Lámparas caseras.....	1	2																																																																									
g. Panel solar.....	1	2																																																																									
x. Otro _____	1	2																																																																									
(Especifique)																																																																											
3011	¿Cuáles de los siguientes artículos o servicios tienen en este hogar? ENTREVISTADORA: LEERLE TODAS LAS OPCIONES	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Radio.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Nevera.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Abanico.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Equipo de música.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. Estufa.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Lavadora de ropa.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Aire acondicionado.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. Televisor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Teléfono fijo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Teléfono celular.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. Computadora.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. Plancha eléctrica.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Calentador de agua.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>n. Inversor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>o. Planta Eléctrica.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>p. Bomba de agua.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>q. Carro (automóvil).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>r. Yipeta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>s. Camioneta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>t. Camión.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>u. Motor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>v. Bicicleta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>w. Internet.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Radio.....	1	2	b. Nevera.....	1	2	c. Abanico.....	1	2	d. Equipo de música.....	1	2	e. Estufa.....	1	2	f. Lavadora de ropa.....	1	2	g. Aire acondicionado.....	1	2	h. Televisor.....	1	2	i. Teléfono fijo.....	1	2	j. Teléfono celular.....	1	2	k. Computadora.....	1	2	l. Plancha eléctrica.....	1	2	m. Calentador de agua.....	1	2	n. Inversor.....	1	2	o. Planta Eléctrica.....	1	2	p. Bomba de agua.....	1	2	q. Carro (automóvil).....	1	2	r. Yipeta.....	1	2	s. Camioneta.....	1	2	t. Camión.....	1	2	u. Motor.....	1	2	v. Bicicleta.....	1	2	w. Internet.....	1	2	
	Sí	No																																																																									
a. Radio.....	1	2																																																																									
b. Nevera.....	1	2																																																																									
c. Abanico.....	1	2																																																																									
d. Equipo de música.....	1	2																																																																									
e. Estufa.....	1	2																																																																									
f. Lavadora de ropa.....	1	2																																																																									
g. Aire acondicionado.....	1	2																																																																									
h. Televisor.....	1	2																																																																									
i. Teléfono fijo.....	1	2																																																																									
j. Teléfono celular.....	1	2																																																																									
k. Computadora.....	1	2																																																																									
l. Plancha eléctrica.....	1	2																																																																									
m. Calentador de agua.....	1	2																																																																									
n. Inversor.....	1	2																																																																									
o. Planta Eléctrica.....	1	2																																																																									
p. Bomba de agua.....	1	2																																																																									
q. Carro (automóvil).....	1	2																																																																									
r. Yipeta.....	1	2																																																																									
s. Camioneta.....	1	2																																																																									
t. Camión.....	1	2																																																																									
u. Motor.....	1	2																																																																									
v. Bicicleta.....	1	2																																																																									
w. Internet.....	1	2																																																																									

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																								
AGUA Y SANEAMIENTO																											
3012	¿De dónde procede el agua para beber en este hogar?	Del acueducto dentro de la casa..... 01 Del acueducto en el patio de la casa..... 02 Del acueducto fuera de la casa (en la acera)..... 03 Del acueducto, llave pública..... 04 Agua de funditas plásticas..... 05 Manantial, río, arroyo, canal..... 06 Pozo..... 07 Lluvia..... 08 Camión tanque..... 09 Camión tanque (para tomar)..... 10 Agua de botellones (procesada)..... 11 Otro _____ 96	3016 } 3014 } 3014 →																								
3013	¿De dónde procede el agua para otros fines en este hogar como lavar, cocinar, bañarse y lavarse las manos?	(Especifique) Del acueducto dentro de la casa..... 01 Del acueducto en el patio de la casa..... 02 Del acueducto fuera de la casa (en la acera)..... 03 Del acueducto, llave pública..... 04 Agua de funditas plásticas..... 05 Manantial, río, arroyo, canal..... 06 Pozo..... 07 Lluvia..... 08 Camión tanque..... 09 Agua de botellones (procesada)..... 10 Otro _____ 96 (Especifique)	3016 }																								
3014	¿Qué tiempo toma ir al lugar a buscar el agua y regresar?	Tiempo en minutos..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Agua en la vivienda o en el entorno..... 95 No puede precisar el tiempo..... 98			→3016																						
3015	¿Qué persona busca el agua para el hogar?	Un miembro del hogar Mujer Adulta..... 01 Hombre adulto..... 02 Niño (menor de 15 años) 03 Niña (menor de 15 años) 04 Otra persona no miembro del hogar Mujer adulta..... 05 Hombre adulto..... 06 Niño (menor de 15 años) 07 Niña (menor de 15 años) 08 No sabe..... 98																									
3016	¿Le dan en este hogar algún tratamiento al agua de beber?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	3018 }																								
3017	¿Qué tratamiento le dan al agua para beber en este hogar para hacerla más segura? LEERLE ALTERNATIVAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. La hierven.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Usan filtro.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Le echan cloro.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Usan pastillas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> (Especifique)		Sí	No	No sabe	a. La hierven.....	1	2	8	b. Usan filtro.....	1	2	8	c. Le echan cloro.....	1	2	8	d. Usan pastillas.....	1	2	8	f. Otro _____	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																								
a. La hierven.....	1	2	8																								
b. Usan filtro.....	1	2	8																								
c. Le echan cloro.....	1	2	8																								
d. Usan pastillas.....	1	2	8																								
f. Otro _____	1	2	8																								

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
3018	¿Qué tipo de servicio sanitario se usa en este hogar?	Inodoro privado..... 1 Inodoro compartido..... 2 Letrina privada con cajón..... 3 Letrina privada sin cajón..... 4 Letrina compartida con cajón..... 5 Letrina compartida sin cajón..... 6 No hay servicio 7	3020
3019	¿En qué lugar realizan los miembros de este hogar sus necesidades, o cómo eliminan las materias fecales en este hogar?	La tiran en el patio o solar..... 1 La tiran en un vertedero..... 2 La tiran en una cañada..... 3 La entierran..... 4 La tiran al río/arroyo..... 5 La botan con la basura..... 6 La queman..... 7 Otro..... 8 (Especifique)	
3020	¿Cómo eliminan la basura en este hogar?	La recoge el ayuntamiento..... 01 La tiran en el patio o solar..... 02 La queman..... 03 La tiran en un vertedero..... 04 La tiran en una cañada..... 05 La entierran..... 06 La echan en contenedores..... 07 Otro..... 96 (Especifique)	3022
3021	¿Cada cuánto tiempo recogen la basura?	Todos los días..... 1 Cada 2 ó 3 días..... 2 Una vez a la semana..... 3 De vez en cuando..... 4 Nunca..... 5	
YODACION DE SAL			
3022	Nos gustaría verificar la calidad de la sal que le venden ¿puedo ver un poco de la sal que utilizan para cocinar en este hogar? ENTREVISTADORA: ENCERRAR LA RESPUESTA DESPUES QUE HAYA REALIZADO LA PRUEBA Y OBTENIDO EL RESULTADO.	No yodada 00 PPM..... 1 Menos de 15 PPM..... 2 15 PPM o más..... 3 No hay sal en el hogar..... 4 No se hizo la prueba..... 5	
3023	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7	

MODULO IV. CARACTERISTICAS DE LA MUJER

1

Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 12 a 49 años de edad.
Llene el Módulo IV para cada una de las mujeres elegibles en este hogar.

UPM..... No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO ZONA. 1 Ur bano 2 Rural ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo 2 Grandes Ciudades 3 Resto Urbano 4 Rural	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">Mujer No. <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Total de elegibles <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>	Mujer No. <input style="width: 50px;" type="text"/>		Total de elegibles <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Mujer No. <input style="width: 50px;" type="text"/>														
Total de elegibles <input style="width: 50px;" type="text"/>														

INFORMACION DE LA MUJER			
NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4001	ENTREVISTADORA:: ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LINEA DE LA MUJER ENTREVISTADA	Nombre..... No. línea <input style="width: 30px;" type="text"/> No hay mujer elegible..... 97	↗ 5001
4002	ENTREVISTADORA:: CONDICION DE LA INFORMANTE PARA LA ENTREVISTA	Ella da la entrevista..... 1 Entrevista con ayuda..... 2 Tiene discapacidad física o mental para responder..... 3	↗ SIGTE. MUJER
4003	¿En qué año y mes nació usted?	a. Año..... <input style="width: 60px;" type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe/ no recuerda..... 98	
4004	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años cumplidos..... <input style="width: 40px;" type="text"/>	
4005	¿Tiene usted acta de nacimiento, es decir ha sido declarada?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
4006	¿Alguna vez asistió usted al pre-escolar o a la escuela?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4010
4007	¿Cuál fué el curso o año de instrucción más alto al que asistió usted?	Curso..... <input style="width: 50px;" type="text"/>	
4008	¿De qué nivel?	Inicial (Preprimaria)..... 0 Básica (Primaria)..... 1 Media (Secundaria)..... 2 Universidad..... 3 Postgrado..... 4 No sabe..... 8	
4009	¿Aprobó usted ese curso o año?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
NACIMIENTOS			
4010	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4017
4011	¿De los hijos e hijas que usted tuvo, hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4014
4012	¿Cuántos hijos varones viven con usted?	Hijos en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4013	¿Cuántas hijas viven con usted?	Hijas en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4014	¿Tiene usted algún hijo o hija que esté vivo pero que no esté viviendo con usted?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4017
4015	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted?	Hijos fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4016	¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted?	Hijas fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4017	¿Alguna vez dio usted a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?.	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4020
4018	¿Cuántos hijos varones han muerto?	Hijos muertos..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4019	¿Cuántas hijas han muerto?	Hijas muertas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4020	ENTREVISTADORA:: SUME LAS RESPUESTAS DE 4012, 4013, 4015, 4016, 4018 Y 4019, Y ANOTE EL TOTAL	Total (p4012+p4013+ p4015+ p4016+p4018+p4019) <input type="text"/> <input type="text"/> No ha tenido hijos o hijas..... 00	
4021	Solo para estar seguro que tengo la información correcta: ¿En total cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted durante toda su vida? SI EL VALOR ES DIFERENTE DE P4020, CORRIJA 4012, 4013, 4015 , 4016 , 4018 , 4019 y 4020.	Hijos nacidos vivos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
4022	VERIFIQUE 4021 Uno o más nacidos vivos <input type="text"/> →	Ningún nacido vivo <input type="text"/> →	4064

HISTORIA DE NACIMIENTOS

ORDEN DE NAC.	4023. ¿Cuál es el nombre del (primer), (segundo), (tercer), etc. Hijo?	4024. ¿Hubo algún otro nacimiento entre (nombre) y el nacimiento anterior?	4025 ¿El nacimiento de (nombre) fue parto simple o múltiple?	4026 ¿Es (nombre) varón o hembra?	4027. ¿En que año y mes nació (nombre)?	4028. ¿Está vivo(a) (nombre)? Si es "No" Pase 4032	Si está vivo			Si está muerto
							4029. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? Si menos de 1 año, anote "00"	4030. ¿Está (nombre) viviendo con usted? Si es "No" pase al sgte. hijo	4031. ENTRE VISTADORA : ANOTE EL NUM. DE LINEA DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR Si no está en la relación anote 95 Pase al sgte. nacimiento	4032. Qué edad tenía (nombre) cuando murió? Si es menos de 1 mes, anote No. de días. Si menos de 2 años, anote No. de meses. Si 2 ó más años anote el número de años.
01	(NOMBRE)		Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
02	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
03	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
04	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
05	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
06	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
07	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
08	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
09	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
10	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
11	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
12	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4033	¿Ha tenido usted algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (nombre del último nacimiento)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	Sí..... 1 No..... 2	
4034	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE P4021 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE.	NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> INDAGUE Y CORRIJA	
4035	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE PARA CADA NACIMIENTO SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P4027) PARA CADA HIJO VIVO SI ANOT O LA EDAD ACTUAL (P4029) PARA CADA HIJO MUERTO SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P4032)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4036	VERIFIQUE P4027 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 HASTA LA FECHA	Número de nacimientos..... <input type="checkbox"/> Ninguno..... 0	↗ 4064
4037	VERIFIQUE P4027 EL ULTIMO PARTO DE LA MUJER OCURRIO EN LOS CINCO ULTIMOS AÑOS ES DECIR, DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	↗ 4064
4038	VERIFIQUE ¿COMO SE LLAMA O SE LLAMO ESE(A) ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A)?	_____	
TOXOIDE TETANICO			
4039	¿Tiene usted una tarjeta (carnet) u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
4040	Cuando usted estuvo embarazada de (nombre), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos al nacer, es decir, convulsiones después del nacimiento?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4043
4041	Durante este embarazo ¿Cuántas veces le pusieron esa inyección (dosis)?	No. de Veces(dosis)..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	→ 4043
4042	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4041= 1 <input type="checkbox"/>	Si es <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> o más <input type="checkbox"/>	→ 4048
4043	¿Recibió usted alguna inyección antitetánica en algún momento antes de su último embarazo?	Sí 1 No 2 No sabe 8	} 4048
4044	¿Cuántas veces la recibió?	No. de Veces <input type="text"/> <input type="text"/>	
4045	¿En qué año y mes recibió usted la última inyección antitetánica antes de su último embarazo?	Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda?..... 9998 b. Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda?..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																														
4046	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4045 La entrevistada no dio el año <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4048																														
4047	¿Cuántos años hace que usted recibió la última inyección antitetánica antes de ese último embarazo?	No. de años..... <input type="text"/>																															
SALUD MATERNA Y DE L RECIEN NACIDO																																	
4048	¿Dentro de las ocho semanas después del último parto, recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? (MOSTRAR CAPSULA O DISPENSADOR DE 200,000 UI.)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4050																														
4049	¿Cuánto tiempo después del parto recibió usted la dosis?	Menos de dos meses..... 1 dos meses o más..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4050	Cuando usted estaba embarazada de (nombre) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4054																														
4051	¿Con quién o quienes se chequeó? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td>Profesional de la salud:</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Médico General.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Ginecólogo/Obstetra.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Médico otra especialidad.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Enfermero(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Otra persona:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Comadrona/Partera.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. A nadie.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g. Otra _____ (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. No sabe/no recuerda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Profesional de la salud:	Sí	No	a. Médico General.....	1	2	b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2	c. Médico otra especialidad.....	1	2	d. Enfermero(a).....	1	2	Otra persona:			e. Comadrona/Partera.....	1	2	f. A nadie.....	1	2	g. Otra _____ (Especifique)	1	2	h. No sabe/no recuerda.....	1	2	
Profesional de la salud:	Sí	No																															
a. Médico General.....	1	2																															
b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2																															
c. Médico otra especialidad.....	1	2																															
d. Enfermero(a).....	1	2																															
Otra persona:																																	
e. Comadrona/Partera.....	1	2																															
f. A nadie.....	1	2																															
g. Otra _____ (Especifique)	1	2																															
h. No sabe/no recuerda.....	1	2																															
4052	Como parte de su cuidado prenatal de (nombre) ¿le hicieron algo de lo siguiente al menos una vez? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>sabe</td> </tr> <tr> <td>a. La pesaron?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Le tomaron la presión sanguínea?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Le tomaron una muestra de orina?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Le tomaron una muestra de sangre?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sí	No	sabe	a. La pesaron?.....	1	2	8	b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8	c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8	d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8											
	Sí	No	sabe																														
a. La pesaron?.....	1	2	8																														
b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8																														
c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8																														
d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8																														
4053	Durante alguna de las visitas prenatales por ese último embarazo ¿le dieron alguna información, orientación o charla relacionada con el SIDA o el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4054	No queremos saber los resultados, pero ¿le hicieron prueba de VIH/SIDA como parte de su cuidado prenatal en ese embarazo o al momento del parto?	Sí, como cuidado prenatal..... 1 Sí, en el momento del parto..... 2 No le hicieron..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	} 4056																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
EMBARAZO ACTUAL			
4063b	¿Cuántas horas o días después del parto empezó a darle el seno?	Horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
4064	¿Está usted embarazada actualmente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura..... 8	} 4067
4065	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? REGISTRE EL NUMERO DE MESES COMPLETOS	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00	
4066	Cuando quedó embarazada ¿usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	En ese momento..... 1 Quería esperar..... 2 No quería tener más hijos..... 8	
4067	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	Sí..... 1 No..... 2	↻ 4070
4068	¿En qué año y mes terminó el último de estos embarazos?	a Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 98	
4069	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo de pérdida, aborto o nacido muerto.	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00 No sabe / no recuerda..... 98	
MATRIMONIO/UNION			
4070	¿Actualmente está usted ...? LEER ALTERNATIVAS	Casada..... 1 Viviendo en unión libre con su pareja..... 2 Con una pareja, pero no dentro del hogar..... 3 No tiene pareja..... 4	↻ 4072
4071	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo, compañero o pareja?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	↻ 4073 ↻ 4073
4072	¿Alguna vez ha estado usted casada, unida o viviendo con un hombre?	Estuvo casada o unida..... 1 Vivió con un hombre..... 2 No casada ni vivió con un hombre..... 3	↻ 4077
4073	¿Ha estado usted casada o viviendo con un hombre sólo una vez o más de una vez?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez..... 2	
4074	¿En que año y mes se casó por primera vez o empezó a vivir con un hombre?	a. Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																													
4075	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4074 La entrevistada no dio el año y el mes <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año y mes <input type="checkbox"/>	4078																																													
4076	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con un hombre?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/>																																														
4077	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4064 La entrevistada no está embarazada o no sabe <input type="checkbox"/>	La entrevistada está embarazada <input type="checkbox"/>	4080																																													
4078	¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	4080 ↗																																													
4079	¿Qué método o métodos esta usando? LEERLES LAS ALTERNATIVAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Esterilización femenina (preparada).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Esterilización masculina (vasectomía).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. DIU (aparato).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. Implantes (norplan).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Condones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Condones femenino.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. Diafragma.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Espuma/jalea.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Mela (lactancia y amenorrea).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. Método de ritmo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. Retiro.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Pastillas anticonceptivas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____ (Especifique)</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2	b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2	c. DIU (aparato).....	1	2	d. Inyecciones.....	1	2	e. Implantes (norplan).....	1	2	f. Condones.....	1	2	g. Condones femenino.....	1	2	h. Diafragma.....	1	2	i. Espuma/jalea.....	1	2	j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2	k. Método de ritmo.....	1	2	l. Retiro.....	1	2	m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																																														
a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2																																														
b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2																																														
c. DIU (aparato).....	1	2																																														
d. Inyecciones.....	1	2																																														
e. Implantes (norplan).....	1	2																																														
f. Condones.....	1	2																																														
g. Condones femenino.....	1	2																																														
h. Diafragma.....	1	2																																														
i. Espuma/jalea.....	1	2																																														
j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2																																														
k. Método de ritmo.....	1	2																																														
l. Retiro.....	1	2																																														
m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2																																														
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																																														
VIH/SIDA																																																
4080	¿Ha oído usted hablar alguna vez sobre el virus del VIH o de una enfermedad llamada SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	5001																																													
4081	¿Pueden las personas protegerse contra el virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el SIDA ni tenga otra pareja?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																																														
4082	¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA por brujería o a través de medios sobrenaturales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4083	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4084	¿Puede una persona contagiarse del virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
4085	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contagiarse del virus del SIDA dejando de tener relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4086	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada de SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4087	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al ponerse una inyección con una aguja ya usada por alguien más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4088	¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4089	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo? Durante el embarazo? Durante el parto? Por la leche materna?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">No sabe</td> </tr> <tr> <td>a. Durante el embarazo.....</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>b. Durante el parto</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>c. Por la leche materna.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		Sí	No	No sabe	a. Durante el embarazo.....	1	2	8	b. Durante el parto	1	2	8	c. Por la leche materna.....	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																
a. Durante el embarazo.....	1	2	8																
b. Durante el parto	1	2	8																
c. Por la leche materna.....	1	2	8																
4090	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 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4091	¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esa persona tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4092	Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿quisiera usted que eso permaneciera en secreto?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4093	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA. ¿Estaría usted dispuesta a cuidar de él/ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4094	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4054 LE HICIERON PRUEBA DE VIH DURANTE EL PERIODO DE CUIDADO PRENATAL O DURANTE EL PARTO	1 ó 2 (Sí)..... 1 3 (no), 8 (no sabe)..... 2	↗ 4097																
4095	No queremos saber los resultados, pero ¿Alguna vez se ha hecho usted la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4098																
4096	No queremos saber los resultados de la prueba, pero ¿le han dicho el resultado de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2																	
4097	¿Usted pidió que le hicieran la prueba del SIDA, se la ofrecieron y usted la aceptó o se la requirieron o pidieron para algo?	Pidió la prueba..... 1 Ofrecida y aceptada..... 2 Requerida..... 3																	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																															
4098	ENTREVISTADORA: VERIFICAR 4054 No le hicieron prueba de VIH durante el cuidado prenatal: <input type="checkbox"/>	Le hicieron la prueba <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4100																																																															
4099	¿En estos momentos, sabe usted de algún sitio donde pueda ir y hacerse la prueba para saber si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 4101																																																															
4100	Además del lugar donde le hicieron la prueba en el control prenatal, ¿sabe usted de algún otro lugar donde puede ir a hacérsela para ver si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																																																
4101	¿Qué puede hacer una persona para evitar contagiarse del virus que causa el SIDA? ENTREVISTADORA: ¿ALGO MAS? ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO 1 PARA TODAS LAS ALTERNATIVAS MENCIONADAS Y EL CODIGO 2 PARA LAS ALTERNATIVAS NO MENCIONADAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Abstenerse de tener sexo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Usar condones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Disminuir el número de parejas sexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. No tener sexo con prostitutas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. No tener sexo con homosexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. No tener sexo con personas que usen drogas...</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Evitar transfusiones de sangre.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Evitar inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. No besarse.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. No abrazar personas con SIDA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Evitar picaduras de mosquitos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>o. Tener buena dieta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>q. No tener penetración en la relación sexual.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>r. No sabe.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2	b. Usar condones.....	1	2	c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2	d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2	e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2	f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2	g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2	h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2	i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2	j. Evitar inyecciones.....	1	2	k. No besarse.....	1	2	l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2	m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2	n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2	o. Tener buena dieta.....	1	2	p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2	q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			r. No sabe.....	1	2	
	Sí	No																																																																
a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2																																																																
b. Usar condones.....	1	2																																																																
c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2																																																																
d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2																																																																
e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2																																																																
f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2																																																																
g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2																																																																
h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2																																																																
i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2																																																																
j. Evitar inyecciones.....	1	2																																																																
k. No besarse.....	1	2																																																																
l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2																																																																
m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2																																																																
n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2																																																																
o. Tener buena dieta.....	1	2																																																																
p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2																																																																
q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2																																																																
x. Otro _____	1	2																																																																
(Especifique)																																																																		
r. No sabe.....	1	2																																																																
4102	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7																																																																

Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 12 a 49 años de edad.
 Llene el Módulo IV para cada una de las mujeres elegibles en este hogar.

UPM.....
 No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA
 No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO
 ZONA. 1 Ur bano 2 Rural
 ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo 2 Grandes Ciudades 3 Resto Urbano 4 Rural

Mujer No. <input type="text"/>	Total de elegibles <input type="text"/>

INFORMACION DE LA MUJER

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4001	ENTREVISTADORA:: ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LINEA DE LA MUJER ENTREVISTADA	Nombre _____ No. línea <input type="text"/> No hay mujer elegible..... 97	➔ 5001
4002	ENTREVISTADORA:: CONDICION DE LA INFORMANTE PARA LA ENTREVISTA	Ella da la entrevista..... 1 Entrevista con ayuda..... 2 Tiene discapacidad física o mental para responder..... 3	➔ SIGTE. MUJER
4003	¿En qué año y mes nació usted?	a. Año..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> No sabe/ no recuerda..... 98	
4004	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años cumplidos..... <input type="text"/>	
4005	¿Tiene usted acta de nacimiento, es decir ha sido declarada?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
4006	¿Alguna vez asistió usted al pre-escolar o a la escuela?	Sí..... 1 No..... 2	➔ 4010
4007	¿Cuál fué el curso o año de instrucción más alto al que asistió usted?	Curso..... <input type="text"/>	
4008	¿De qué nivel?	Inicial (Preprimaria)..... 0 Básica (Primaria)..... 1 Media (Secundaria)..... 2 Universidad..... 3 Postgrado..... 4 No sabe..... 8	
4009	¿Aprobó usted ese curso o año?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
NACIMIENTOS			
4010	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4017
4011	¿De los hijos e hijas que usted tuvo, hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4014
4012	¿Cuántos hijos varones viven con usted?	Hijos en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4013	¿Cuántas hijas viven con usted?	Hijas en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4014	¿Tiene usted algún hijo o hija que esté vivo pero que no esté viviendo con usted?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4017
4015	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted?	Hijos fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4016	¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted?	Hijas fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4017	¿Alguna vez dio usted a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?.	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4020
4018	¿Cuántos hijos varones han muerto?	Hijos muertos..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno.....00	
4019	¿Cuántas hijas han muerto?	Hijas muertas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna.....00	
4020	ENTREVISTADORA:: SUME LAS RESPUESTAS DE 4012, 4013, 4015, 4016, 4018 Y 4019, Y ANOTE EL TOTAL	Total (p4012+p4013+ p4015+ p4016+p4018+p4019) <input type="text"/> <input type="text"/> No ha tenido hijos o hijas..... 00	
4021	Solo para estar seguro que tengo la información correcta: ¿En total cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted durante toda su vida? SI EL VALOR ES DIFERENTE DE P4020, CORRIJA 4012, 4013, 4015 , 4016 , 4018 , 4019 y 4020.	Hijos nacidos vivos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
4022	VERIFIQUE 4021 Uno o más nacidos vivos <input type="text"/> →	Ningún nacido vivo <input type="text"/> →	4064

HISTORIA DE NACIMIENTOS

ORDEN DE NAC.	4023. ¿Cuál es el nombre del (primer), (segundo), (tercer), etc. Hijo?	4024. ¿Hubo algún otro nacimiento entre (nombre) y el nacimiento anterior?	4025 ¿El nacimiento de (nombre) fue parto simple o múltiple?	4026 ¿Es (nombre) varón o hembra?	4027. ¿En que año y mes nació (nombre)?	4028. ¿Está vivo(a) (nombre)? Si es "No" Pase 4032	Si está vivo			Si está muerto
							4029. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? Si menos de 1 año, anote "00"	4030. ¿Está (nombre) viviendo con usted? Si es "No" pase al sgte. hijo	4031. ENTRE VISTADORA : ANOTE EL NUM. DE LINEA DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR Si no está en la relación anote 95 Pase al sgte. nacimiento	4032. Qué edad tenía (nombre) cuando murió? Si es menos de 1 mes, anote No. de días. Si menos de 2 años, anote No. de meses. Si 2 ó más años anote el número de años.
01	(NOMBRE)		Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
02	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
03	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
04	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
05	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
06	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
07	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
08	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
09	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
10	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
11	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
12	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4033	¿Ha tenido usted algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (nombre del último nacimiento)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	Sí..... 1 No..... 2	
4034	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE P4021 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE.	NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> INDAGUE Y CORRIJA	
4035	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE PARA CADA NACIMIENTO SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P4027) PARA CADA HIJO VIVO SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (P4029) PARA CADA HIJO MUERTO SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P4032)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4036	VERIFIQUE P4027 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 HASTA LA FECHA	Número de nacimientos..... <input type="checkbox"/> Ninguno..... 0	4064
4037	VERIFIQUE P4027 EL ULTIMO PARTO DE LA MUJER OCURRIO EN LOS CINCO ULTIMOS AÑOS ES DECIR, DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4064
4038	VERIFIQUE ¿COMO SE LLAMA O SE LLAMO ESE(A) ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A)?	_____	
TOXOIDE TETANICO			
4039	¿Tiene usted una tarjeta (carnet) u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
4040	Cuando usted estuvo embarazada de (nombre), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos al nacer, es decir, convulsiones después del nacimiento?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	4043
4041	Durante este embarazo ¿Cuántas veces le pusieron esa inyección (dosis)?	No. de Veces(dosis)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe/no recuerda..... 98	→ 4043
4042	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4041= 1 <input type="checkbox"/>	Si es <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> o más <input type="checkbox"/>	4048
4043	¿Recibió usted alguna inyección antitetánica en algún momento antes de su último embarazo?	Sí 1 No 2 No sabe 8	4048
4044	¿Cuántas veces la recibió?	No. de Veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4045	¿En qué año y mes recibió usted la última inyección antitetánica antes de su último embarazo?	Año..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe / no recuerda?..... 9998 b. Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe / no recuerda?..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																														
4046	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4045 La entrevistada no dio el año <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4048																														
4047	¿Cuántos años hace que usted recibió la última inyección antitetánica antes de ese último embarazo?	No. de años..... <input type="text"/>																															
SALUD MATERNA Y DE L RECIEN NACIDO																																	
4048	¿Dentro de las ocho semanas después del último parto, recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? (MOSTRAR CAPSULA O DISPENSADOR DE 200,000 UI.)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4050																														
4049	¿Cuánto tiempo después del parto recibió usted la dosis?	Menos de dos meses..... 1 dos meses o más..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4050	Cuando usted estaba embarazada de (nombre) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4054																														
4051	¿Con quién o quienes se chequeó? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td>Profesional de la salud:</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Médico General.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Ginecólogo/Obstetra.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Médico otra especialidad.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Enfermero(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Otra persona:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Comadrona/Partera.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. A nadie.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g. Otra _____ (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. No sabe/no recuerda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Profesional de la salud:	Sí	No	a. Médico General.....	1	2	b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2	c. Médico otra especialidad.....	1	2	d. Enfermero(a).....	1	2	Otra persona:			e. Comadrona/Partera.....	1	2	f. A nadie.....	1	2	g. Otra _____ (Especifique)	1	2	h. No sabe/no recuerda.....	1	2	
Profesional de la salud:	Sí	No																															
a. Médico General.....	1	2																															
b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2																															
c. Médico otra especialidad.....	1	2																															
d. Enfermero(a).....	1	2																															
Otra persona:																																	
e. Comadrona/Partera.....	1	2																															
f. A nadie.....	1	2																															
g. Otra _____ (Especifique)	1	2																															
h. No sabe/no recuerda.....	1	2																															
4052	Como parte de su cuidado prenatal de (nombre) ¿le hicieron algo de lo siguiente al menos una vez? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>sabe</td> </tr> <tr> <td>a. La pesaron?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Le tomaron la presión sanguínea?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Le tomaron una muestra de orina?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Le tomaron una muestra de sangre?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sí	No	sabe	a. La pesaron?.....	1	2	8	b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8	c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8	d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8											
	Sí	No	sabe																														
a. La pesaron?.....	1	2	8																														
b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8																														
c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8																														
d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8																														
4053	Durante alguna de las visitas prenatales por ese último embarazo ¿le dieron alguna información, orientación o charla relacionada con el SIDA o el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4054	No queremos saber los resultados, pero ¿le hicieron prueba de VIH/SIDA como parte de su cuidado prenatal en ese embarazo o al momento del parto?	Sí, como cuidado prenatal..... 1 Sí, en el momento del parto..... 2 No le hicieron..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	} 4056																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
EMBARAZO ACTUAL			
4063b	¿Cuántas horas o días después del parto empezó a darle el seno?	Horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
4064	¿Está usted embarazada actualmente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura..... 8	} 4067
4065	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? REGISTRE EL NUMERO DE MESES COMPLETOS	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00	
4066	Cuando quedó embarazada ¿usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	En ese momento..... 1 Quería esperar..... 2 No quería tener más hijos..... 8	
4067	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4070
4068	¿En qué año y mes terminó el último de estos embarazos?	a Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 98	
4069	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo de pérdida, aborto o nacido muerto.	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00 No sabe / no recuerda..... 98	
MATRIMONIO/UNION			
4070	¿Actualmente está usted ...? LEER ALTERNATIVAS	Casada..... 1 Viviendo en unión libre con su pareja..... 2 Con una pareja, pero no dentro del hogar..... 3 No tiene pareja..... 4	↗ 4072
4071	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo, compañero o pareja?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	↗ 4073 ↗ 4073
4072	¿Alguna vez ha estado usted casada, unida o viviendo con un hombre?	Estuvo casada o unida..... 1 Vivió con un hombre..... 2 No casada ni vivió con un hombre..... 3	↗ 4077
4073	¿Ha estado usted casada o viviendo con un hombre sólo una vez o más de una vez?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez..... 2	
4074	¿En que año y mes se casó por primera vez o empezó a vivir con un hombre?	a. Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																													
4075	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4074 La entrevistada no dio el año y el mes <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año y mes <input type="checkbox"/>	4078																																													
4076	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con un hombre?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/>																																														
4077	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4064 La entrevistada no está embarazada o no sabe <input type="checkbox"/>	La entrevistada está embarazada <input type="checkbox"/>	4080																																													
4078	¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	4080 ↗																																													
4079	¿Qué método o métodos esta usando? LEERLES LAS ALTERNATIVAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Esterilización femenina (preparada).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Esterilización masculina (vasectomía).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. DIU (aparato).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. Implantes (norplan).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Condones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Condones femenino.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. Diafragma.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Espuma/jalea.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Mela (lactancia y amenorrea).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. Método de ritmo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. Retiro.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Pastillas anticonceptivas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____ (Especifique)</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2	b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2	c. DIU (aparato).....	1	2	d. Inyecciones.....	1	2	e. Implantes (norplan).....	1	2	f. Condones.....	1	2	g. Condones femenino.....	1	2	h. Diafragma.....	1	2	i. Espuma/jalea.....	1	2	j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2	k. Método de ritmo.....	1	2	l. Retiro.....	1	2	m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																																														
a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2																																														
b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2																																														
c. DIU (aparato).....	1	2																																														
d. Inyecciones.....	1	2																																														
e. Implantes (norplan).....	1	2																																														
f. Condones.....	1	2																																														
g. Condones femenino.....	1	2																																														
h. Diafragma.....	1	2																																														
i. Espuma/jalea.....	1	2																																														
j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2																																														
k. Método de ritmo.....	1	2																																														
l. Retiro.....	1	2																																														
m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2																																														
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																																														
VIH/SIDA																																																
4080	¿Ha oído usted hablar alguna vez sobre el virus del VIH o de una enfermedad llamada SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	5001																																													
4081	¿Pueden las personas protegerse contra el virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el SIDA ni tenga otra pareja?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																																														
4082	¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA por brujería o a través de medios sobrenaturales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4083	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4084	¿Puede una persona contagiarse del virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
4085	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contagiarse del virus del SIDA dejando de tener relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4086	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada de SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4087	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al ponerse una inyección con una aguja ya usada por alguien más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4088	¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4089	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo? Durante el embarazo? Durante el parto? Por la leche materna?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Durante el parto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Por la leche materna.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No sabe	a. Durante el embarazo.....	1	2	8	b. Durante el parto	1	2	8	c. Por la leche materna.....	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																
a. Durante el embarazo.....	1	2	8																
b. Durante el parto	1	2	8																
c. Por la leche materna.....	1	2	8																
4090	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 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4091	¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esa persona tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4092	Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿quisiera usted que eso permaneciera en secreto?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4093	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA. ¿Estaría usted dispuesta a cuidar de él/ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4094	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4054 LE HICIERON PRUEBA DE VIH DURANTE EL PERIODO DE CUIDADO PRENATAL O DURANTE EL PARTO	1 ó 2 (Sí)..... 1 3 (no), 8 (no sabe)..... 2	↗ 4097																
4095	No queremos saber los resultados, pero ¿Alguna vez se ha hecho usted la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4098																
4096	No queremos saber los resultados de la prueba, pero ¿le han dicho el resultado de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2																	
4097	¿Usted pidió que le hicieran la prueba del SIDA, se la ofrecieron y usted la aceptó o se la requirieron o pidieron para algo?	Pidió la prueba..... 1 Ofrecida y aceptada..... 2 Requerida..... 3																	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																															
4098	ENTREVISTADORA: VERIFICAR 4054 No le hicieron prueba de VIH durante el cuidado prenatal: <input type="checkbox"/>	Le hicieron la prueba <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4100																																																															
4099	¿En estos momentos, sabe usted de algún sitio donde pueda ir y hacerse la prueba para saber si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 4101																																																															
4100	Además del lugar donde le hicieron la prueba en el control prenatal, ¿sabe usted de algún otro lugar donde puede ir a hacérsela para ver si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																																																
4101	¿Qué puede hacer una persona para evitar contagiarse del virus que causa el SIDA? ENTREVISTADORA: ¿ALGO MAS? ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO 1 PARA TODAS LAS ALTERNATIVAS MENCIONADAS Y EL CODIGO 2 PARA LAS ALTERNATIVAS NO MENCIONADAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Abstenerse de tener sexo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Usar condones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Disminuir el número de parejas sexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. No tener sexo con prostitutas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. No tener sexo con homosexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. No tener sexo con personas que usen drogas...</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Evitar transfusiones de sangre.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Evitar inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. No besarse.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. No abrazar personas con SIDA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Evitar picaduras de mosquitos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>o. Tener buena dieta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>q. No tener penetración en la relación sexual.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>r. No sabe.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2	b. Usar condones.....	1	2	c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2	d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2	e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2	f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2	g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2	h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2	i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2	j. Evitar inyecciones.....	1	2	k. No besarse.....	1	2	l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2	m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2	n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2	o. Tener buena dieta.....	1	2	p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2	q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			r. No sabe.....	1	2	
	Sí	No																																																																
a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2																																																																
b. Usar condones.....	1	2																																																																
c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2																																																																
d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2																																																																
e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2																																																																
f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2																																																																
g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2																																																																
h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2																																																																
i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2																																																																
j. Evitar inyecciones.....	1	2																																																																
k. No besarse.....	1	2																																																																
l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2																																																																
m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2																																																																
n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2																																																																
o. Tener buena dieta.....	1	2																																																																
p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2																																																																
q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2																																																																
x. Otro _____	1	2																																																																
(Especifique)																																																																		
r. No sabe.....	1	2																																																																
4102	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7																																																																

Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 12 a 49 años de edad.
 Llene el Módulo IV para cada una de las mujeres elegibles en este hogar.

UPM.....
 No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA
 No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO
 ZONA. 1 Ur bano 2 Rural
 ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo 2 Grandes Ciudades 3 Resto Urbano 4 Rural

Mujer No. <input type="text"/>	Total de elegibles <input type="text"/>

INFORMACION DE LA MUJER

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4001	ENTREVISTADORA:: ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE LINEA DE LA MUJER ENTREVISTADA	Nombre _____ No. línea <input type="text"/> No hay mujer elegible..... 97	➔ 5001
4002	ENTREVISTADORA:: CONDICION DE LA INFORMANTE PARA LA ENTREVISTA	Ella da la entrevista..... 1 Entrevista con ayuda..... 2 Tiene discapacidad física o mental para responder..... 3	➔ SIGTE. MUJER
4003	¿En qué año y mes nació usted?	a. Año..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> No sabe/ no recuerda..... 98	
4004	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años cumplidos..... <input type="text"/>	
4005	¿Tiene usted acta de nacimiento, es decir ha sido declarada?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
4006	¿Alguna vez asistió usted al pre-escolar o a la escuela?	Sí..... 1 No..... 2	➔ 4010
4007	¿Cuál fué el curso o año de instrucción más alto al que asistió usted?	Curso..... <input type="text"/>	
4008	¿De qué nivel?	Inicial (Preprimaria)..... 0 Básica (Primaria)..... 1 Media (Secundaria)..... 2 Universidad..... 3 Postgrado..... 4 No sabe..... 8	
4009	¿Aprobó usted ese curso o año?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
NACIMIENTOS			
4010	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante toda su vida.</p> <p>¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	↗ 4017
4011	¿De los hijos e hijas que usted tuvo, hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	↗ 4014
4012	¿Cuántos hijos varones viven con usted?	<p>Hijos en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguno.....00</p>	
4013	¿Cuántas hijas viven con usted?	<p>Hijas en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna.....00</p>	
4014	¿Tiene usted algún hijo o hija que esté vivo pero que no esté viviendo con usted?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	↗ 4017
4015	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted?	<p>Hijos fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguno.....00</p>	
4016	¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted?	<p>Hijas fuera..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna.....00</p>	
4017	<p>¿Alguna vez dio usted a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después?</p> <p>SI DIJO NO, INDAGUE</p> <p>¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?.</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	↗ 4020
4018	¿Cuántos hijos varones han muerto?	<p>Hijos muertos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguno.....00</p>	
4019	¿Cuántas hijas han muerto?	<p>Hijas muertas..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna.....00</p>	
4020	<p>ENTREVISTADORA::</p> <p>SUME LAS RESPUESTAS DE 4012, 4013, 4015, 4016, 4018 Y 4019, Y ANOTE EL TOTAL</p>	<p>Total (p4012+p4013+ p4015+ p4016+p4018+p4019) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No ha tenido hijos o hijas..... 00</p>	
4021	<p>Solo para estar seguro que tengo la información correcta:</p> <p>¿En total cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted durante toda su vida?</p> <p>SI EL VALOR ES DIFERENTE DE P4020, CORRIJA 4012, 4013, 4015 , 4016 , 4018 , 4019 y 4020.</p>	<p>Hijos nacidos vivos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
4022	<p>VERIFIQUE 4021</p> <p>Uno o más nacidos vivos <input type="text"/> →</p>	<p>Ningún nacido vivo <input type="text"/> →</p>	4064

HISTORIA DE NACIMIENTOS

ORDEN DE NAC.	4023. ¿Cuál es el nombre del (primer), (segundo), (tercer), etc. Hijo?	4024. ¿Hubo algún otro nacimiento entre (nombre) y el nacimiento anterior?	4025 ¿El nacimiento de (nombre) fue parto simple o múltiple?	4026 ¿Es (nombre) varón o hembra?	4027. ¿En que año y mes nació (nombre)?	4028. ¿Está vivo(a) (nombre)? Si es "No" Pase 4032	Si está vivo			Si está muerto
							4029. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? Si menos de 1 año, anote "00"	4030. ¿Está (nombre) viviendo con usted? Si es "No" pase al sgte. hijo	4031. ENTRE VISTADORA : ANOTE EL NUM. DE LINEA DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR Si no está en la relación anote 95 Pase al sgte. nacimiento	4032. Qué edad tenía (nombre) cuando murió? Si es menos de 1 mes, anote No. de días. Si menos de 2 años, anote No. de meses. Si 2 ó más años anote el número de años.
01	(NOMBRE)		Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
02	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
03	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
04	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
05	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
06	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
07	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
08	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
09	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
10	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
11	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]
12	(NOMBRE)	Sí...1 No...2	Simple...1 Múltiple..2	Varón...1 Hembra.2	Año [][][][] Mes [][]	Sí...1 No...2	Edad en años [][]	Sí...1 No...2	[][]	Días [][] Meses [][] Años [][]

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4033	¿Ha tenido usted algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (nombre del último nacimiento)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS	Sí..... 1 No..... 2	
4034	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE P4021 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE.	NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> INDAGUE Y CORRIJA	
4035	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE PARA CADA NACIMIENTO SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P4027) PARA CADA HIJO VIVO SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (P4029) PARA CADA HIJO MUERTO SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P4032)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4036	VERIFIQUE P4027 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 HASTA LA FECHA	Número de nacimientos..... <input type="checkbox"/> Ninguno..... 0	4064 ↗
4037	VERIFIQUE P4027 EL ULTIMO PARTO DE LA MUJER OCURRIO EN LOS CINCO ULTIMOS AÑOS ES DECIR, DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DEL 2001 Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4064 ↗
4038	VERIFIQUE ¿COMO SE LLAMA O SE LLAMO ESE(A) ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A)?	_____	
TOXOIDE TETANICO			
4039	¿Tiene usted una tarjeta (carnet) u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
4040	Cuando usted estuvo embarazada de (nombre), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos al nacer, es decir, convulsiones después del nacimiento?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	4043 }
4041	Durante este embarazo ¿Cuántas veces le pusieron esa inyección (dosis)?	No. de Veces(dosis)..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	→ 4043
4042	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4041= 1 <input type="checkbox"/>	Si es <input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/> o más <input type="checkbox"/>	4048 →
4043	¿Recibió usted alguna inyección antitetánica en algún momento antes de su último embarazo?	Sí 1 No 2 No sabe 8	4048 }
4044	¿Cuántas veces la recibió?	No. de Veces <input type="text"/> <input type="text"/>	
4045	¿En qué año y mes recibió usted la última inyección antitetánica antes de su último embarazo?	Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda?..... 9998 b. Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda?..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																														
4046	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4045 La entrevistada no dio el año <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4048																														
4047	¿Cuántos años hace que usted recibió la última inyección antitetánica antes de ese último embarazo?	No. de años..... <input type="text"/>																															
SALUD MATERNA Y DE L RECIEN NACIDO																																	
4048	¿Dentro de las ocho semanas después del último parto, recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? (MOSTRAR CAPSULA O DISPENSADOR DE 200,000 UI.)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4050																														
4049	¿Cuánto tiempo después del parto recibió usted la dosis?	Menos de dos meses..... 1 dos meses o más..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4050	Cuando usted estaba embarazada de (nombre) ¿se chequeó el embarazo alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4054																														
4051	¿Con quién o quienes se chequeó? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td>Profesional de la salud:</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Médico General.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Ginecólogo/Obstetra.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Médico otra especialidad.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Enfermero(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Otra persona:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Comadrona/Partera.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. A nadie.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g. Otra _____ (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. No sabe/no recuerda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Profesional de la salud:	Sí	No	a. Médico General.....	1	2	b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2	c. Médico otra especialidad.....	1	2	d. Enfermero(a).....	1	2	Otra persona:			e. Comadrona/Partera.....	1	2	f. A nadie.....	1	2	g. Otra _____ (Especifique)	1	2	h. No sabe/no recuerda.....	1	2	
Profesional de la salud:	Sí	No																															
a. Médico General.....	1	2																															
b. Ginecólogo/Obstetra.....	1	2																															
c. Médico otra especialidad.....	1	2																															
d. Enfermero(a).....	1	2																															
Otra persona:																																	
e. Comadrona/Partera.....	1	2																															
f. A nadie.....	1	2																															
g. Otra _____ (Especifique)	1	2																															
h. No sabe/no recuerda.....	1	2																															
4052	Como parte de su cuidado prenatal de (nombre) ¿le hicieron algo de lo siguiente al menos una vez? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>sabe</td> </tr> <tr> <td>a. La pesaron?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Le tomaron la presión sanguínea?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Le tomaron una muestra de orina?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Le tomaron una muestra de sangre?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sí	No	sabe	a. La pesaron?.....	1	2	8	b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8	c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8	d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8											
	Sí	No	sabe																														
a. La pesaron?.....	1	2	8																														
b. Le tomaron la presión sanguínea?.....	1	2	8																														
c. Le tomaron una muestra de orina?.....	1	2	8																														
d. Le tomaron una muestra de sangre?.....	1	2	8																														
4053	Durante alguna de las visitas prenatales por ese último embarazo ¿le dieron alguna información, orientación o charla relacionada con el SIDA o el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																															
4054	No queremos saber los resultados, pero ¿le hicieron prueba de VIH/SIDA como parte de su cuidado prenatal en ese embarazo o al momento del parto?	Sí, como cuidado prenatal..... 1 Sí, en el momento del parto..... 2 No le hicieron..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	} 4056																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
EMBARAZO ACTUAL			
4063b	¿Cuántas horas o días después del parto empezó a darle el seno?	Horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
4064	¿Está usted embarazada actualmente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura..... 8	} 4067
4065	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? REGISTRE EL NUMERO DE MESES COMPLETOS	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00	
4066	Cuando quedó embarazada ¿usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	En ese momento..... 1 Quería esperar..... 2 No quería tener más hijos..... 8	
4067	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	Sí..... 1 No..... 2	↗ 4070
4068	¿En qué año y mes terminó el último de estos embarazos?	a Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 98	
4069	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo de pérdida, aborto o nacido muerto.	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes.....00 No sabe / no recuerda..... 98	
MATRIMONIO/UNION			
4070	¿Actualmente está usted ...? LEER ALTERNATIVAS	Casada..... 1 Viviendo en unión libre con su pareja..... 2 Con una pareja, pero no dentro del hogar..... 3 No tiene pareja..... 4	↗ 4072
4071	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo, compañero o pareja?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	↗ 4073 ↗ 4073
4072	¿Alguna vez ha estado usted casada, unida o viviendo con un hombre?	Estuvo casada o unida..... 1 Vivió con un hombre..... 2 No casada ni vivió con un hombre..... 3	↗ 4077
4073	¿Ha estado usted casada o viviendo con un hombre sólo una vez o más de una vez?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez..... 2	
4074	¿En que año y mes se casó por primera vez o empezó a vivir con un hombre?	a. Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																													
4075	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4074 La entrevistada no dio el año y el mes <input type="checkbox"/>	La entrevistada dio el año y mes <input type="checkbox"/>	4078																																													
4076	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con un hombre?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/>																																														
4077	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4064 La entrevistada no está embarazada o no sabe <input type="checkbox"/>	La entrevistada está embarazada <input type="checkbox"/>	4080																																													
4078	¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	4080 ↗																																													
4079	¿Qué método o métodos esta usando? LEERLES LAS ALTERNATIVAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Esterilización femenina (preparada).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Esterilización masculina (vasectomía).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. DIU (aparato).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Inyecciones.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Implantes (norplan).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Condones.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g. Condones femenino.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Diafragma.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Espuma/jalea.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Mela (lactancia y amenorrea).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Método de ritmo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Retiro.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>m. Pastillas anticonceptivas.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2	b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2	c. DIU (aparato).....	1	2	d. Inyecciones.....	1	2	e. Implantes (norplan).....	1	2	f. Condones.....	1	2	g. Condones femenino.....	1	2	h. Diafragma.....	1	2	i. Espuma/jalea.....	1	2	j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2	k. Método de ritmo.....	1	2	l. Retiro.....	1	2	m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																																														
a. Esterilización femenina (preparada).....	1	2																																														
b. Esterilización masculina (vasectomía).....	1	2																																														
c. DIU (aparato).....	1	2																																														
d. Inyecciones.....	1	2																																														
e. Implantes (norplan).....	1	2																																														
f. Condones.....	1	2																																														
g. Condones femenino.....	1	2																																														
h. Diafragma.....	1	2																																														
i. Espuma/jalea.....	1	2																																														
j. Mela (lactancia y amenorrea).....	1	2																																														
k. Método de ritmo.....	1	2																																														
l. Retiro.....	1	2																																														
m. Pastillas anticonceptivas.....	1	2																																														
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																																														
VIH/SIDA																																																
4080	¿Ha oído usted hablar alguna vez sobre el virus del VIH o de una enfermedad llamada SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	5001																																													
4081	¿Pueden las personas protegerse contra el virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el SIDA ni tenga otra pareja?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																																														
4082	¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA por brujería o a través de medios sobrenaturales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4083	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														
4084	¿Puede una persona contagiarse del virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																														

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
4085	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contagiarse del virus del SIDA dejando de tener relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4086	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada de SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4087	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA al ponerse una inyección con una aguja ya usada por alguien más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4088	¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
4089	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo? Durante el embarazo? Durante el parto? Por la leche materna?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Durante el parto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Por la leche materna.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No sabe	a. Durante el embarazo.....	1	2	8	b. Durante el parto	1	2	8	c. Por la leche materna.....	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																
a. Durante el embarazo.....	1	2	8																
b. Durante el parto	1	2	8																
c. Por la leche materna.....	1	2	8																
4090	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 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4091	¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esa persona tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4092	Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿quisiera usted que eso permaneciera en secreto?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4093	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA. ¿Estaría usted dispuesta a cuidar de él/ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende..... 8																	
4094	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P4054 LE HICIERON PRUEBA DE VIH DURANTE EL PERIODO DE CUIDADO PRENATAL O DURANTE EL PARTO	1 ó 2 (Sí)..... 1 3 (no), 8 (no sabe)..... 2	↗ 4097																
4095	No queremos saber los resultados, pero ¿Alguna vez se ha hecho usted la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 4098																
4096	No queremos saber los resultados de la prueba, pero ¿le han dicho el resultado de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2																	
4097	¿Usted pidió que le hicieran la prueba del SIDA, se la ofrecieron y usted la aceptó o se la requirieron o pidieron para algo?	Pidió la prueba..... 1 Ofrecida y aceptada..... 2 Requerida..... 3																	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																															
4098	ENTREVISTADORA: VERIFICAR 4054 No le hicieron prueba de VIH durante el cuidado prenatal: <input type="checkbox"/>	Le hicieron la prueba <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4100																																																															
4099	¿En estos momentos, sabe usted de algún sitio donde pueda ir y hacerse la prueba para saber si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 4101																																																															
4100	Además del lugar donde le hicieron la prueba en el control prenatal, ¿sabe usted de algún otro lugar donde puede ir a hacérsela para ver si tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																																																
4101	¿Qué puede hacer una persona para evitar contagiarse del virus que causa el SIDA? ENTREVISTADORA: ¿ALGO MAS? ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO 1 PARA TODAS LAS ALTERNATIVAS MENCIONADAS Y EL CODIGO 2 PARA LAS ALTERNATIVAS NO MENCIONADAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Abstenerse de tener sexo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Usar condones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Disminuir el número de parejas sexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. No tener sexo con prostitutas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. No tener sexo con homosexuales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. No tener sexo con personas que usen drogas...</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Evitar transfusiones de sangre.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j. Evitar inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k. No besarse.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>l. No abrazar personas con SIDA.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>m. Evitar picaduras de mosquitos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>o. Tener buena dieta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>q. No tener penetración en la relación sexual.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>x. Otro _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>r. No sabe.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2	b. Usar condones.....	1	2	c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2	d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2	e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2	f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2	g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2	h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2	i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2	j. Evitar inyecciones.....	1	2	k. No besarse.....	1	2	l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2	m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2	n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2	o. Tener buena dieta.....	1	2	p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2	q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			r. No sabe.....	1	2	
	Sí	No																																																																
a. Abstenerse de tener sexo.....	1	2																																																																
b. Usar condones.....	1	2																																																																
c. Tener sexo con una sola persona/serle fiel a su pareja	1	2																																																																
d. Disminuir el número de parejas sexuales.....	1	2																																																																
e. No tener sexo con prostitutas.....	1	2																																																																
f. No tener sexo con personas que tienen más de una pareja.....	1	2																																																																
g. No tener sexo con homosexuales.....	1	2																																																																
h. No tener sexo con personas que usen drogas...	1	2																																																																
i. Evitar transfusiones de sangre.....	1	2																																																																
j. Evitar inyecciones.....	1	2																																																																
k. No besarse.....	1	2																																																																
l. No abrazar personas con SIDA.....	1	2																																																																
m. Evitar picaduras de mosquitos.....	1	2																																																																
n. No compartir jeringas/cuchillas de afeitar o rasurar	1	2																																																																
o. Tener buena dieta.....	1	2																																																																
p. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas.....	1	2																																																																
q. No tener penetración en la relación sexual.....	1	2																																																																
x. Otro _____	1	2																																																																
(Especifique)																																																																		
r. No sabe.....	1	2																																																																
4102	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7																																																																

La información debe ser proporcionada por la madre, el padre o el tutor
 Llene las preguntas del Módulo V para cada una de las personas menores de 18 años elegibles en este hogar

UPM.....
 No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA
 No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO
 ZONA. 1 Urbano 2 Rural
 ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo 2 Grandes Ciudades 3 Resto Urbano 4 Rural

Menor de 18 años	
<input style="width: 80%;" type="text"/>	
Total de elegibles	<input style="width: 80%;" type="text"/>

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
5001	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS A QUIEN CORRESPONDE LA INFORMACION	Nombre..... No. línea <input style="width: 40px;" type="text"/> No hay menor de 18 años elegible..... 97 →	FIN DE LA ENTREVISTA
5002	Anote el nombre y número de línea de la madre o tutor(a) o de quien dé la información _____ <input style="width: 40px;" type="text"/>		

ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE P2004

MENOR DE 5 AÑOS ↓

5 A 17 AÑOS → **5067**

5003	¿En qué año y mes nació él(la) niño(a)?	Fecha de nacimiento: a. Año..... <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe / no recuerda 98	
5004	¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	Edad..... <input style="width: 40px;" type="text"/>	
5005	¿(Nombre) tiene Acta de Nacimiento (está declarado)?	Sí, vista..... 1 Sí, no vista..... 2 No 3 No sabe..... 8	5007 →
5006	¿Por qué no ha sido registrado (a)?	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 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe como registrarlo..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5007	¿Asiste (nombre) al jardín infantil, guardería, o algún programa de aprendizaje temprano?,	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5009															
5008	En los últimos siete días, ¿aproximadamente cuántas horas asistió (nombre) a ese programa?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5009	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le leyó cuentos, libros o historias a (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5012															
5010	¿Aproximadamente cuántas horas le leyeron cuentos, libros, o historias a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5011	¿Quién o quienes le leyeron cuentos, libros o historias a (nombre)?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5012	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le cantó canciones a (nombre):	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5015															
5013	¿Aproximadamente cuántas horas le cantaron canciones a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5014	¿Quién o quienes le cantaron canciones?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5015	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años sacó a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5018															
5016	¿Aproximadamente cuántas horas?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5017	¿Quién o quienes sacaron a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5018	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años jugó con (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5021															
5019	¿Aproximadamente cuántas horas jugaron con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5020	¿Quién o quienes jugaron con (nombre)?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5021	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años pasó tiempo con (nombre), contándole cosas y/o haciendo dibujos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5024															
5022	¿Aproximadamente cuántas horas pasaron contándole cosas y/o haciendo dibujos con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5023	¿Quién o quienes pasaron tiempo con (nombre) contándole cosas y/o haciendo dibujos?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Madre.....	1	2	Padre.....	1	2	Hermano(a).....	1	2	Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
Madre.....	1	2																
Padre.....	1	2																
Hermano(a).....	1	2																
Otro _____ (Especifique)	1	2																
VITAMINA "A"																		
5024	¿Le han dado alguna vez a (nombre) una cápsula (suplemento) de vitamina A como ésta? Muestre la cápsula o dispensador de las diferentes dosis. 100.000 UI. para edades de 6 a 11 meses. 200.000 UI. para edades de 12-59 meses.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5027															
5025	¿Hace cuánto tiempo que (nombre) se tomó la última dosis?	Está tomando actualmente..... 00 No. de días..... <input type="text"/> <input type="text"/> No. de meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98																
5026	¿Dónde consiguió para (nombre) esa última dosis? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Comprado en farmacia..... 1 En visita rutinaria a centro de salud..... 2 Visita de niño(a) enfermo a centro de salud..... 3 Día de Campaña Nacional de Vacunación..... 4 Otro _____ 5 (Especifique) No sabe..... 8																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																												
LACTANCIA																																															
5027	¿(Nombre) ha sido amamantado(a) alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5029																																												
5028	¿Todavía está él/ella siendo amamantado(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																													
5029	¿Desde el día de ayer a esta misma hora, ha recibido él/ella algo de lo siguiente: (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Suplementos vitamínicos.....</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>b) Agua.....</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>c) Agua azucarada o jugo.....</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>d) Suero de Rehidratación Oral.....</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>e) Leche (fórmula para bebé)</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>f) Leche.....</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>g) Comida sólida o semisólida.....</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>x) Otros líquidos _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No sabe	a) Suplementos vitamínicos.....	1	2	8	b) Agua.....	1	2	8	c) Agua azucarada o jugo.....	1	2	8	d) Suero de Rehidratación Oral.....	1	2	8	e) Leche (fórmula para bebé)	1	2	8	f) Leche.....	1	2	8	g) Comida sólida o semisólida.....	1	2	8	x) Otros líquidos _____ (Especifique)	1	2	8									
	Sí	No	No sabe																																												
a) Suplementos vitamínicos.....	1	2	8																																												
b) Agua.....	1	2	8																																												
c) Agua azucarada o jugo.....	1	2	8																																												
d) Suero de Rehidratación Oral.....	1	2	8																																												
e) Leche (fórmula para bebé)	1	2	8																																												
f) Leche.....	1	2	8																																												
g) Comida sólida o semisólida.....	1	2	8																																												
x) Otros líquidos _____ (Especifique)	1	2	8																																												
ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P5029g: Igual a =1 <input type="checkbox"/> Otros casos <input type="checkbox"/> →			5031																																												
5030	¿Desde ayer a esta misma hora, ¿Cuántas veces (nombre) ha comido alimentos sólidos, semisólidos o comidas suaves pero no líquidos? Si 7 o más veces, anote <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> .	No de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98																																													
ATENCION A ENFERMEDADES: DIARREA																																															
5031	Hablemos un poco sobre las enfermedades que se producen en los niños(as) durante su crecimiento. ¿Ha tenido (nombre) diarrea durante las últimas dos semanas? ENTREVISTADORA: LA DIARREA SERÁ DEFINIDA COMO LA DEFINA LA MADRE O TUTORA, O COMO TRES DEPOSICIONES (EXCREMENTO) FLOJAS O AGUADA POR DÍA, O DEPOSICIONES CON SANGRE.	Sí 1 No 2 No sabe/no recuerda..... 8	} P5042																																												
5032	Durante la última vez que tuvo diarrea ¿le dio a tomar a (nombre) algo de lo siguiente: ENTREVISTADORA: LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Leche de seno</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>b) Papillas</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>c) Jugos de fruta</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>d) Sobre de SRO</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>e) Otra leche.....</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>f) Agua con la comida.....</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>g) Agua sola</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>h) Suero casero</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>i) Nada</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>x) Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No sabe	a) Leche de seno	1	2	8	b) Papillas	1	2	8	c) Jugos de fruta	1	2	8	d) Sobre de SRO	1	2	8	e) Otra leche.....	1	2	8	f) Agua con la comida.....	1	2	8	g) Agua sola	1	2	8	h) Suero casero	1	2	8	i) Nada	1	2	8	x) Otro _____ (Especifique)	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																																												
a) Leche de seno	1	2	8																																												
b) Papillas	1	2	8																																												
c) Jugos de fruta	1	2	8																																												
d) Sobre de SRO	1	2	8																																												
e) Otra leche.....	1	2	8																																												
f) Agua con la comida.....	1	2	8																																												
g) Agua sola	1	2	8																																												
h) Suero casero	1	2	8																																												
i) Nada	1	2	8																																												
x) Otro _____ (Especifique)	1	2	8																																												

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																								
	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P5032d LE DIERON SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL <input type="checkbox"/>	NO LE DIERON SUERO DE REHIDRATACION ORAL	5035 <input type="checkbox"/>																																																																																								
5033	¿Dónde consiguió el SRO (suero de rehidratación oral) para tratar la diarrea del niño(a)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Sector Médico Público</td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Hospital público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sector Médico Privado</td> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>m. Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Otra Fuente</td> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>p. Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	Sector Médico Público		Sí	No	a. Hospital público	<input type="checkbox"/>	1	2	b. Policlínica	<input type="checkbox"/>	1	2	c. Dispensario público	<input type="checkbox"/>	1	2	d. Clínica Rural	<input type="checkbox"/>	1	2	e. Botica popular	<input type="checkbox"/>	1	2	f. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2	(Especifique)				Sector Médico Privado				g. Clínica/consultorio	<input type="checkbox"/>	1	2	h. Médico privado	<input type="checkbox"/>	1	2	i. Dispensario de iglesia u otra entidad	<input type="checkbox"/>	1	2	j. Promotor privado (visitador a médico)	<input type="checkbox"/>	1	2	k. Farmacia	<input type="checkbox"/>	1	2	l. Botica privada	<input type="checkbox"/>	1	2	m. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2	(Especifique)				Otra Fuente				n. Curandero(a)/brujo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2	o. Pariente o amigo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2	p. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2	(Especifique)				
Sector Médico Público		Sí	No																																																																																								
a. Hospital público	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
b. Policlínica	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
c. Dispensario público	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
d. Clínica Rural	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
e. Botica popular	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
f. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
Sector Médico Privado																																																																																											
g. Clínica/consultorio	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
h. Médico privado	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
i. Dispensario de iglesia u otra entidad	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
j. Promotor privado (visitador a médico)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
k. Farmacia	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
l. Botica privada	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
m. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
Otra Fuente																																																																																											
n. Curandero(a)/brujo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
o. Pariente o amigo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
p. Otro	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
5034	¿Cuánto pagó por el SRO (suero de rehidratación oral)?	RD\$ <input type="text"/> Anote cantidad redondeada sin decimales Gratuito <input type="checkbox"/> 1 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> 8																																																																																									
5035	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea, ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	<table border="0"> <tr> <td>Mucho menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Más</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Nada de líquido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1	Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2	La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3	Más	<input type="checkbox"/>	4	Nada de líquido	<input type="checkbox"/>	5	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																							
Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1																																																																																									
Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2																																																																																									
La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3																																																																																									
Más	<input type="checkbox"/>	4																																																																																									
Nada de líquido	<input type="checkbox"/>	5																																																																																									
No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																																									
5036	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea. ¿Le dio la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dio más o le dio menos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos alimentos de lo que le daba o un poco menos?	<table border="0"> <tr> <td>Mucho menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Más cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Nada de comer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1	Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2	La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3	Más cantidad	<input type="checkbox"/>	4	Nada de comer	<input type="checkbox"/>	5	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																							
Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1																																																																																									
Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2																																																																																									
La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3																																																																																									
Más cantidad	<input type="checkbox"/>	4																																																																																									
Nada de comer	<input type="checkbox"/>	5																																																																																									
No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																																									

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																		
5046	¿Le dio alguna medicina a (nombre) para tratar la enfermedad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5049a																																																																		
5047	¿Qué medicina le dieron a (nombre)? ENTREVISTADORA ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS MEDICINAS SUMINISTRADAS	Antibióticos..... 1 Paracetamol/Panadol/Acetaminofén..... 2 Aspirina..... 3 Ibuprofén..... 4 Té (tisana)..... 5 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe..... 8	5049a																																																																		
5048	¿Dónde consiguió el antibiótico? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td>Sector Médico Público</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Hospital público.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>Sector Médico Privado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>m. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>Otra Fuente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>p. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	Sector Médico Público	Sí	No	a. Hospital público.....	1	2	b. Policlínica.....	1	2	c. Dispensario público.....	1	2	d. Clínica Rural.....	1	2	e. Botica popular.....	1	2	f. Otro _____	1	2	(Especifique)			Sector Médico Privado			g. Clínica/consultorio.....	1	2	h. Médico privado.....	1	2	i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1	2	j. Promotor privado (visitador a médico).....	1	2	k. Farmacia.....	1	2	l. Botica privada.....	1	2	m. Otro _____	1	2	(Especifique)			Otra Fuente			n. Curandero(a)/brujo(a).....	1	2	o. Pariente o amigo(a).....	1	2	p. Otro _____	1	2	(Especifique)			
Sector Médico Público	Sí	No																																																																			
a. Hospital público.....	1	2																																																																			
b. Policlínica.....	1	2																																																																			
c. Dispensario público.....	1	2																																																																			
d. Clínica Rural.....	1	2																																																																			
e. Botica popular.....	1	2																																																																			
f. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Sector Médico Privado																																																																					
g. Clínica/consultorio.....	1	2																																																																			
h. Médico privado.....	1	2																																																																			
i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1	2																																																																			
j. Promotor privado (visitador a médico).....	1	2																																																																			
k. Farmacia.....	1	2																																																																			
l. Botica privada.....	1	2																																																																			
m. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Otra Fuente																																																																					
n. Curandero(a)/brujo(a).....	1	2																																																																			
o. Pariente o amigo(a).....	1	2																																																																			
p. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
5049	¿Cuánto pagó por el antibiótico?	RD\$ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Anote cantidad sin decimales Gratuito..... 1 No sabe/no recuerda..... 8																																																																			
5049a	ENTREVISTADORA: ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LA INFORMANTE RESPONDE A ESTE MODULO? SI <input type="checkbox"/> NO, YA RESPONDIO ANTES <input type="checkbox"/> → 5051																																																																				
5050	¿Cuál o cuales síntomas harían que usted llevara al niño(a) a un centro de salud inmediatamente o a un médico?	a. Si no puede beber o mamar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 b. Si se pone más enfermo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 2 c. Si le da fiebre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 3 d. Si tiene respiración rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 4 e. Otro _____ 5 (Especifique) f. No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8																																																																			

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																	
INMUNIZACION																																				
5051	¿Tiene (nombre) una tarjeta de vacunación?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3	5054																																	
ENTREVISTADORA: SOLICITE LA TARJETA DE VACUNACION, Y TRANSCRIBA LOS DATOS PERTINENTES																																				
a) PARA CADA VACUNA QUE APAREZCA EN LA TARJETA, TRANSCRIBA LAS FECHAS DE APLICACION b) Anote "44" en la columna de "DIA" si la tarjeta muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación, y deje en blanco las casillas de mes y año.																																				
TIPO VACUNA		FECHAS DE VACUNAS APLICADAS																																		
		1ERA. DOSIS	2DA. DOSIS	3ERA. DOSIS	1ER. REFUERZO	2DO. REFUERZO																														
5052 A BCG		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																															
dd	mm	aa																																		
5052B HEPATITIS B		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052C ANTI-POLIO		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052D PENTAVALENTE (DPT/Hepb + Hib)		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052E DPT		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052F Hib		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052G SARAMPION		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052H SRP		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052I DT		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5052J VITAMINA A																																				
5052K OTRA		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
dd	mm	aa																																		
5053	<p>ENTREVISTADORA: Para cada vacuna no marcada, formule esta pregunta.</p> <p>Además de las vacunas marcadas en esta tarjeta, ¿Recibió (nombre) la vacuna....(NOMBRE DE LA VACUNA FALTANTE?)</p> <p>En caso de que la persona señala que (nombre) recibió la vacuna, anote "66" en día, y deje en blanco las casillas de mes y año.</p>																																			
ENTREVISTADORA		PASE			→ 5066a																															

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5054	¿Alguna vez ha recibido (nombre) vacunas para evitar que él/ella se enferme, incluyendo las vacunas recibidas en campañas nacionales de vacunación?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5055	¿Ha recibido (nombre) 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 No sabe..... 8	
5056	¿Ha recibido (nombre) la vacuna hepatitis B es decir, una inyección en el brazo que se le aplica a niños en tres dosis: recién nacido, al mes y a los seis meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5057	¿Recibió (nombre) alguna vacuna en forma de “gotas en la boca” para protegerlo a él/ella de la enfermedad del Polio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5060
5058	¿Cuántos años tenía él/ella cuando le dieron la primera dosis de estas gotas en la boca, justo después del nacimiento (dentro de las dos primeras semanas) o más tarde?	Justo después que nació 1 Dentro de las dos primeras semanas..... 2 Más tarde..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
5059	¿Cuántas veces le dieron esas gotas a él/ella?	Número de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5060	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “PENTAVALENTE (DPT/HEPB+HIB)”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Tétano, Tosferina, Difteria?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5062
5061	¿Cuántas veces le pusieron esas vacunas inyectadas?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5062	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “DPT”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Difteria, Tosferina y Tétano, (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5063	A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “HIB”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Meningitis (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5064	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas contra el Sarampión”, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro a la edad de nueve meses o más para protegerlo(la) del Sarampión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5065	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas “SRP” contra Sarampión Rubéola y Papera”, es decir, una inyección en el brazo a la edad de doce meses la primera dosis y la segunda a los seis años de edad o más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																
5066	<p>Por favor dígame si (nombre) ha recibido en alguna vacuna en días de Campaña de vacunación de los años: POLIO/SARAMPION EN 2004 POLIO SARAMPION EN 2005</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>a. Campaña Vac. 2004.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>b. Campaña Vac. 2005.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		Sí	No	NS	a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8	b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																					
	Sí	No	NS																																																
a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8																																																
b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																																
5066a	<p>VERIFIQUE LA EDAD P2004 TIENE DE 2 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">MENOR DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	→5071																																																
TRATO FISICO Y PSICOLOGICO																																																			
5067	<p>Cuando (nombre) hace algo incorrecto, se porta mal o hace algo que a usted le molesta, ¿Qué hace usted? LEERLE LAS ALTERNATIVAS</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2	i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2	j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			
	Sí	No																																																	
a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2																																																	
i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2																																																	
j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
x. Otro _____	1	2																																																	
(Especifique)																																																			
5068	<p>¿Cuál de esos métodos emplea con mayor frecuencia con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> </table>	Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8	Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11	Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12	Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13	Otro _____	96																					
Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		
Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6																																																		
Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7																																																		
Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8																																																		
Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9																																																		
Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10																																																		
Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11																																																		
Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12																																																		
Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13																																																		
Otro _____	96																																																		
5069	<p>¿Podría decirme con qué frecuencia le da resultado ese método con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Nunca <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Rara vez <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>A veces <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																							
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5070	Quando (nombre) se porta bien, ¿qué hace usted regularmente?	a. Le felicita..... 1 b. Le lleva a pasear..... 2 c. Le compra algo material..... 3 d. Le deja hacer lo que mas le gusta..... 4 e. Le abraza..... 5 f. Nada..... 6 x. Otros _____ 7 (Especifique)	
5070a	¿Cree usted que para criar y educar a (nombre) apropiadamente, usted necesita castigarle físicamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

DISCAPACIDAD

5071	¿Tiene (nombre) alguno de los siguientes problemas? ENTREVISTADORA: LEERLE LAS ALTERNATIVAS			5072. ¿Cuál fue la causa de ese problema?	
		Sí	No	No sabe	Anote el código
	a. Ciego(a) de un ojo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	b. Ciego(a) de los dos ojos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	c. Dificultad para ver, incluso en el día o en la noche.....	1	2	8	<input type="text"/>
	d. Sordo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	e. Escucha con dificultad, para oír usa audífonos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	f. Mudo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	g. Comparado con otros niños(as) no es lo suficientemente claro(a) para hacerse entender por otras personas diferentes a la familia cercana.....	1	2	8	<input type="text"/>
	h. Tiene limitación permanente para mover alguna de las manos o antebrazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	i. Tiene limitación permanente para mover alguno de los brazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	j. Cuando le dicen algo, él/ella parece entender lo que se le está diciendo	1	2	8	<input type="text"/>
	k. Algunas veces tiene ataques, se pone rígido(a) o pierde la conciencia...	1	2	8	<input type="text"/>
	l. Aprende a hacer las cosas como los otros niños(as) de su edad.....	1	2	8	<input type="text"/>
	m. Comparado con otros niños(as) de su misma edad, parece tener alguna forma de retardo mental o es más lento.....	1	2	8	<input type="text"/>
	n. Autismo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	o. Parálisis cerebral.....	1	2	8	<input type="text"/>
	x. Otra limitación _____	1	2	8	<input type="text"/>
	(Especifique)				
	p. No tiene ninguna limitación.....	1	2	8	<input type="text"/>
CODIGOS DE CAUSAS					
Nació así□□□.□□□□□□□□□□... 01		Accidente laboral□□.□□□□□□□□ 06			
Enfermedad durante su crecimiento□□□.. 02		Otro accidente no laboral□□□□..... 07			
Violencia o abuso□□□□□□□□□□.. 03		Balas perdidas□□□..□□□□□□□□ 08			
Accidente de Bicicleta /motocicleta□□□.. 04		Otro _____ 09			
Accidente de otro vehículo de motor□□□. 05		(Especifique)			
		No sabe□□□□□□□□□□.□□□□□ 10			

→ 5076

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5073	¿(Nombre) requiere asistencia o ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades?	a. Alimentarse..... 01 b. Asearse, bañarse, ir al baño..... 02 c. Movilizarse, usar transporte..... 03 d. Comunicarse con otras personas..... 04 e. Trabajar..... 05 f. Salir del hogar..... 06 g. Estudiar..... 07 h. No requiere ningún tipo de asistencia..... 08 x. Otro_____ 09 (Especifique)	
5074	¿Ha asistido (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
5075	¿Asiste actualmente (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																																												
USO DEL TIEMPO																																																																																																															
ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE (P2004). MENOR DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sección de antropometría P5085 5 A 9 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5077 10 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/>																																																																																																															
5076	ENTREVISTADORA SI TIENE DE 10 A 17 AÑOS VERIFIQUE: P2035 = 1 ó } P2036 = 1 ó } <input type="checkbox"/> → 5081 P2038 = 1 } SI NINGUN <input type="checkbox"/> 1 EN P2035, P2036 Y P2038 <input type="checkbox"/>																																																																																																														
5077	En los últimos siete días ¿realizó (nombre) alguna actividad para conseguir dinero, alimentos o algún pago en especie?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> 8	} 5082																																																																																																												
5078	¿Qué tipo de actividad o actividades realizó (nombre)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Sí</th> <th style="width: 10%;">No Pase a siguiente actividad</th> <th style="width: 10%;">No sabe Pase a siguiente actividad</th> <th style="width: 10%;">5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8</th> <th style="width: 10%;">5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Preparar comidas/bebidas u otros producto</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Vender comidas/bebidas u otros productos</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Escolta de niños para la escuela o guardería</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Escolta de adultos para actividades varias ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1</td><td>2</td><td>8</td><td></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>x. Otro _____ Especifique</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998	a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1	2	8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998																																																																																																										
a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1	2	8		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
5081	¿Para quien realizó esa actividad (nombre) fundamentalmente?	Familiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 Amigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 2 Otras _____ 3 (Especifique)																																																																																																													

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			PASE A					
5082	<p>¿Durante la semana pasada hizo (nombre) alguna de las siguientes actividades para la casa?</p> <p>LEERLE LAS ALTERNATIVAS</p> <table border="1" data-bbox="818 428 1175 584"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Pase a siguiente actividad</td> <td>Pase a siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	No	No sabe		Pase a siguiente actividad	Pase a siguiente actividad	<p>5083¿Cuántos días en la semana dedica a esta actividad</p> <p>Si no sabe anote 8</p>	<p>5084¿Cuántas horas en la semana dedica normalmente a esta actividad?</p> <p>Si no sabe anote 998</p>	
Sí	No	No sabe								
	Pase a siguiente actividad	Pase a siguiente actividad								
	a. Preparar comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	b. Vender comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	c. Limpieza de casas.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	d. Lavado o planchado de ropa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	e. Cuidado de niños o ancianos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	f. Escolta de niños para la escuela o guardería.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	g. Escolta de adultos para actividades varias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	i. Cuidar animales.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	j. Trabajar en construcción, mantenimiento de una casa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	k. Acarreo de agua.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	m. Limpiar zapatos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	n. Labores agrícolas o pecuarias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	o. Ninguna actividad.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																						
<p>5085</p>	<p>¿Cuántas horas a la semana dedica (nombre) a:</p> <p>LEER LAS ALTERNATIVAS</p> <p>SI NO SABE ANOTE 998</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="929 320 1643 376"></th> <th data-bbox="1643 320 1749 376">Horas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="929 376 1643 432">a. Asistencia a clase?.....</td> <td data-bbox="1643 376 1749 432"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 432 1643 540">b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....</td> <td data-bbox="1643 432 1749 540"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 540 1643 649">c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?</td> <td data-bbox="1643 540 1749 649"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 649 1643 758">d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....</td> <td data-bbox="1643 649 1749 758"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 758 1643 919">e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....</td> <td data-bbox="1643 758 1749 919"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 919 1643 975">f. Leer libros?.....</td> <td data-bbox="1643 919 1749 975"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 975 1643 1031">g. Leer periódicos?.....</td> <td data-bbox="1643 975 1749 1031"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1031 1643 1087">h. Ver televisión?.....</td> <td data-bbox="1643 1031 1749 1087"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1087 1643 1143">i. Ver programas de videos?.....</td> <td data-bbox="1643 1087 1749 1143"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1143 1643 1199">j. Escuchar música?.....</td> <td data-bbox="1643 1143 1749 1199"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1199 1643 1255">k. Uso de computadora?.....</td> <td data-bbox="1643 1199 1749 1255"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1255 1643 1311">l. Uso de Internet?.....</td> <td data-bbox="1643 1255 1749 1311"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1311 1643 1367">m. Visitar la biblioteca?.....</td> <td data-bbox="1643 1311 1749 1367"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1367 1643 1423">n. Horas de sueño en la noche?.....</td> <td data-bbox="1643 1367 1749 1423"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1423 1643 1479">o. Horas de sueño en el día?.....</td> <td data-bbox="1643 1423 1749 1479"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1479 1643 1535">p. Participar en actividades religiosas?.....</td> <td data-bbox="1643 1479 1749 1535"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1535 1643 1591">q. Practicar deportes?.....</td> <td data-bbox="1643 1535 1749 1591"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="929 1591 1643 1647">r. Estar con los amigos en la calle?.....</td> <td data-bbox="1643 1591 1749 1647"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Horas	a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>	b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>	c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>	d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>	e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>	f. Leer libros?.....	<input type="text"/>	g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>	h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>	i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>	j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>	k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>	l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>	m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>	n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>	o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>	p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>	q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>	r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>	
	Horas																																								
a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>																																								
b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>																																								
c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>																																								
d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>																																								
e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>																																								
f. Leer libros?.....	<input type="text"/>																																								
g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>																																								
h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>																																								
i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>																																								
j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>																																								
k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>																																								
l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>																																								
m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>																																								
n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>																																								
o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>																																								
p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>																																								
q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>																																								
r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>																																								

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
ANTROPOMETRIA (Para niños(as) menores de 5 años)			
5086	No de línea madre o tutora _____ No de línea Niño(a) _____	a. No de línea de la madre o tutora..... <input type="text"/> <input type="text"/> b. No de línea del niño (a)..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
Después que los módulos para todos (as) los(as) niños(as) del hogar donde se está realizando la entrevista estén completos, la supervisora de antropometría pesa y mide a cada niño(a). Anote el peso y la estatura/talla debajo, asegurándose de anotar las medidas en el módulo correcto para cada niño(a). Verifique el nombre del niño(a) y el número de línea del listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.			
5087	Peso del niño(a)	Kilogramos (Kg.) Gramos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5088	Talla del niño(a) ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO(A) Niños(as) menores de 2 años: MEDIR COSTADO Niños(as) 2 años o más: MEDIR PARADO	Centímetros Milímetros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5089	CODIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE MIDIO	CODIGO _____ <input type="text"/>	
5090	ENTREVISTADORA: ¿HAY OTRO(A) NIÑO(A) EN ESTE HOGAR QUE SEA ELEGIBLE PARA SER MEDIDO? SI _____ MIDA Y ANOTE LAS MEDIDAS PARA EL PROXIMO NIÑO(A) NO _____ FIN DE LA ENTREVISTA		
5091	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7	

La información debe ser proporcionada por la madre, el padre o el tutor
Llene las preguntas del Módulo V para cada una de las personas menores de 18 años elegibles en este hogar

UPM.....

No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA

No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO

ZONA. 1 Urbano

2 Rural

ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo

2 Grandes Ciudades

3 Resto Urbano

4 Rural

Menor de 18 años	Total de elegibles
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
5001	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS A QUIEN CORRESPONDE LA INFORMACION	Nombre..... No. línea <input type="text"/> No hay menor de 18 años elegible..... 97 →	FIN DE LA ENTREVISTA
5002	Anote el nombre y número de línea de la madre o tutor(a) o de quien dé la información	<input type="text"/>	

ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE P2004

MENOR DE 5 AÑOS ↓

5 A 17 AÑOS → **5067**

5003	¿En qué año y mes nació él(la) niño(a)?	Fecha de nacimiento: a. Año..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98	
5004	¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	Edad..... <input type="text"/>	
5005	¿(Nombre) tiene Acta de Nacimiento (está declarado)?	Sí, vista..... 1 Sí, no vista..... 2 No 3 No sabe..... 8	5007 →
5006	¿Por qué no ha sido registrado (a)?	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 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe como registrarlo..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5007	¿Asiste (nombre) al jardín infantil, guardería, o algún programa de aprendizaje temprano?,	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5009															
5008	En los últimos siete días, ¿aproximadamente cuántas horas asistió (nombre) a ese programa?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5009	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le leyó cuentos, libros o historias a (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5012															
5010	¿Aproximadamente cuántas horas le leyeron cuentos, libros, o historias a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5011	¿Quién o quienes le leyeron cuentos, libros o historias a (nombre)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5012	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le cantó canciones a (nombre):	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5015															
5013	¿Aproximadamente cuántas horas le cantaron canciones a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5014	¿Quién o quienes le cantaron canciones?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5015	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años sacó a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5018															
5016	¿Aproximadamente cuántas horas?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5017	¿Quién o quienes sacaron a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5018	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años jugó con (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5021															
5019	¿Aproximadamente cuántas horas jugaron con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5020	¿Quién o quienes jugaron con (nombre)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5021	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años pasó tiempo con (nombre), contándole cosas y/o haciendo dibujos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5024															
5022	¿Aproximadamente cuántas horas pasaron contándole cosas y/o haciendo dibujos con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5023	¿Quién o quienes pasaron tiempo con (nombre) contándole cosas y/o haciendo dibujos?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Madre.....	1	2	Padre.....	1	2	Hermano(a).....	1	2	Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
Madre.....	1	2																
Padre.....	1	2																
Hermano(a).....	1	2																
Otro _____ (Especifique)	1	2																
VITAMINA "A"																		
5024	¿Le han dado alguna vez a (nombre) una cápsula (suplemento) de vitamina A como ésta? Muestre la cápsula o dispensador de las diferentes dosis. 100.000 UI. para edades de 6 a 11 meses. 200.000 UI. para edades de 12-59 meses.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5027															
5025	¿Hace cuánto tiempo que (nombre) se tomó la última dosis?	Está tomando actualmente..... 00 No. de días..... <input type="text"/> <input type="text"/> No. de meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98																
5026	¿Dónde consiguió para (nombre) esa última dosis? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Comprado en farmacia..... 1 En visita rutinaria a centro de salud..... 2 Visita de niño(a) enfermo a centro de salud..... 3 Día de Campaña Nacional de Vacunación..... 4 Otro _____ 5 (Especifique) No sabe..... 8																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																		
	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P5032d LE DIERON SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL <input type="checkbox"/>	NO LE DIERON SUERO DE REHIDRATACION ORAL	5035 <input type="checkbox"/>																																																																		
5033	¿Dónde consiguió el SRO (suero de rehidratación oral) para tratar la diarrea del niño(a)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Sector Médico Público</th> <th style="text-align: left;">Sí</th> <th style="text-align: left;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Hospital público <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Otro _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left;">Sector Médico Privado</th> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>m. Otro _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left;">Otra Fuente</th> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>p. Otro _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </tbody> </table>	Sector Médico Público	Sí	No	a. Hospital público <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	b. Policlínica <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	c. Dispensario público.....	1	2	d. Clínica Rural <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	e. Botica popular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	f. Otro _____	1	2	(Especifique)			Sector Médico Privado			g. Clínica/consultorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	h. Médico privado <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	i. Dispensario de iglesia u otra entidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	j. Promotor privado (visitador a médico) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	k. Farmacia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	l. Botica privada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	m. Otro _____	1	2	(Especifique)			Otra Fuente			n. Curandero(a)/brujo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	o. Pariente o amigo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	p. Otro _____	1	2	(Especifique)			
Sector Médico Público	Sí	No																																																																			
a. Hospital público <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
b. Policlínica <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
c. Dispensario público.....	1	2																																																																			
d. Clínica Rural <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
e. Botica popular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
f. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Sector Médico Privado																																																																					
g. Clínica/consultorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
h. Médico privado <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
i. Dispensario de iglesia u otra entidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
j. Promotor privado (visitador a médico) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
k. Farmacia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
l. Botica privada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
m. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Otra Fuente																																																																					
n. Curandero(a)/brujo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
o. Pariente o amigo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2																																																																			
p. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
5034	¿Cuánto pagó por el SRO (suero de rehidratación oral)?	RD\$ _____ <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Anote cantidad redondeada sin decimales Gratuito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 8																																																																			
5035	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea, ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Nada de líquido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	2	La misma cantidad <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	3	Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	4	Nada de líquido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	5	No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	8																																																							
Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1																																																																				
Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	2																																																																				
La misma cantidad <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	3																																																																				
Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	4																																																																				
Nada de líquido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	5																																																																				
No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	8																																																																				
5036	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea. ¿Le dio la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dio más o le dio menos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos alimentos de lo que le daba o un poco menos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Más cantidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Nada de comer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	2	La misma cantidad... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	3	Más cantidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	4	Nada de comer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	5	No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	8																																																							
Mucho menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1																																																																				
Un poco menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	2																																																																				
La misma cantidad... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	3																																																																				
Más cantidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	4																																																																				
Nada de comer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	5																																																																				
No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	8																																																																				

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5037	La última vez que (nombre) hizo caca, ¿Qué hizo para deshacerse de los excrementos (caca)?	El niño(a) usó el inodoro/letrina..... 01 La botó en el inodoro o letrina..... 02 La botó en el desagüe o zanja..... 03 La tiró a la basura (desperdicio sólido)..... 04 La enterró..... 05 La dejó en el suelo..... 06 Otro _____ 96 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 98	
5038	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea fuera del hogar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 5040
5039	¿Dónde buscó usted atención? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Sector Médico Público Sí No a. Hospital público..... 1 2 b. Policlínica..... 1 2 c. Dispensario público..... 1 2 d. Clínica Rural..... 1 2 e. Botica popular..... 1 2 f. Otro _____ 1 2 (Especifique) Sector Médico Privado g. Clínica/consultorio..... 1 2 h. Médico privado..... 1 2 i. Dispensario de iglesia u otra entidad..... 1 2 j. Promotor privado (visitador a médico)..... 1 2 k. Farmacia..... 1 2 l. Botica privada..... 1 2 m. Otro _____ 1 2 (Especifique) Otra Fuente n. Curandero(a)/brujo(a)..... 1 2 o. Pariente o amigo(a)..... 1 2 p. Otro _____ 1 2 (Especifique)	
5040	¿Le dio alguna medicina a (nombre) para tratar la diarrea?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 5042
5041	¿Qué medicina le dieron a (nombre) ENTREVISTADORA: ANOTE LAS MEDICINAS QUE DECLARE LA MADRE EN OTROS.	Antibióticos..... 1 Otro(a) _____ 2 (Especifique) No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																								
ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES																																																																																											
5042	Durante las últimas dos semanas, ¿Ha tenido (nombre) alguna otra enfermedad como fiebre u otro problema de salud?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																																																																																									
5043	¿Ha estado (nombre) enfermo/enferma con tos en algún momento durante las dos últimas semanas?.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8																																																																																									
5043a	Cuando nombre estaba enfermo con tos ¿él/ella respiraba más rápido que de costumbre con respiraciones cortas y rápidas o tenía dificultad para respirar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																																																																																									
5043b	¿Los síntomas se debieron a problemas en el pecho o nariz tapada?	Problemas en el pecho..... 1 Nariz tapada..... 2 Ambos..... 3 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe..... 8																																																																																									
ENTREVISTADORA: Si responde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en P5042 ó en P5043 <input type="checkbox"/> Si P5042 = 2 u 8 y P5043 = 2 u 8 <input type="checkbox"/> → 5049a																																																																																											
5044	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la enfermedad de (nombre) fuera del hogar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5046																																																																																								
5045	¿Dónde buscó usted atención? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Sector Médico Público</td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Hospital público.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Otro _____</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sector Médico Privado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico).....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada.....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>m. Otro _____</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Otra Fuente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a).....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a).....</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>p. Otro _____</td> <td>1 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	Sector Médico Público		Sí	No	a. Hospital público.....	1 2			b. Policlínica.....	1 2			c. Dispensario público.....	1 2			d. Clínica Rural.....	1 2			e. Botica popular.....	1 2			f. Otro _____	1 2			(Especifique)				Sector Médico Privado				g. Clínica/consultorio.....	1 2			h. Médico privado.....	1 2			i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1 2			j. Promotor privado (visitador a médico).....	1 2			k. Farmacia.....	1 2			l. Botica privada.....	1 2			m. Otro _____	1 2			(Especifique)				Otra Fuente				n. Curandero(a)/brujo(a).....	1 2			o. Pariente o amigo(a).....	1 2			p. Otro _____	1 2			(Especifique)				
Sector Médico Público		Sí	No																																																																																								
a. Hospital público.....	1 2																																																																																										
b. Policlínica.....	1 2																																																																																										
c. Dispensario público.....	1 2																																																																																										
d. Clínica Rural.....	1 2																																																																																										
e. Botica popular.....	1 2																																																																																										
f. Otro _____	1 2																																																																																										
(Especifique)																																																																																											
Sector Médico Privado																																																																																											
g. Clínica/consultorio.....	1 2																																																																																										
h. Médico privado.....	1 2																																																																																										
i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1 2																																																																																										
j. Promotor privado (visitador a médico).....	1 2																																																																																										
k. Farmacia.....	1 2																																																																																										
l. Botica privada.....	1 2																																																																																										
m. Otro _____	1 2																																																																																										
(Especifique)																																																																																											
Otra Fuente																																																																																											
n. Curandero(a)/brujo(a).....	1 2																																																																																										
o. Pariente o amigo(a).....	1 2																																																																																										
p. Otro _____	1 2																																																																																										
(Especifique)																																																																																											

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																		
5046	¿Le dio alguna medicina a (nombre) para tratar la enfermedad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5049a																																																																		
5047	¿Qué medicina le dieron a (nombre)? ENTREVISTADORA ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS MEDICINAS SUMINISTRADAS	Antibióticos..... 1 Paracetamol/Panadol/Acetaminofén..... 2 Aspirina..... 3 Ibuprofén..... 4 Té (tisana)..... 5 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe..... 8	5049a																																																																		
5048	¿Dónde consiguió el antibiótico? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td>Sector Médico Público</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Hospital público.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>Sector Médico Privado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>m. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>Otra Fuente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a).....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>p. Otro _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	Sector Médico Público	Sí	No	a. Hospital público.....	1	2	b. Policlínica.....	1	2	c. Dispensario público.....	1	2	d. Clínica Rural.....	1	2	e. Botica popular.....	1	2	f. Otro _____	1	2	(Especifique)			Sector Médico Privado			g. Clínica/consultorio.....	1	2	h. Médico privado.....	1	2	i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1	2	j. Promotor privado (visitador a médico).....	1	2	k. Farmacia.....	1	2	l. Botica privada.....	1	2	m. Otro _____	1	2	(Especifique)			Otra Fuente			n. Curandero(a)/brujo(a).....	1	2	o. Pariente o amigo(a).....	1	2	p. Otro _____	1	2	(Especifique)			
Sector Médico Público	Sí	No																																																																			
a. Hospital público.....	1	2																																																																			
b. Policlínica.....	1	2																																																																			
c. Dispensario público.....	1	2																																																																			
d. Clínica Rural.....	1	2																																																																			
e. Botica popular.....	1	2																																																																			
f. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Sector Médico Privado																																																																					
g. Clínica/consultorio.....	1	2																																																																			
h. Médico privado.....	1	2																																																																			
i. Dispensario de iglesia u otra entidad.....	1	2																																																																			
j. Promotor privado (visitador a médico).....	1	2																																																																			
k. Farmacia.....	1	2																																																																			
l. Botica privada.....	1	2																																																																			
m. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
Otra Fuente																																																																					
n. Curandero(a)/brujo(a).....	1	2																																																																			
o. Pariente o amigo(a).....	1	2																																																																			
p. Otro _____	1	2																																																																			
(Especifique)																																																																					
5049	¿Cuánto pagó por el antibiótico?	RD\$ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Anote cantidad sin decimales Gratuito..... 1 No sabe/no recuerda..... 8																																																																			
5049a	ENTREVISTADORA: ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LA INFORMANTE RESPONDE A ESTE MODULO? SI <input type="checkbox"/> NO, YA RESPONDIO ANTES <input type="checkbox"/> → 5051																																																																				
5050	¿Cuál o cuales síntomas harían que usted llevara al niño(a) a un centro de salud inmediatamente o a un médico?	a. Si no puede beber o mamar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 b. Si se pone más enfermo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 2 c. Si le da fiebre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 3 d. Si tiene respiración rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 4 e. Otro _____ 5 (Especifique) f. No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8																																																																			

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																
INMUNIZACION																																			
5051	¿Tiene (nombre) una tarjeta de vacunación?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3	5054																																
ENTREVISTADORA: SOLICITE LA TARJETA DE VACUNACION, Y TRANSCRIBA LOS DATOS PERTINENTES																																			
c) PARA CADA VACUNA QUE APAREZCA EN LA TARJETA, TRANSCRIBA LAS FECHAS DE APLICACION d) Anote "44" en la columna de "DIA" si la tarjeta muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación, y deje en blanco las casillas de mes y año.																																			
TIPO VACUNA		FECHAS DE VACUNAS APLICADAS																																	
		1ERA. DOSIS	2DA. DOSIS	3ERA. DOSIS	1ER. REFUERZO	2DO. REFUERZO																													
5052 A BCG	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																															
dd	mm	aa																																	
5052B HEPATITIS B	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052C ANTI-POLIO	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052D PENTAVALENTE (DPT/Hepb + Hib)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052E DPT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052F Hib	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052G SARAMPION	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052H SRP	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052I DT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052J VITAMINA A																																			
5052K OTRA	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5053	<p>ENTREVISTADORA: Para cada vacuna no marcada, formule esta pregunta.</p> <p>Además de las vacunas marcadas en esta tarjeta, ¿Recibió (nombre) la vacuna....(NOMBRE DE LA VACUNA FALTANTE?)</p> <p>En caso de que la persona señala que (nombre) recibió la vacuna, anote "66" en día, y deje en blanco las casillas de mes y año.</p>																																		
	<p>ENTREVISTADORA PASE → 5066a</p>																																		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5054	¿Alguna vez ha recibido (nombre) vacunas para evitar que él/ella se enferme, incluyendo las vacunas recibidas en campañas nacionales de vacunación?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5055	¿Ha recibido (nombre) 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 No sabe..... 8	
5056	¿Ha recibido (nombre) la vacuna hepatitis B es decir, una inyección en el brazo que se le aplica a niños en tres dosis: recién nacido, al mes y a los seis meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5057	¿Recibió (nombre) alguna vacuna en forma de “gotas en la boca” para protegerlo a él/ella de la enfermedad del Polio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5060
5058	¿Cuántos años tenía él/ella cuando le dieron la primera dosis de estas gotas en la boca, justo después del nacimiento (dentro de las dos primeras semanas) o más tarde?	Justo después que nació 1 Dentro de las dos primeras semanas..... 2 Más tarde..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
5059	¿Cuántas veces le dieron esas gotas a él/ella?	Número de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5060	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “PENTAVALENTE (DPT/HEPB+HIB)”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Tétano, Tosferina, Difteria?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5062
5061	¿Cuántas veces le pusieron esas vacunas inyectadas?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5062	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “DPT”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Difteria, Tosferina y Tétano, (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5063	A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “HIB”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Meningitis (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5064	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas contra el Sarampión”, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro a la edad de nueve meses o más para protegerlo(la) del Sarampión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5065	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas “SRP” contra Sarampión Rubéola y Papera”, es decir, una inyección en el brazo a la edad de doce meses la primera dosis y la segunda a los seis años de edad o más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																
5066	<p>Por favor dígame si (nombre) ha recibido en alguna vacuna en días de Campaña de vacunación de los años: POLIO/SARAMPION EN 2004 POLIO SARAMPION EN 2005</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>a. Campaña Vac. 2004.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>b. Campaña Vac. 2005.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		Sí	No	NS	a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8	b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																					
	Sí	No	NS																																																
a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8																																																
b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																																
5066a	<p>VERIFIQUE LA EDAD P2004 TIENE DE 2 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	<p>MENOR DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	<p>→5071</p>																																																
TRATO FISICO Y PSICOLOGICO																																																			
5067	<p>Cuando (nombre) hace algo incorrecto, se porta mal o hace algo que a usted le molesta, ¿Qué hace usted?</p> <p>LEERLE LAS ALTERNATIVAS</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2	i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2	j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			
	Sí	No																																																	
a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2																																																	
i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2																																																	
j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
x. Otro _____	1	2																																																	
(Especifique)																																																			
5068	<p>¿Cuál de esos métodos emplea con mayor frecuencia con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> </table>	Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8	Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11	Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12	Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13	Otro _____	96																					
Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		
Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6																																																		
Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7																																																		
Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8																																																		
Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9																																																		
Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10																																																		
Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11																																																		
Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12																																																		
Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13																																																		
Otro _____	96																																																		
5069	<p>¿Podría decirme con qué frecuencia le da resultado ese método con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Nunca <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Rara vez <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>A veces <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																							
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5070	Quando (nombre) se porta bien, ¿qué hace usted regularmente?	a. Le felicita..... 1 b. Le lleva a pasear..... 2 c. Le compra algo material..... 3 d. Le deja hacer lo que mas le gusta..... 4 e. Le abraza..... 5 f. Nada..... 6 x. Otros _____ 7 (Especifique)	
5070a	¿Cree usted que para criar y educar a (nombre) apropiadamente, usted necesita castigarle físicamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

DISCAPACIDAD

5071	¿Tiene (nombre) alguno de los siguientes problemas? ENTREVISTADORA: LEERLE LAS ALTERNATIVAS			5072. ¿Cuál fue la causa de ese problema?	
		Sí	No	No sabe	Anote el código
	a. Ciego(a) de un ojo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	b. Ciego(a) de los dos ojos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	c. Dificultad para ver, incluso en el día o en la noche.....	1	2	8	<input type="text"/>
	d. Sordo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	e. Escucha con dificultad, para oír usa audífonos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	f. Mudo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	g. Comparado con otros niños(as) no es lo suficientemente claro(a) para hacerse entender por otras personas diferentes a la familia cercana.....	1	2	8	<input type="text"/>
	h. Tiene limitación permanente para mover alguna de las manos o antebrazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	i. Tiene limitación permanente para mover alguno de los brazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	j. Cuando le dicen algo, él/ella parece entender lo que se le está diciendo	1	2	8	<input type="text"/>
	k. Algunas veces tiene ataques, se pone rígido(a) o pierde la conciencia...	1	2	8	<input type="text"/>
	l. Aprende a hacer las cosas como los otros niños(as) de su edad.....	1	2	8	<input type="text"/>
	m. Comparado con otros niños(as) de su misma edad, parece tener alguna forma de retardo mental o es más lento.....	1	2	8	<input type="text"/>
	n. Autismo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	o. Parálisis cerebral.....	1	2	8	<input type="text"/>
	x. Otra limitación _____	1	2	8	<input type="text"/>
	(Especifique)				
	p. No tiene ninguna limitación.....	1	2	8	<input type="text"/>
CODIGOS DE CAUSAS					
	Nació así□□□.□□□□□□□□□□... 01				
	Enfermedad durante su crecimiento□□□.. 02				
	Violencia o abuso□□□□□□□□□□.. 03				
	Accidente de Bicicleta /motocicleta□□□.. 04				
	Accidente de otro vehículo de motor□□□. 05				
	Accidente laboral□□.□□□□□□□□ 06				
	Otro accidente no laboral□□□□..... 07				
	Balas perdidas□□□..□□□□□□□□ 08				
	Otro _____ 09				
	(Especifique)				
	No sabe□□□□□□□□□□.□□□□□ 10				

→ 5076

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5073	¿(Nombre) requiere asistencia o ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades?	a. Alimentarse..... 01 b. Asearse, bañarse, ir al baño..... 02 c. Movilizarse, usar transporte..... 03 d. Comunicarse con otras personas..... 04 e. Trabajar..... 05 f. Salir del hogar..... 06 g. Estudiar..... 07 h. No requiere ningún tipo de asistencia..... 08 x. Otro_____ 09 (Especifique)	
5074	¿Ha asistido (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
5075	¿Asiste actualmente (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																																												
USO DEL TIEMPO																																																																																																															
ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE (P2004). MENOR DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sección de antropometría P5085 5 A 9 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5077 10 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓																																																																																																															
5076	ENTREVISTADORA SI TIENE DE 10 A 17 AÑOS VERIFIQUE: P2035 = 1 ó P2036 = 1 ó P2038 = 1	SI NINGUN <input type="checkbox"/> 1 EN P2035, P2036 Y P2038 <input type="checkbox"/> → 5081 <input type="checkbox"/>																																																																																																													
5077	En los últimos siete días ¿realizó (nombre) alguna actividad para conseguir dinero, alimentos o algún pago en especie?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> 8	5082																																																																																																												
5078	¿Qué tipo de actividad o actividades realizó (nombre)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No Pase a siguiente actividad</th> <th>No sabe Pase a siguiente actividad</th> <th>5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8</th> <th>5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Preparar comidas/bebidas u otros producto</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Vender comidas/bebidas u otros productos</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. Escolta de niños para la escuela o guardería</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. Escolta de adultos para actividades varias ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. Cuidar animales <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.. 1</td><td>2</td><td></td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>x. Otro _____ Especifique</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998	a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1	2		8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998																																																																																																										
a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 1	2		8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
5081	¿Para quien realizó esa actividad (nombre) fundamentalmente?	Familiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 Amigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 Otras _____ (Especifique)	3																																																																																																												

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS				PASE A						
5082	<p>¿Durante la semana pasada hizo (nombre) alguna de las siguientes actividades para la casa?</p> <p>LEERLE LAS ALTERNATIVAS</p> <table border="1" data-bbox="818 432 1175 578"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Pase a siguiente actividad</td> <td>Pase a siguiente actividad</td> </tr> </thead> </table>	SÍ	No	No sabe		Pase a siguiente actividad	Pase a siguiente actividad	5083¿Cuántos días en la semana dedica a esta actividad	5084¿Cuántas horas en la semana dedica normalmente a esta actividad?	Si no sabe anote 8	Si no sabe anote 998	
SÍ	No	No sabe										
	Pase a siguiente actividad	Pase a siguiente actividad										
	a. Preparar comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	b. Vender comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	c. Limpieza de casas.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	d. Lavado o planchado de ropa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	e. Cuidado de niños o ancianos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	f. Escolta de niños para la escuela o guardería.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	g. Escolta de adultos para actividades varias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	i. Cuidar animales.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	j. Trabajar en construcción, mantenimiento de una casa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	k. Acarreo de agua.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	m. Limpiar zapatos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	n. Labores agrícolas o pecuarias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	o. Ninguna actividad.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																						
5085	<p>¿Cuántas horas a la semana dedica (nombre) a:</p> <p>LEER LAS ALTERNATIVAS</p> <p>SI NO SABE ANOTE 998</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="933 326 1643 372"></th> <th data-bbox="1647 326 1749 372">Horas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Asistencia a clase?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Leer libros?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Leer periódicos?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h. Ver televisión?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i. Ver programas de videos?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j. Escuchar música?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>k. Uso de computadora?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>l. Uso de Internet?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>m. Visitar la biblioteca?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>n. Horas de sueño en la noche?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>o. Horas de sueño en el día?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>p. Participar en actividades religiosas?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>q. Practicar deportes?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>r. Estar con los amigos en la calle?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		Horas	a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>	b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>	c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>	d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>	e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>	f. Leer libros?.....	<input type="text"/>	g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>	h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>	i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>	j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>	k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>	l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>	m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>	n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>	o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>	p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>	q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>	r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>	
	Horas																																								
a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>																																								
b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>																																								
c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>																																								
d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>																																								
e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>																																								
f. Leer libros?.....	<input type="text"/>																																								
g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>																																								
h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>																																								
i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>																																								
j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>																																								
k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>																																								
l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>																																								
m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>																																								
n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>																																								
o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>																																								
p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>																																								
q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>																																								
r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>																																								

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
ANTROPOMETRIA (Para niños(as) menores de 5 años)											
5086	No de línea madre o tutora _____ No de línea Niño(a) _____	a. No de línea de la madre o tutora..... <input type="text"/> <input type="text"/> b. No de línea del niño (a)..... <input type="text"/> <input type="text"/>									
Después que los módulos para todos (as) los(as) niños(as) del hogar donde se está realizando la entrevista estén completos, la supervisora de antropometría pesa y mide a cada niño(a). Anote el peso y la estatura/talla debajo, asegurándose de anotar las medidas en el módulo correcto para cada niño(a). Verifique el nombre del niño(a) y el número de línea del listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.											
5087	Peso del niño(a)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Kilogramos (Kg.)</td> <td style="text-align: center;">Gramos</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">.</td> </tr> </table>	Kilogramos (Kg.)		Gramos			.			
Kilogramos (Kg.)		Gramos									
		.									
5088	Talla del niño(a) ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO(A) Niño(a) menores de 2 años: MEDIR ACOSTADO Niño(a) 2 años o más: MEDIR PARADO	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Centímetros</td> <td style="text-align: center;">Milímetros</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">.</td> </tr> </table>	Centímetros			Milímetros				.	
Centímetros			Milímetros								
			.								
5089	CODIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE MIDIO	CODIGO _____ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>									
5090	ENTREVISTADORA: ¿HAY OTRO(A) NIÑO(A) EN ESTE HOGAR QUE SEA ELEGIBLE PARA SER MEDIDO? SI _____ MIDA Y ANOTE LAS MEDIDAS PARA EL PROXIMO NIÑO(A) NO _____ FIN DE LA ENTREVISTA										
5091	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7									

La información debe ser proporcionada por la madre, el padre o el tutor
Llene las preguntas del Módulo V para cada una de las personas menores de 18 años elegibles en este hogar

UPM.....

No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA

No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO

ZONA. 1 Urbano

2 Rural

ESTRATOS. 1 Distrito y Santo Domingo

2 Grandes Ciudades

3 Resto Urbano

4 Rural

Menor de 18 años <input type="text"/>	Total de elegibles <input type="text"/>
--	--

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
5001	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS A QUIEN CORRESPONDE LA INFORMACION	Nombre..... No. línea <input type="text"/> No hay menor de 18 años elegible..... 97 →	FIN DE LA ENTREVISTA
5002	Anote el nombre y número de línea de la madre o tutor(a) o de quien dé la información _____	<input type="text"/>	

ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE P2004

MENOR DE 5 AÑOS

↓

5 A 17 AÑOS

→

5067

5003	¿En qué año y mes nació él(la) niño(a)?	Fecha de nacimiento: a. Año..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda..... 9998 b. Mes..... <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98	
5004	¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	Edad..... <input type="text"/>	
5005	¿(Nombre) tiene Acta de Nacimiento (está declarado)?	Sí, vista..... 1 Sí, no vista..... 2 No 3 No sabe..... 8	5007 →
5006	¿Por qué no ha sido registrado (a)?	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 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe como registrarlo..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5007	¿Asiste (nombre) al jardín infantil, guardería, o algún programa de aprendizaje temprano?,	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5009															
5008	En los últimos siete días, ¿aproximadamente cuántas horas asistió (nombre) a ese programa?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5009	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le leyó cuentos, libros o historias a (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5012															
5010	¿Aproximadamente cuántas horas le leyeron cuentos, libros, o historias a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5011	¿Quién o quienes le leyeron cuentos, libros o historias a (nombre)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5012	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años le cantó canciones a (nombre):	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5015															
5013	¿Aproximadamente cuántas horas le cantaron canciones a (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5014	¿Quién o quienes le cantaron canciones?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5015	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años sacó a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} 5018															
5016	¿Aproximadamente cuántas horas?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5017	¿Quién o quienes sacaron a pasear a (nombre) fuera de la casa, recinto o patio?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
5018	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años jugó con (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5021															
5019	¿Aproximadamente cuántas horas jugaron con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5020	¿Quién o quienes jugaron con (nombre)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Madre.....	1	2	b. Padre.....	1	2	d. Hermano(a).....	1	2	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
a. Madre.....	1	2																
b. Padre.....	1	2																
d. Hermano(a).....	1	2																
x. Otro _____ (Especifique)	1	2																
5021	En los pasados tres días, ¿usted o alguien del hogar mayor de 15 años pasó tiempo con (nombre), contándole cosas y/o haciendo dibujos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5024															
5022	¿Aproximadamente cuántas horas pasaron contándole cosas y/o haciendo dibujos con (nombre) en esos tres días?	Número de horas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																
5023	¿Quién o quienes pasaron tiempo con (nombre) contándole cosas y/o haciendo dibujos?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Padre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Hermano(a).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Otro _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Madre.....	1	2	Padre.....	1	2	Hermano(a).....	1	2	Otro _____ (Especifique)	1	2	
	Sí	No																
Madre.....	1	2																
Padre.....	1	2																
Hermano(a).....	1	2																
Otro _____ (Especifique)	1	2																
VITAMINA "A"																		
5024	¿Le han dado alguna vez a (nombre) una cápsula (suplemento) de vitamina A como ésta? Muestre la cápsula o dispensador de las diferentes dosis. 100.000 UI. para edades de 6 a 11 meses. 200.000 UI. para edades de 12-59 meses.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5027															
5025	¿Hace cuánto tiempo que (nombre) se tomó la última dosis?	Está tomando actualmente..... 00 No. de días..... <input type="text"/> <input type="text"/> No. de meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / no recuerda 98																
5026	¿Dónde consiguió para (nombre) esa última dosis? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Comprado en farmacia..... 1 En visita rutinaria a centro de salud..... 2 Visita de niño(a) enfermo a centro de salud..... 3 Día de Campaña Nacional de Vacunación..... 4 Otro _____ 5 (Especifique) No sabe..... 8																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																								
	ENTREVISTADORA: VERIFIQUE P5032d LE DIERON SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL <input type="checkbox"/>	NO LE DIERON SUERO DE REHIDRATACION ORAL	<input type="checkbox"/> 5035																																																																																								
5033	¿Dónde consiguió el SRO (suero de rehidratación oral) para tratar la diarrea del niño(a)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Sector Médico Público</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Hospital público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Policlínica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Dispensario público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. Clínica Rural</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Botica popular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Otro</td> <td>_____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sector Médico Privado</td> </tr> <tr> <td>g. Clínica/consultorio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h. Médico privado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i. Dispensario de iglesia u otra entidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j. Promotor privado (visitador a médico)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>k. Farmacia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>l. Botica privada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>m. Otro</td> <td>_____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Otra Fuente</td> </tr> <tr> <td>n. Curandero(a)/brujo(a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>o. Pariente o amigo(a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>p. Otro</td> <td>_____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	Sector Médico Público		Sí	No	a. Hospital público	<input type="checkbox"/>	1	2	b. Policlínica	<input type="checkbox"/>	1	2	c. Dispensario público	<input type="checkbox"/>	1	2	d. Clínica Rural	<input type="checkbox"/>	1	2	e. Botica popular	<input type="checkbox"/>	1	2	f. Otro	_____	1	2	(Especifique)				Sector Médico Privado				g. Clínica/consultorio	<input type="checkbox"/>	1	2	h. Médico privado	<input type="checkbox"/>	1	2	i. Dispensario de iglesia u otra entidad	<input type="checkbox"/>	1	2	j. Promotor privado (visitador a médico)	<input type="checkbox"/>	1	2	k. Farmacia	<input type="checkbox"/>	1	2	l. Botica privada	<input type="checkbox"/>	1	2	m. Otro	_____	1	2	(Especifique)				Otra Fuente				n. Curandero(a)/brujo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2	o. Pariente o amigo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2	p. Otro	_____	1	2	(Especifique)				
Sector Médico Público		Sí	No																																																																																								
a. Hospital público	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
b. Policlínica	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
c. Dispensario público	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
d. Clínica Rural	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
e. Botica popular	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
f. Otro	_____	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
Sector Médico Privado																																																																																											
g. Clínica/consultorio	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
h. Médico privado	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
i. Dispensario de iglesia u otra entidad	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
j. Promotor privado (visitador a médico)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
k. Farmacia	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
l. Botica privada	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
m. Otro	_____	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
Otra Fuente																																																																																											
n. Curandero(a)/brujo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
o. Pariente o amigo(a)	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																																								
p. Otro	_____	1	2																																																																																								
(Especifique)																																																																																											
5034	¿Cuánto pagó por el SRO (suero de rehidratación oral)?	RD\$ _____ <input type="text"/> Anote cantidad redondeada sin decimales Gratuito <input type="checkbox"/> 1 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> 8																																																																																									
5035	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea, ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	<table border="0"> <tr> <td>Mucho menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Más</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nada de líquido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </table>	Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1	Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2	La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3	Más	<input type="checkbox"/>	4	Nada de líquido	<input type="checkbox"/>	5	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																							
Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1																																																																																									
Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2																																																																																									
La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3																																																																																									
Más	<input type="checkbox"/>	4																																																																																									
Nada de líquido	<input type="checkbox"/>	5																																																																																									
No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																																									
5036	Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea. ¿Le dio la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dio más o le dio menos? Si menos, indague: ¿Le dio mucho menos alimentos de lo que le daba o un poco menos?	<table border="0"> <tr> <td>Mucho menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Un poco menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La misma cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Más cantidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nada de comer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No sabe/no recuerda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </table>	Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1	Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2	La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3	Más cantidad	<input type="checkbox"/>	4	Nada de comer	<input type="checkbox"/>	5	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																							
Mucho menos	<input type="checkbox"/>	1																																																																																									
Un poco menos	<input type="checkbox"/>	2																																																																																									
La misma cantidad	<input type="checkbox"/>	3																																																																																									
Más cantidad	<input type="checkbox"/>	4																																																																																									
Nada de comer	<input type="checkbox"/>	5																																																																																									
No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/>	8																																																																																									

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5037	La última vez que (nombre) hizo caca, ¿Qué hizo para deshacerse de los excrementos (caca)?	El niño(a) usó el inodoro/letrina..... 01 La botó en el inodoro o letrina..... 02 La botó en el desagüe o zanja..... 03 La tiró a la basura (desperdicio sólido)..... 04 La enterró..... 05 La dejó en el suelo..... 06 Otro _____ 96 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 98	
5038	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea fuera del hogar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 5040
5039	¿Dónde buscó usted atención? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Sector Médico Público a. Hospital público..... 1 2 b. Policlínica..... 1 2 c. Dispensario público..... 1 2 d. Clínica Rural..... 1 2 e. Botica popular..... 1 2 f. Otro _____ 1 2 (Especifique) Sector Médico Privado g. Clínica/consultorio..... 1 2 h. Médico privado..... 1 2 i. Dispensario de iglesia u otra entidad..... 1 2 j. Promotor privado (visitador a médico)..... 1 2 k. Farmacia..... 1 2 l. Botica privada..... 1 2 m. Otro _____ 1 2 (Especifique) Otra Fuente n. Curandero(a)/brujo(a)..... 1 2 o. Pariente o amigo(a)..... 1 2 p. Otro _____ 1 2 (Especifique)	
5040	¿Le dio alguna medicina a (nombre) para tratar la diarrea?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	} 5042
5041	¿Qué medicina le dieron a (nombre) ENTREVISTADORA: ANOTE LAS MEDICINAS QUE DECLARE LA MADRE EN OTROS.	Antibióticos..... 1 Otro(a) _____ 2 (Especifique) No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES			
5042	Durante las últimas dos semanas, ¿Ha tenido (nombre) alguna otra enfermedad como fiebre u otro problema de salud?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
5043	¿Ha estado (nombre) enfermo/enferma con tos en algún momento durante las dos últimas semanas?.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
5043a	Cuando nombre estaba enfermo con tos ¿él/ella respiraba más rápido que de costumbre con respiraciones cortas y rápidas o tenía dificultad para respirar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5043b	¿Los síntomas se debieron a problemas en el pecho o nariz tapada?	Problemas en el pecho..... 1 Nariz tapada..... 2 Ambos..... 3 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe..... 8	
<p>ENTREVISTADORA: Si responde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en P5042 ó en P5043 <input type="checkbox"/> Si P5042 = 2 u 8 y P5043 = 2 u 8 <input type="checkbox"/> → 5049a</p>			
5044	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la enfermedad de (nombre) fuera del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . 1 No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 No sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8	} 5046
5045	¿Dónde buscó usted atención? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	<p>Sector Médico Público</p> <p>a. Hospital público <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.. 1 2</p> <p>b. Policlínica <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.. 1 2</p> <p>c. Dispensario público..... 1 2</p> <p>d. Clínica Rural <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 1 2</p> <p>e. Botica popular <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>f. Otro _____ 1 2 (Especifique)</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>g. Clínica/consultorio <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.. 1 2</p> <p>h. Médico privado <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>... 1 2</p> <p>i. Dispensario de iglesia u otra entidad <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 1 2</p> <p>j. Promotor privado (visitador a médico) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>k. Farmacia <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>l. Botica privada <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>m. Otro _____ 1 2 (Especifique)</p> <p>Otra Fuente</p> <p>n. Curandero(a)/brujo(a) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>o. Pariente o amigo(a) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. 1 2</p> <p>p. Otro _____ 1 2 (Especifique)</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5046	¿Le dio alguna medicina a (nombre) para tratar la enfermedad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	5049a
5047	¿Qué medicina le dieron a (nombre)? ENTREVISTADORA ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS MEDICINAS SUMINISTRADAS	Antibióticos..... 1 Paracetamol/Panadol/Acetaminofén..... 2 Aspirina..... 3 Ibuprofén..... 4 Té (tisana)..... 5 Otro _____ 6 (Especifique) No sabe..... 8	5049a
5048	¿Dónde consiguió el antibiótico? LEERLE LAS ALTERNATIVAS	Sector Médico Público a. Hospital público..... 1 2 b. Policlínica..... 1 2 c. Dispensario público..... 1 2 d. Clínica Rural..... 1 2 e. Botica popular..... 1 2 f. Otro _____ 1 2 (Especifique) Sector Médico Privado g. Clínica/consultorio..... 1 2 h. Médico privado..... 1 2 i. Dispensario de iglesia u otra entidad..... 1 2 j. Promotor privado (visitador a médico)..... 1 2 k. Farmacia..... 1 2 l. Botica privada..... 1 2 m. Otro _____ 1 2 (Especifique) Otra Fuente n. Curandero(a)/brujo(a)..... 1 2 o. Pariente o amigo(a)..... 1 2 p. Otro _____ 1 2 (Especifique)	
5049	¿Cuánto pagó por el antibiótico?	RD\$ <input type="text"/> Anote cantidad sin decimales Gratuito..... 1 No sabe/no recuerda..... 8	
5049a	ENTREVISTADORA: ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LA INFORMANTE RESPONDE A ESTE MODULO? SI <input type="checkbox"/> NO, YA RESPONDIO ANTES <input type="checkbox"/> → 5051		
5050	¿Cuál o cuales síntomas harían que usted llevara al niño(a) a un centro de salud inmediatamente o a un médico?	a. Si no puede beber o mamar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 b. Si se pone más enfermo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 2 c. Si le da fiebre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 3 d. Si tiene respiración rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .. 4 e. Otro _____ 5 (Especifique) f. No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																
INMUNIZACION																																			
5051	¿Tiene (nombre) una tarjeta de vacunación?	Sí (Tarjeta vista)..... 1 Sí (Tarjeta no vista)..... 2 No tiene tarjeta..... 3	5054																																
ENTREVISTADORA: SOLICITE LA TARJETA DE VACUNACION, Y TRANSCRIBA LOS DATOS PERTINENTES																																			
e) PARA CADA VACUNA QUE APAREZCA EN LA TARJETA, TRANSCRIBA LAS FECHAS DE APLICACION f) Anote "44" en la columna de "DIA" si la tarjeta muestra que una vacuna fue aplicada pero no presenta una fecha de aplicación, y deje en blanco las casillas de mes y año.																																			
TIPO VACUNA		FECHAS DE VACUNAS APLICADAS																																	
		1ERA. DOSIS	2DA. DOSIS	3ERA. DOSIS	1ER. REFUERZO	2DO. REFUERZO																													
5052 A BCG	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																															
dd	mm	aa																																	
5052B HEPATITIS B	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052C ANTI-POLIO	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052D PENTAVALENTE (DPT/Hepb + Hib)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052E DPT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052F Hib	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052G SARAMPION	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052H SRP	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa																								
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052I DT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5052J VITAMINA A																																			
5052K OTRA	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dd	mm	aa			
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
dd	mm	aa																																	
5053	ENTREVISTADORA: Para cada vacuna no marcada, formule esta pregunta. Además de las vacunas marcadas en esta tarjeta, ¿Recibió (nombre) la vacuna....(NOMBRE DE LA VACUNA FALTANTE?) En caso de que la persona señala que (nombre) recibió la vacuna, anote "66" en día, y deje en blanco las casillas de mes y año.																																		
	ENTREVISTADORA PASE → 5066a																																		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5054	¿Alguna vez ha recibido (nombre) vacunas para evitar que él/ella se enferme, incluyendo las vacunas recibidas en campañas nacionales de vacunación?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5055	¿Ha recibido (nombre) 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 No sabe..... 8	
5056	¿Ha recibido (nombre) la vacuna hepatitis B es decir, una inyección en el brazo que se le aplica a niños en tres dosis: recién nacido, al mes y a los seis meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5057	¿Recibió (nombre) alguna vacuna en forma de “gotas en la boca” para protegerlo a él/ella de la enfermedad del Polio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5060
5058	¿Cuántos años tenía él/ella cuando le dieron la primera dosis de estas gotas en la boca, justo después del nacimiento (dentro de las dos primeras semanas) o más tarde?	Justo después que nació 1 Dentro de las dos primeras semanas..... 2 Más tarde..... 3 No sabe/no recuerda..... 8	
5059	¿Cuántas veces le dieron esas gotas a él/ella?	Número de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5060	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “PENTAVALENTE (DPT/HEPB+HIB)”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Tétano, Tosferina, Difteria?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} P5062
5061	¿Cuántas veces le pusieron esas vacunas inyectadas?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/no recuerda..... 98	
5062	¿A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “DPT”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Difteria, Tosferina y Tétano, (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5063	A (nombre) alguna vez le han aplicado “vacunas inyectadas “HIB”, es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para evitar que él/ella le de Meningitis (algunas veces se aplica junto con la del Polio)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5064	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas contra el Sarampión”, es decir, una inyección en el brazo o en el hombro a la edad de nueve meses o más para protegerlo(la) del Sarampión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
5065	¿Alguna vez le han aplicado a (nombre) “vacunas inyectadas “SRP” contra Sarampión Rubéola y Papera”, es decir, una inyección en el brazo a la edad de doce meses la primera dosis y la segunda a los seis años de edad o más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																
5066	<p>Por favor dígame si (nombre) ha recibido en alguna vacuna en días de Campaña de vacunación de los años: POLIO/SARAMPION EN 2004 POLIO SARAMPION EN 2005</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>a. Campaña Vac. 2004.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>b. Campaña Vac. 2005.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		Sí	No	NS	a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8	b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																					
	Sí	No	NS																																																
a. Campaña Vac. 2004.....	1	2	8																																																
b. Campaña Vac. 2005.....	1	2	8																																																
5066a	<p>VERIFIQUE LA EDAD P2004 TIENE DE 2 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	<p>MENOR DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/></p>	<p>→5071</p>																																																
TRATO FISICO Y PSICOLOGICO																																																			
5067	<p>Cuando (nombre) hace algo incorrecto, se porta mal o hace algo que a usted le molesta, ¿Qué hace usted?</p> <p>LEERLE LAS ALTERNATIVAS</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>x. Otro _____</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="943 1641 1729 1681" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2	i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2	j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	x. Otro _____	1	2	(Especifique)			
	Sí	No																																																	
a. Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
b. Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
c. Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
d. Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
e. Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
g. Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
h. Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas	1	2																																																	
i. Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente)	1	2																																																	
j. Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
k. Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
l. Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
f. Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2																																																	
x. Otro _____	1	2																																																	
(Especifique)																																																			
5068	<p>¿Cuál de esos métodos emplea con mayor frecuencia con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Le deja sin comida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/>.. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> </table>	Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8	Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11	Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12	Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13	Otro _____	96																					
Lo(a) sacude o jamaquea a él/ella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Le regaña verbalmente/le da boches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
Le pone a hacer algo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Le da nalgadas con las manos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Le golpea con una correa, con una vara o algún otro objeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		
Le insulta diciéndole cosas como haragán o poniéndole sobrenombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6																																																		
Le da galletas por la cara, la cabeza u oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7																																																		
Le golpea/palmea por las manos, brazos o piernas <input type="checkbox"/>	8																																																		
Le golpea con instrumentos como palos, hierros u otros (más de una vez y en forma contundente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9																																																		
Le deja sin comida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10																																																		
Le corta los ojos (lo mira mal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11																																																		
Le prohíbe su actividad favorita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12																																																		
Lo(a) aconseja <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13																																																		
Otro _____	96																																																		
5069	<p>¿Podría decirme con qué frecuencia le da resultado ese método con (nombre)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Nunca <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Rara vez <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>A veces <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Siempre <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																							
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1																																																		
Rara vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2																																																		
A veces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3																																																		
Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4																																																		
Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5																																																		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5070	Quando (nombre) se porta bien, ¿qué hace usted regularmente?	a. Le felicita..... 1 b. Le lleva a pasear..... 2 c. Le compra algo material..... 3 d. Le deja hacer lo que mas le gusta..... 4 e. Le abraza..... 5 f. Nada..... 6 x. Otros _____ 7 (Especifique)	
5070a	¿Cree usted que para criar y educar a (nombre) apropiadamente, usted necesita castigarle físicamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

DISCAPACIDAD

5071	¿Tiene (nombre) alguno de los siguientes problemas? ENTREVISTADORA: LEERLE LAS ALTERNATIVAS			5072. ¿Cuál fue la causa de ese problema?	
		Sí	No	No sabe	Anote el código
	a. Ciego(a) de un ojo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	b. Ciego(a) de los dos ojos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	c. Dificultad para ver, incluso en el día o en la noche.....	1	2	8	<input type="text"/>
	d. Sordo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	e. Escucha con dificultad, para oír usa audífonos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	f. Mudo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	g. Comparado con otros niños(as) no es lo suficientemente claro(a) para hacerse entender por otras personas diferentes a la familia cercana.....	1	2	8	<input type="text"/>
	h. Tiene limitación permanente para mover alguna de las manos o antebrazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	i. Tiene limitación permanente para mover alguno de los brazos.....	1	2	8	<input type="text"/>
	j. Cuando le dicen algo, él/ella parece entender lo que se le está diciendo	1	2	8	<input type="text"/>
	k. Algunas veces tiene ataques, se pone rígido(a) o pierde la conciencia...	1	2	8	<input type="text"/>
	l. Aprende a hacer las cosas como los otros niños(as) de su edad.....	1	2	8	<input type="text"/>
	m. Comparado con otros niños(as) de su misma edad, parece tener alguna forma de retardo mental o es más lento.....	1	2	8	<input type="text"/>
	n. Autismo.....	1	2	8	<input type="text"/>
	m. Parálisis cerebral.....	1	2	8	<input type="text"/>
	n. Otra limitación _____	1	2	8	<input type="text"/>
	(Especifique)				
	m. No tiene ninguna limitación.....	1	2	8	<input type="text"/>
CODIGOS DE CAUSAS					
	Nació así□□□.□□□□□□□□□□... 01				Accidente laboral□□.□□□□□□□□ 06
	Enfermedad durante su crecimiento□□□.. 02				Otro accidente no laboral□□□□..... 07
	Violencia o abuso□□□□□□□□□□.. 03				Balas perdidas□□□..□□□□□□□□ 08
	Accidente de Bicicleta /motocicleta□□□.. 04				Otro _____ 09
	Accidente de otro vehículo de motor□□□. 05				(Especifique)
					No sabe□□□□□□□□□□.□□□□□ 10

→ 5076

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5073	¿(Nombre) requiere asistencia o ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades?	a. Alimentarse..... 01 b. Asearse, bañarse, ir al baño..... 02 c. Movilizarse, usar transporte..... 03 d. Comunicarse con otras personas..... 04 e. Trabajar..... 05 f. Salir del hogar..... 06 g. Estudiar..... 07 h. No requiere ningún tipo de asistencia..... 08 x. Otro _____ 09 (Especifique)	
5074	¿Ha asistido (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8	
5075	¿Asiste actualmente (nombre) a alguna escuela especial debido a su discapacidad?	Sí..... 1 No..... 2	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																																															
USO DEL TIEMPO																																																																																																																		
ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL ELEGIBLE (P2004). MENOR DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sección de antropometría P5085 5 A 9 AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5077 10 A 17 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓																																																																																																																		
5076	ENTREVISTADORA SI TIENE DE 10 A 17 AÑOS VERIFIQUE: P2035 = 1 ó P2036 = 1 ó P2038 = 1 <input type="checkbox"/> → 5081 SI NINGUN <input type="checkbox"/> 1 EN P2035, P2036 Y P2038 <input type="checkbox"/> 																																																																																																																	
5077	En los últimos siete días ¿realizó (nombre) alguna actividad para conseguir dinero, alimentos o algún pago en especie?	Sí <input type="checkbox"/> ... 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no recuerda <input type="checkbox"/> 8	} 5082																																																																																																															
5078	¿Qué tipo de actividad o actividades realizó (nombre)? LEERLE LAS ALTERNATIVAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3"></th> <th rowspan="2">5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8</th> <th rowspan="2">5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998</th> </tr> <tr> <th>Sí</th> <th>No Pase a siguiente actividad</th> <th>No sabe Pase a siguiente actividad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Preparar comidas/bebidas u otros producto</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Vender comidas/bebidas u otros productos</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Escolta de niños para la escuela o guardería</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Escolta de adultos para actividades varias ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i. Cuidar animales <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/> 1</td><td>2</td><td>8</td><td></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/>...<input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>x. Otro _____ Especifique</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>							5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998	Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> 1	2	8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					5079 ¿Cuántos días de la semana dedica (nombre) normalmente a esas actividades? Si no sabe anote 8	5080. ¿Cuántas horas en total dedicó (nombre) a esa actividad durante esos 7 días? Si no sabe anote 998																																																																																																												
	Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad																																																																																																															
a. Preparar comidas/bebidas u otros producto	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
b. Vender comidas/bebidas u otros productos	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
c. Limpieza de casas <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
d. Lavado o planchado de ropa <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
e. Cuidado de niños o ancianos <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
f. Escolta de niños para la escuela o guardería	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
g. Escolta de adultos para actividades varias ..	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
i. Cuidar animales <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> 1	2	8		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
j. Trabajar en construcción, mantenimiento dentro de una casa <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
k. Acarreo de agua <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
m. Lavar carros, motocicletas, limpiar vidrios	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
n. Motoconchista, cobrador de guagua <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
o. Limpiar zapatos <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
p. Labores agrícolas o pecuarias <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
x. Otro _____ Especifique	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																													
5081	¿Para quien realizó esa actividad (nombre) fundamentalmente?	Familiar <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> 1 Amigo <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> 2 Otras _____ 3 (Especifique)																																																																																																																

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			PASE A	
5082	¿Durante la semana pasada hizo (nombre) alguna de las siguientes actividades para la casa?	LEERLE LAS ALTERNATIVAS			5083¿Cuántos días en la semana dedica a esta actividad	5084¿Cuántas horas en la semana dedica normalmente a esta actividad?
		Sí	No Pase a siguiente actividad	No sabe Pase a siguiente actividad	Si no sabe anote 8	Si no sabe anote 998
	a. Preparar comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b. Vender comidas/bebidas u otros productos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c. Limpieza de casas.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	d. Lavado o planchado de ropa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e. Cuidado de niños o ancianos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	f. Escolta de niños para la escuela o guardería.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	g. Escolta de adultos para actividades varias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	h. Desyerbar, cargar agua o mojar la tierra en el jardín.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	i. Cuidar animales.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	j. Trabajar en construcción, mantenimiento de una casa.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	k. Acarreo de agua.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	l. Trabajar en acarreo, empaque o almacén.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	m. Limpiar zapatos.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	n. Labores agrícolas o pecuarias.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	x. Otro _____ (Especifique)	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	o. Ninguna actividad.....	1	2	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																						
5085	<p>¿Cuántas horas a la semana dedica (nombre) a:</p> <p>LEER LAS ALTERNATIVAS</p> <p>SI NO SABE ANOTE 998</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="933 326 1643 372"></th> <th data-bbox="1647 326 1749 372">Horas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Asistencia a clase?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Leer libros?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Leer periódicos?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h. Ver televisión?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i. Ver programas de videos?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j. Escuchar música?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>k. Uso de computadora?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>l. Uso de Internet?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>m. Visitar la biblioteca?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>n. Horas de sueño en la noche?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>o. Horas de sueño en el día?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>p. Participar en actividades religiosas?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>q. Practicar deportes?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>r. Estar con los amigos en la calle?.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		Horas	a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>	b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>	c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>	d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>	e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>	f. Leer libros?.....	<input type="text"/>	g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>	h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>	i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>	j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>	k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>	l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>	m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>	n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>	o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>	p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>	q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>	r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>	
	Horas																																								
a. Asistencia a clase?.....	<input type="text"/>																																								
b. Realizar actividades curriculares y extracurriculares?.....	<input type="text"/>																																								
c. Realizar tareas, revisión de clases, investigación y actividades relacionadas con la educación general?	<input type="text"/>																																								
d. Estudios adicionales, educación no formal y otras clases tomadas durante el tiempo libre?.....	<input type="text"/>																																								
e. Actividades relacionadas: otras actividades desempeñadas relacionadas con actividades de aprendizaje?.....	<input type="text"/>																																								
f. Leer libros?.....	<input type="text"/>																																								
g. Leer periódicos?.....	<input type="text"/>																																								
h. Ver televisión?.....	<input type="text"/>																																								
i. Ver programas de videos?.....	<input type="text"/>																																								
j. Escuchar música?.....	<input type="text"/>																																								
k. Uso de computadora?.....	<input type="text"/>																																								
l. Uso de Internet?.....	<input type="text"/>																																								
m. Visitar la biblioteca?.....	<input type="text"/>																																								
n. Horas de sueño en la noche?.....	<input type="text"/>																																								
o. Horas de sueño en el día?.....	<input type="text"/>																																								
p. Participar en actividades religiosas?.....	<input type="text"/>																																								
q. Practicar deportes?.....	<input type="text"/>																																								
r. Estar con los amigos en la calle?.....	<input type="text"/>																																								

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A						
ANTROPOMETRIA (Para niños(as) menores de 5 años)									
5086	No de línea madre o tutora _____ No de línea Niño(a) _____	a. No de línea de la madre o tutora..... <input type="text"/> <input type="text"/> b. No de línea del niño (a)..... <input type="text"/> <input type="text"/>							
Después que los módulos para todos (as) los(as) niños(as) del hogar donde se está realizando la entrevista estén completos, la supervisora de antropometría pesa y mide a cada niño(a). Anote el peso y la estatura/talla debajo, asegurándose de anotar las medidas en el módulo correcto para cada niño(a). Verifique el nombre del niño(a) y el número de línea del listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.									
5087	Peso del niño(a)	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Kilogramos (Kg.)</th> <th style="text-align: center;">Gramos</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">.</td> </tr> </table>	Kilogramos (Kg.)		Gramos			.	
Kilogramos (Kg.)		Gramos							
		.							
5088	Talla del niño(a) ENTREVISTADORA: VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO(A) Niño(a) menores de 2 años: MEDIR ACOSTADO Niño(a) 2 años o más: MEDIR PARADO	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Centímetros</th> <th style="text-align: center;">Milímetros</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">.</td> </tr> </table>	Centímetros		Milímetros			.	
Centímetros		Milímetros							
		.							
5089	CODIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE MIDIO	CODIGO _____ <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>							
5090	ENTREVISTADORA: ¿HAY OTRO(A) NIÑO(A) EN ESTE HOGAR QUE SEA ELEGIBLE PARA SER MEDIDO? SI _____ MIDA Y ANOTE LAS MEDIDAS PARA EL PROXIMO NIÑO(A) NO _____ FIN DE LA ENTREVISTA								
5091	ENTREVISTADORA: ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA	Entrevista completa..... 1 Entrevista incompleta..... 2 Morador ausente..... 3 Rechazo..... 7							