

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ENCUESTAS DE SALUD  
 CUESTIONARIO MODELO PARA HOMBRES

[NOMBRE DEL PAÍS]  
 [NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]

IDENTIFICACIÓN (1)								
NOMBRE DEL LUGAR _____								
NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____								
NÚMERO DEL SECTOR .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NÚMERO DEL HOGAR .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA DEL HOMBRE _____								
VISITAS DEL ENCUESTADOR								
	1	2	3	ÚLTIMA VISITA				
FECHA	_____	_____	_____	DÍA <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
				MES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOMBRE DEL ENCUESTADOR	_____	_____	_____	AÑO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
RESULTADO*	_____	_____	_____	ENT. NÚM. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
				RESULTADO* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
*CÓDIGOS DEL RESULTADO: 1 COMPLETADO 2 NO ESTÁ EN CASA 3 POSPUESTO 4 RECHAZADO 5 COMPLETADO PARCIALMENTE 6 INCAPACITADO 7 OTRO _____ ESPECIFIQUE								
IDIOMA DEL CUESTIONARIO**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	IDIOMA DE LA ENCUESTA**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	IDIOMA NATIVO DE LA PERSONA ENCUESTADA**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	TRADUCTOR UTILIZADO (SÍ= 1, NO = 2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	
IDIOMA DEL CUESTIONARIO**	<b>ESPAÑOL</b>		**CÓDIGOS DE IDIOMAS: 01 ENGLISH      02 LANGUAGE 2      04 LANGUAGE 4 01 ESPAÑOL      03 LANGUAGE 3      05 LANGUAGE 5					
EQUIPO	SUPERVISOR DE EQUIPO		SUPERVISOR CAPI (2)					
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> NÚMERO	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> NÚMERO	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> </table> NÚMERO	_____			

(1) Esta sección debe adaptarse al diseño de encuesta específico del país.  
 (2) Elimine la sección para anotar el nombre y número de identificación del supervisor CAPI si la encuesta no tiene supervisores CAPI que sean diferentes a los supervisores del equipo.  
 Nota: Las preguntas resaltadas en la columna número de pregunta podrían eliminarse en algunos casos (ver notas de pie de página).  
 Los corchetes [ ] indican los incisos que deben adaptarse para cada país.

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

(1)

Hola. Me llamo \_\_\_\_\_. Trabajo para [NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]. Estamos haciendo una encuesta sobre salud y otros temas en todo el territorio de [NOMBRE DEL PAÍS]. La información que recopilamos ayudará al gobierno en la planificación de los servicios de salud. Su hogar fue seleccionado para la encuesta. Normalmente las preguntas toman unos 20 minutos. Todas sus respuestas serán confidenciales y no las compartiremos con ninguna otra persona, excepto otros miembros de nuestro equipo de encuestas. No es obligatorio que participe en la encuesta, pero esperamos que usted acepte responder las preguntas ya que sus opiniones son importantes. Si le hago alguna pregunta que no quiere responder, solo dígame y pasará a la siguiente pregunta o usted puede detener la encuesta en cualquier momento.

Si necesita tener más información sobre la encuesta, puede comunicarse con la persona que aparece en la tarjeta que ya se entregó en su casa.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Puedo comenzar ahora con la encuesta?

FIRMA DEL ENCUESTADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

LA PERSONA ENCUESTADA ESTÁ DE ACUERDO CON QUE SE LE ENTREVISTE . . . 1

LA PERSONA ENCUESTADA NO ESTÁ DE ACUERDO CON QUE SE LE ENTREVISTE . . . 2 → FIN



SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DEL ENCUESTADO

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
101	ANOTE LA HORA.	HORAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿En qué [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] nació usted?	[PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 01 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 02 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 03 FUERA DE [PAÍS] . . . . . 96	→ 104
103	¿En qué país nació usted?	PAÍS _____ <input type="text"/>	
104	¿Cuánto tiempo ha estado viviendo sin interrupciones en (NOMBRE DE LA CIUDAD, PUEBLO O ALDEA DE RESIDENCIA ACTUAL)?  SI ES MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00" AÑOS.	AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE ..... 95 VISITANTE ..... 96	→ 110
105	VERIFIQUE 104:  00 A 04 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓	05 AÑOS <input type="checkbox"/> O MÁS	→ 107
106	¿En qué mes y año comenzó a vivir aquí?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES . . . . . 98  AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO . . . . . 9998	

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DEL ENCUESTADO

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
107	Justo antes de venir a vivir aquí, ¿en qué [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] vivía usted?	[PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 01 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 02 [PROVINCIA/REGIÓN/ESTADO] ..... 03 FUERA DE [PAÍS] ..... 96	
108	Justo antes de venir a vivir aquí, ¿vivía en una ciudad, un pueblo o un área rural?	CIUDAD ..... 1 PUEBLO ..... 2 ÁREA RURAL ..... 3	
109 (2)	¿Por qué vino a vivir a este lugar?	EMPLEO ..... 01 EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN ..... 02 FORMACIÓN DE MATRIMONIO ..... 03 REUNIFICACIÓN FAMILIAR/OTRO MOTIVO RELACIONADO CON LA FAMILIA ..... 04 DESPLAZAMIENTO FORZADO ..... 05 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
110	¿En qué mes y año nació usted?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998	
111	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?  COMPARE Y CORRIJA 105 O 106 SI NO COINCIDEN.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	En general, diría usted que su salud es muy buena, buena, moderada, mala o muy mala?	MUY BUENA ..... 1 BUENA ..... 2 MODERADA ..... 3 MALA ..... 4 MUY MALA ..... 5	
113	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 117
114 (3)	¿Cuál es el nivel más alto al que asistió en la escuela: primaria, secundaria o nivel superior?	PRIMARIA ..... 1 SECUNDARIA ..... 2 SUPERIOR ..... 3	
115 (3)	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que completó a ese nivel?  SI COMPLETÓ MENOS DE UN AÑO EN ESE NIVEL, ANOTE "00".	[GRADO/AÑO] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VERIFIQUE 114:  PRIMARIA O <input type="checkbox"/> SECUNDARIA ↓  SUPERIOR <input type="checkbox"/> →		→ 119

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DEL ENCUESTADO

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
117 (4)	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta la siguiente frase.  MUESTRE LA TARJETA A LA ENCUESTADA.  SI EL ENCUESTADO NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer parte de la frase?	NO PUEDE LEER NADA ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA ORACIÓN ..... 2 PUEDE LEER LA ORACIÓN COMPLETA .... 3 NO HAY TARJETA CON IDIOMA ..... 4 REQUERIDO (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGO/DISCAPACITADO VISUAL ..... 5	
118	VERIFIQUE 117: CÓDIGO "2", "3" <input type="checkbox"/> O "4" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	CÓDIGO "1" O "5" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO	→ 120
119	¿Usted lee un periódico o revista al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca lee?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
120	¿Usted escucha la radio al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca escucha radio?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
121	¿Usted mira televisión al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca mira televisión?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 NUNCA ..... 3	
122	¿Usted tiene teléfono celular?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 124
123	¿Su teléfono celular es un teléfono inteligente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
124	En los últimos 12 meses, ¿usted ha usado un teléfono celular para hacer transacciones financieras, como enviar o recibir dinero, pagar las cuentas, comprar bienes o servicios o recibir su salario?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
125	¿Usted tiene alguna cuenta en un banco o en otra institución financiera que usted use?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 127
126	¿Usted depositó o sacó dinero de esta cuenta en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
127	¿Usted ha usado alguna vez Internet en cualquier lugar y en cualquier dispositivo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 130
128	En los últimos 12 meses, ¿ha usado Internet? SI ES NECESARIO, INDAGUE SU USO DESDE CUALQUIER LUGAR, CON CUALQUIER DISPOSITIVO.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 130



SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A				
201	Ahora le haré algunas preguntas acerca de todos los hijos que ha tenido en su vida. Me interesa saber sobre todos sus hijos biológicos, incluso si no son legalmente suyos o no tienen su apellido. ¿Ha tenido usted alguna hija o hijo con su esposa/compañera o alguna otra mujer?	SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8	→ 206				
202	¿Tiene algún hijo o hija biológico(a) que viva ahora con usted?	SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2	→ 204				
203	a) ¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? b) Y, ¿cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) HIJOS EN CASA . . . . . b) HIJAS EN CASA . . . . .	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
204	¿Tiene algún hijo o hija biológico(a) que esté vivo(a), pero que no viva ahora con usted?	SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2	→ 206				
205	a) ¿Cuántos hijos (varones) tiene vivos, pero no viven con usted? b) ¿Cuántas hijas (mujeres) tiene vivas, pero no viven con usted? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) HIJOS EN ALGÚN OTRO LUGAR b) HIJAS EN ALGÚN OTRO LUGAR	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
206	¿Alguna vez tuvo un hijo o hija biológico que haya nacido vivo, pero haya muerto después? SI "NO", INDAGUE: ¿algún bebé que lloró, se movió, emitió sonidos, hizo el esfuerzo de respirar o mostró otras señales de vida, incluso por un corto tiempo?	SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8	→ 208				
207	a) ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? b) Y, ¿cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	a) NIÑOS MUERTOS . . . . . b) NIÑAS MUERTAS . . . . .	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HAY NINGUNO, ANOTE "00".	TOTAL DE HIJOS . . . . .	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
209	VERIFIQUE 208:  HA TENIDO MÁS <input type="checkbox"/> DE UNA HIJA(O) ↓	TUVO <input type="checkbox"/> SOLO UN HIJO  NO HA TENIDO HIJAS/HIJOS <input type="checkbox"/>	→ 211  → 301				

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
210	¿Tienen todos sus hijos biológicos la misma madre biológica?	SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2	
211	<p>VERIFIQUE 208:</p> <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; text-align: center;">TUVO MÁS DE UNA HIJA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px dashed black; width: 10px; height: 40px;"></span> <span style="display: inline-block; text-align: center;">TUVO SOLO UNA HIJA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> </p> <p>a) ¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer hijo?      b) ¿Cuántos años tenía usted cuando nació su hijo?</p>	<p>EDAD, EN AÑOS . . . . . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	
212	<p>VERIFIQUE 203 Y 205:</p> <p style="text-align: center;">AL MENOS UNA HIJA(O) VIVA(O) ↓ <input type="checkbox"/></p>	<p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p>	→ 301
213	<p>VERIFIQUE 203 Y 205:</p> <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; text-align: center;">MÁS DE UNA HIJA(O) VIVA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px dashed black; width: 10px; height: 40px;"></span> <span style="display: inline-block; text-align: center;">SOLO UNA HIJA(O) VIVA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> </p> <p>a) ¿Cuántos años tiene su hijo menor?      b) ¿Cuántos años tiene su hijo?</p>	<p>EDAD, EN AÑOS . . . . . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	
214	<p>VERIFIQUE 213:</p> <p style="text-align: center;">HIJA(O) (MENOR) TIENE DE 0 A 2 AÑOS ↓ <input type="checkbox"/></p>	<p>HIJA(O) (MENOR) TIENE 3 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/></p>	→ 301
215	<p>VERIFIQUE 203 Y 205:</p> <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; text-align: center;">MÁS DE UNA HIJA(O) VIVA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px dashed black; width: 10px; height: 40px;"></span> <span style="display: inline-block; text-align: center;">SOLO UNA HIJA(O) VIVA(O) ↓ <input type="checkbox"/></span> </p> <p>a) ¿Cómo se llama su hijo menor?      b) ¿Cómo se llama su hijo?</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOMBRE DEL HIJO (MENOR))</p>	
216	<p>Cuando la madre de (NOMBRE) estaba embarazada de (NOMBRE), ¿fue a algún control prenatal?</p>	<p>SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8</p>	→ 218
217	<p>¿Estuvo usted presente durante alguna de esos controles prenatales?</p>	<p>PRESENTE . . . . . 1 NO ESTUVO PRESENTE . . . . . 2</p>	
218	<p>¿Nació (NOMBRE) en un hospital o en un centro de salud?</p>	<p>HOSPITAL/CENTRO DE SALUD . . . . . 1 OTRO . . . . . 2</p>	→ 301
219	<p>¿Fue usted con la madre de (NOMBRE) al hospital o centro de salud donde nació (NOMBRE)?</p>	<p>SÍ . . . . . 1 NO . . . . . 2</p>	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. ¿Ha oído hablar de (MÉTODO)?		
01	Esterilización femenina. INDAGUE: Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
02	Esterilización masculina. INDAGUE: Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
03	Dispositivo intrauterino. (DIU) INDAGUE: Un doctor o enfermero puede colocarles a las mujeres una espiral o anillo adentro para evitar que queden embarazadas durante uno o más años.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
04	Inyecciones. INDAGUE: Un proveedor de salud puede inyectar a las mujeres para impedir que queden embarazadas durante uno o más meses.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
05	Implantes. INDAGUE: Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar quedar embarazada durante uno o varios años.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
06	Píldora o Pastillas. INDAGUE: Las mujeres pueden tomar una píldora diaria para evitar quedar embarazadas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
07	Condón. INDAGUE: Los hombres se pueden poner una fundita de goma o látex en el pene antes de tener relaciones sexuales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
08	Condón femenino. INDAGUE: Las mujeres se pueden poner un preservativo en su vagina antes de tener relaciones sexuales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
09 (1)	Anticonceptivo de emergencia. INDAGUE: Como medida de emergencia, no más de 3 días después de tener relaciones sexuales sin protección, las mujeres pueden tomar píldoras especiales para no quedar embarazadas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
10 (2)	Método del Collar. INDAGUE: Para evitar quedar embarazadas, las mujeres pueden contar los días de su ciclo menstrual con las cuentas de un collar y evitar las relaciones sexuales en los días en que las cuentas son blancas.	SÍ ..... 1 NO ..... 2	



11 (3)	Método de Lactancia y Amenorrea (MELA). INDAGUE: La mujer puede atrasar su regla después del parto dando de mamar exclusivamente día y noche cuando el bebé tiene menos de 6 meses de edad.	Sí ..... 1 NO ..... 2
12	Método del ritmo. INDAGUE: Para no quedar embarazadas, las mujeres no deben tener relaciones sexuales los días del mes que ellas creen que podrían quedar embarazadas.	Sí ..... 1 NO ..... 2
13	Retiro. INDAGUE: Los hombres pueden tener cuidado y retirarse antes de terminar el acto sexual.	Sí ..... 1 NO ..... 2
14	¿Ha escuchado sobre alguna otra forma o método que usen las mujeres o los hombres para evitar el embarazo?	SÍ, MÉTODO MODERNO _____ A (ESPECIFIQUE) SÍ, MÉTODO TRADICIONAL _____ B (ESPECIFIQUE) NO ..... Y

**SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN**

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
302	En los últimos 12 meses, usted: a) ¿Ha escuchado sobre planificación familiar en la radio? b) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en la televisión? c) ¿Ha leído sobre planificación familiar en un periódico o revista? d) ¿Ha recibido en su teléfono celular algún mensaje de voz o de texto sobre planificación familiar? e) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en redes sociales, como Facebook, Twitter o Instagram? f) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un cartel, un volante o un folleto? g) ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en un rótulo o valla en exteriores? h) ¿Ha escuchado algo sobre planificación familiar en reuniones o eventos de la comunidad?	<p align="right">SÍ      NO</p> <p>a) RADIO ..... 1      2</p> <p>b) TELEVISIÓN ..... 1      2</p> <p>c) PERIÓDICO O REVISTA .. . . . 1      2</p> <p>d) TELÉFONO CELULAR ..... 1      2</p> <p>e) FACEBOOK/TWITTER/     INSTAGRAM ..... 1      2</p> <p>f) CARTEL/VOLANTE/     FOLLETO ..... 1      2</p> <p>g) RÓTULOS/VALLAS EXTERNAS .. 1      2</p> <p>h) REUNIONES/EVENTOS     COMUNITARIOS ..... 1      2</p>	
303	En los últimos meses, ¿ha hablado sobre planificación familiar con un trabajador de salud o un profesional de salud?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
304	Ahora me gustaría preguntarle sobre los riesgos del embarazo para la mujer. Entre menstruaciones, ¿hay algunos días en los que es más probable que una mujer quede embarazada cuando tiene relaciones sexuales?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 306
305	¿Este momento es justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine la menstruación o justo a la mitad entre las menstruaciones?	<p>JUSTO ANTES DE QUE     COMIENZE SU MENSTRUACIÓN .. . . . 1</p> <p>DURANTE SU MENSTRUACIÓN ..... 2</p> <p>JUSTO DESPUÉS DE QUE     TERMINE SU MENSTRUACIÓN ..... 3</p> <p>A LA MITAD DE DOS MENSTRUACIONES .. 4</p> <p>OTRO _____ 6     (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
306	Después del nacimiento de un hijo, ¿puede una mujer quedar embarazada antes de que le regrese su menstruación?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
307	Le leeré algunos enunciados sobre anticoncepción. Dígame si está de acuerdo o no con cada uno.  a) La anticoncepción es asunto de la mujer y el hombre no debe preocuparse por eso.  b) Las mujeres que usan anticoncepción podrían volverse promiscuas.	<p align="center">EN DE      DESA- ACUERDO      CUERDO      NS</p> <p>a) LOS ANTICONCEPTIVOS SON PROBLEMAS     DE LAS MUJERES    1      2      8</p> <p>b) LAS MUJERES SE PUEDEN VOLVER     PROMISCUAS        1      2      8</p>	

- (1) Los estudios indican que la anticoncepción de emergencia puede ser efectiva hasta 5 días. Verifique las recomendaciones del programa del país y modifique la redacción si es necesario.
- (2) El método de los días estándar (SDM) debe eliminarse en los países que no tienen programa SDM. En estos países, también se debe eliminar SDM como categoría de codificación en la P. 418.
- (3) El método de amenorrea por lactancia (LAM) debe eliminarse en los países que no tienen programa LAM. En estos países, también se debe eliminar LAM como categoría de codificación en las P. 418.

SECCIÓN 4. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
401	¿Está actualmente casado o vive con una mujer como si estuviera casado?	SÍ, ACTUALMENTE CASADO ..... 1 SÍ, VIVO CON UNA MUJER ..... 2 NO, NO EN UNIÓN DE HECHO ..... 3	→ 404
402	¿Ha estado casado alguna vez o ha vivido con alguna mujer como si estuviera casado?	SÍ, CASADO ANTERIORMENTE ..... 1 SÍ, VIVÍA CON UNA MUJER ..... 2 NO ..... 3	→ 413
403	¿Cuál es su estado civil ahora: es viudo, divorciado o separado?	VIUDO ..... 1 DIVORCIADO ..... 2 SEPARADO ..... 3	→ 410
404	¿Vive su (esposa/compañera) con usted ahora o se queda en otro lugar?	VIVE CON ÉL ..... 1 SE QUEDA EN OTRA PARTE ..... 2	
405 (1)	¿Tiene usted otras esposas o vive con otras mujeres como si estuvieran casados?	SÍ (MÁS DE UNA ESPOSA) ..... 1 NO (SOLO UNA ESPOSA) ..... 2	→ 407
406 (1)	En total, ¿cuántas esposas o convivientes tiene usted?	NÚMERO TOTAL DE ESPOSAS Y CONVIVIENTES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
407 (1)	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>UNA ESPOSA/COMPañERA <input type="checkbox"/>      MÁS DE UNA ESPOSA/COMPañERA <input type="checkbox"/></p> <p>a) ¿Me puede decir el nombre de (su esposa/la mujer con quien vive como si estuvieran casados)?</p> <p>b) ¿Me puede decir el nombre de su (primera/próxima) esposa o la mujer con quien vive como si estuvieran casados?</p> <p>ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE LÍNEA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR PARA LA (PRIMERA/PRÓXIMA) ESPOSA O CONVIVIENTE. SI LA MUJER NO ESTÁ INCLUIDA EN EL HOGAR, ANOTE "00".</p>	<p>NOMBRE</p> <p>NÚMERO DE LÍNEA</p> <p>EDAD</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/>      <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/>      <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/>      <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/>      <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>408 (1)</p> <p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE/esta esposa o compañera)?</p>
408 (1)	REGRESE A 407 PARA LA PRÓXIMA ESPOSA O CONVIVIENTE.		
409 (1)	<p>VERIFIQUE 407:</p> <p>UNA ESPOSA/COMPañERA <input type="checkbox"/>      MÁS DE UNA ESPOSA/COMPañERA <input type="checkbox"/></p>		→ 411
410	¿Ha estado casado o ha vivido con una mujer solo una vez o más de una vez?	MÁS DE UNA VEZ ..... 1 SOLO UNA VEZ ..... 2	

SECCIÓN 4. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
411	<p>VERIFIQUE 405 Y 410:</p> <p>AMBOS SON <input type="checkbox"/> CÓDIGO "2" ↓</p> <p>a) ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su (esposa/compañera)?</p> <p>OTRO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Ahora quisiera preguntarle sobre su primera (esposa/compañera). ¿En qué mes y año comenzó a vivir con ella?</p>	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	→ 413
412	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con ella?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
413	<b>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODOS LOS ESFUERZOS POSIBLES PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD.</b>		
414	<p>Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual para entender mejor algunos temas importantes de vida. Déjeme volver a asegurarle que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie. Si hay alguna pregunta que no quiere responder, solo dígame y pasaremos a la siguiente pregunta. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 00</p> <p>EDAD, EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 501
415	<p>Me gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI ES MENOS DE 12 MESES, LA RESPUESTA SE DEBE ANOTAR EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI SON 12 MESES (UN AÑO) O MÁS, LA RESPUESTA DEBE ANOTARSE EN AÑOS.</p>	<p>HACE ESTOS DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTAS SEMANAS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTOS MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HACE ESTOS AÑOS ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 429
416	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿hizo usted o su compañera algo o usó algún método para demorar o evitar un embarazo?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→ 418
417	¿Sabe de algún lugar donde pueda obtener un método de planificación familiar?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 419

SECCIÓN 4. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
418 (2) (3) (4)	¿Qué método usó usted o su compañera?  ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS. SI LOS CÓDIGOS "G" O "H" SE ENCERRARON EN UN CÍRCULO, PASE A 420 INCLUSO SI SE UTILIZÓ OTRO MÉTODO.	ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... B DISPOSITIVO INTRAUTERINO ..... C INYECCIONES ..... D IMPLANTES ..... E PÍLDORA ..... F CONDÓN ..... G CONDÓN FEMENINO ..... H ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ..... I MÉTODO DE LOS DÍAS ESTÁNDAR ..... J MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCI... K MÉTODO DEL RITMO ..... L COITO INTERRUMPIDO/RETIRARSE ..... M OTRO MÉTODO MODERNO ..... X OTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y	→ 420
419 (5)	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron un condón?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 422
420 (5)	¿Cuál era el nombre de marca del condón que usó?  SI LA MARCA NO ES CONOCIDA, SOLICITE VER EL PAQUETE.	MARCA A ..... 01 MARCA B ..... 02 MARCA C ..... 03  OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	

SECCIÓN 4. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
<p>421 (5) (6)</p>	<p>¿Dónde obtuvo el condón que usó la última vez?</p> <p>INDAGUE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI LA FUENTE ES PÚBLICA O PRIVADA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 13</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 14</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>FARMACIA ..... 23</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 24</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... 25</p> <p>TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ TRABAJADOR DE CAMPO ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>TIENDA ..... 41</p> <p>IGLESIA ..... 42</p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	
<p>422 (7)</p>	<p>¿Qué tipo de relación tenía con esta persona con quien tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI ERA SU NOVIA: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".</p>	<p>ESPOSA ..... 1</p> <p>CONVIVIENTE ..... 2</p> <p>NOVIA QUE NO VIVE CON PERSONA QUE RESPONDE ..... 3</p> <p>RELACIÓN CASUAL ..... 4</p> <p>CLIENTE/TRABAJADORA SEXUAL ..... 5</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
<p>423</p>	<p>Aparte de esta persona, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>→ 429</p>

**SECCIÓN 4. MATRIMONIO Y ACTIVIDAD SEXUAL**

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
424 (5)	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta segunda persona, ¿usaron un condón?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
425 (7)	¿Qué tipo de relación tenía con esta segunda persona con quien tuvo relaciones sexuales?  SI ERA SU NOVIA: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".	ESPOSA ..... 1 CONVIVIENTE ..... 2 NOVIA QUE NO VIVE CON PERSONA QUE RESPONDE ..... 3 RELACIÓN CASUAL ..... 4 CLIENTE/TRABAJADORA SEXUAL ..... 5  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
426	Aparte de estas dos personas, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 429
427 (5)	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta tercera persona, ¿usaron un condón?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
428 (7)	¿Qué tipo de relación tenía con esta tercera persona con quien tuvo relaciones sexuales?  SI ERA SU NOVIA: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES SÍ, ANOTE "2". SI LA RESPUESTA ES NO, ANOTE "3".	ESPOSA ..... 1 CONVIVIENTE ..... 2 NOVIA QUE NO VIVE CON PERSONA QUE RESPONDE ..... 3 RELACIÓN CASUAL ..... 4 CLIENTE/TRABAJADORA SEXUAL ..... 5  OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
429	En total, ¿con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales en su vida?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, ANOTE "95".	NÚMERO DE PAREJAS EN TODA LA VIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 98	

(1) Elimine las P. 405 a 409 para los países donde no se practica la poliginia y reemplace con la P. 710 del cuestionario para mujeres reemplazando la palabra "ESPOSO" con la palabra "ESPOSA" y "ÉL" por "ELLA".

(2) El método de los días estándar (SDM) debe eliminarse en los países que no tienen programa SDM.

(3) La categoría de codificación del método de amenorrea por lactancia (LAM) debe eliminarse en los países que no tienen programa LAM.

(4) Se pueden agregar a la lista otros métodos comúnmente usados, como el parche anticonceptivo, el anillo vaginal o la esponja anticonceptiva.

(5) En los países con un programa activo de condones femeninos, la redacción de la pregunta debe modificarse para incluir la mención de los condones masculinos y femeninos.

(6) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.

(7) Los países con altos índices de poliginia e incidencia de VIH podrían querer añadir un número de línea de esposa de la P. 407 en la categoría de respuestas.

SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A								
501	VERIFIQUE 401:  ACTUALMENTE CASADO O VIVE CON UNA COMPAÑERA <input type="checkbox"/>	NO ESTÁ ACTUALMENTE CASADO Y NO VIVE CON UNA COMPAÑERA <input type="checkbox"/>	→ 514								
502	VERIFIQUE 418:  HOMBRE NO ESTERILIZADO O NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/>	HOMBRE ESTÁ ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	→ 514								
503 (1)	VERIFIQUE 407:  UNA ESPOSA/COMPAÑERA <input type="checkbox"/>	MÁS DE UNA ESPOSA/COMPAÑERA <input type="checkbox"/>	→ 509								
504	¿Está su (esposa/compañera) embarazada actualmente?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 507								
505	Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. Después del hijo que usted y su (esposa/compañera) están esperando ahora, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría ya no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO ..... 1 NO MÁS ..... 2 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	→ 514								
506	Después del nacimiento de la hija/o que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otra hija/o?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA ..... 993 OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998									→ 514
507	VERIFIQUE 208:  YA HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> a) Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos? b) Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un hijo o preferiría no tener ningún hijo?	TENER (UN/OTRO) HIJO ..... 1 NO MÁS/NINGUNO ..... 2 DICE QUE SU COMPAÑERA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 3 ESPOSA/COMPAÑERA ESTERILIZADA ..... 4 ENCUESTADO ESTERILIZADO ..... 5 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	→ 514								
508	VERIFIQUE 208:  YA HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> a) ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de otro hijo? b) ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un hijo?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA ..... 993 DICE QUE SU COMPAÑERA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 994 OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998									→ 514



SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A								
509 (1)	¿Está actualmente embarazada alguna de sus (esposas/compañeras)?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 512								
510 (1)	Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. Después del hijo que usted y su (esposa/compañera) están esperando ahora, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría ya no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO ..... 1 NO MÁS ..... 2 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	→ 514								
511 (1)	Después del nacimiento de la hija/o que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otra hija/o?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA ..... 993 OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998									→ 514
512 (1)	VERIFIQUE 208:  YA HA TENIDO <input type="checkbox"/> HIJOS ↓ a) Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?  NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> HIJOS ↓ b) Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un hijo o preferiría no tener ningún hijo?	TENER (UN/OTRO) HIJO ..... 1 NO MÁS/NINGUNO ..... 2 DICE QUE SU COMPAÑERA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 3 ESPOSA/COMPAÑERA ESTERILIZADA ..... 4 ENCUESTADO ESTERILIZADO ..... 5 NO LO HA DECIDIDO/NO SABE ..... 8	→ 514								
513 (1)	VERIFIQUE 208:  YA HA TENIDO <input type="checkbox"/> HIJOS ↓ a) ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de otro hijo?  NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> HIJOS ↓ b) ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un hijo?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PRONTO/AHORA ..... 993 DICE QUE SU COMPAÑERA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 994 OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998									
514	VERIFIQUE 203 Y 205: TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> VIVOS ↓ a) Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas e hijos y pudiera elegir exactamente el número que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?  NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> VIVOS ↓ b) Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas e hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?  INDAGUE PARA DAR UNA RESPUESTA	NINGUNO ..... 00  NÚMERO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)			→ 601   → 601						
515	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y cuántos no le importaría que fueran hombres o mujeres?	NIÑOS NIÑAS CUALQUIERA NÚMERO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)									

(1) Esta pregunta debe eliminarse en los países donde no se practica la poliginia.

SECCIÓN 6. EMPLEO Y ROLES DE GÉNEROS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
601	¿Ha hecho algún trabajo en los últimos 7 días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 604
602	Aunque no trabajó en los últimos 7 días, ¿tiene algún trabajo o negocio del que se ausentó con permiso, por enfermedad, vacaciones o por otro motivo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 604
603	¿Ha hecho algún trabajo en los últimos 12 meses?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 607
604	¿Cuál es su ocupación? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace principalmente?	_____ _____ _____	<input type="text"/>
605	¿Trabaja usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO ..... 1 POR TEMPORADAS/PARTE DEL AÑO ..... 2 OCASIONALMENTE ..... 3	
606	¿Le pagan por este trabajo en dinero o en especie o no le pagan nada?	SOLO DINERO ..... 1 DINERO Y EN ESPECIE ..... 2 SOLO EN ESPECIE ..... 3 NO LE PAGAN ..... 4	
607	VERIFIQUE 401:  ACTUALMENTE CASADO O <input type="checkbox"/> O EN UNIÓN NO ESTÁ ACTUALMENTE CASADO <input type="checkbox"/> NI VIVIENDO CON COMPAÑERA		→ 612
608	VERIFIQUE 606:  CÓDIGO "1" O "2" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO	OTRO <input type="checkbox"/>	→ 610
609	¿Normalmente, quién decide cómo se usará el dinero que usted gana: usted, su (esposa/compañera) o usted y su (esposa/compañera) juntos?	EL ENCUESTADO ..... 1 ESPOSA/COMPAÑERA ..... 2 ENCUESTADO Y ESPOSA/ COMPAÑERA JUNTOS ..... 3 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
610	Normalmente ¿quién toma las decisiones sobre el cuidado de su salud: usted, su (esposa/compañera), usted y su (esposa/compañera) juntos o alguien más?	EL ENCUESTADO ..... 1 ESPOSA/COMPAÑERA ..... 2 ENCUESTADO Y ESPOSA/ COMPAÑERA JUNTO ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 OTRO ..... 6	
611	¿Quién toma normalmente las decisiones sobre las compras grandes del hogar?	EL ENCUESTADO ..... 1 ESPOSA/COMPAÑERA ..... 2 ENCUESTADO Y ESPOSA/ COMPAÑERA JUNTO ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 OTRO ..... 6	

SECCIÓN 6. EMPLEO Y ROLES DE GÉNEROS

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A																								
612	¿Es dueño de esta o de alguna otra casa, ya sea solo o junto con alguien?	SOLO YO ..... 01 JUNTOS SOLO CON MI ESPOSA/COMPAÑERA 02 JUNTOS SOLO CON ALGUIEN MÁ: . . . . . 03 JUNTOS CON MI ESPOSA/COMPAÑERA Y CON ALGUIEN MÁS . . . . . 04 TANTO SOLO COMO JUNTO CON ALGUIEN . . 05 NO TIENE PROPIEDADES ..... 06	→ 615																								
613	¿Tiene una escritura de propiedad u otro documento reconocido por el gobierno para alguna casa que posee?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 615																								
614	¿Aparece su nombre en este documento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8																									
615	¿Es usted dueño de algún terreno agrícola o no agrícola, ya sea solo o junto con alguien más?	SOLO YO ..... 01 JUNTOS SOLO CON MI ESPOSA/COMPAÑERA 02 JUNTOS SOLO CON ALGUIEN MÁ: . . . . . 03 JUNTOS CON MI ESPOSA/COMPAÑERA Y CON ALGUIEN MÁS . . . . . 04 TANTO SOLO COMO JUNTO CON ALGUIEN . . 05 NO TIENE PROPIEDADES ..... 06	→ 618																								
616	¿Tiene una escritura de propiedad u otro documento reconocido por el gobierno para este terreno que usted posee?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 618																								
617	¿Aparece su nombre en este documento?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8																									
618	En su opinión, ¿se justifica que un esposo le pegue o lastime a su esposa en las siguientes situaciones?  a) ¿Si ella sale de la casa sin decírselo a él? b) ¿Si ella descuida/desatiende los niños?  c) ¿Si ella discute con él? d) ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él? e) ¿Si ella deja quemar la comida?	<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> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SALE .....</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) DESCUIDA A LOS HIJOS ..</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) DISCUTE.....</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) SE REHÚSA A TENER SEXO .....</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) QUEMA 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> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	a) SALE .....	1	2	8	b) DESCUIDA A LOS HIJOS ..	1	2	8	c) DISCUTE.....	1	2	8	d) SE REHÚSA A TENER SEXO .....	1	2	8	e) QUEMA LA COMIDA ..	1	2	8	
	SÍ	NO	NS																								
a) SALE .....	1	2	8																								
b) DESCUIDA A LOS HIJOS ..	1	2	8																								
c) DISCUTE.....	1	2	8																								
d) SE REHÚSA A TENER SEXO .....	1	2	8																								
e) QUEMA LA COMIDA ..	1	2	8																								
619	Hasta donde usted sabe, ¿alguna vez su papá le pegó a su mamá?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8																									

SECCIÓN 7. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
700	Ahora, quisiera hablar sobre VIH y SIDA.		
701 (1)	¿Alguna vez ha escuchado sobre el VIH y el SIDA?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 729
702	VERIFIQUE 111: EDAD 15 A 24 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓ 25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>		→ 708
703	El VIH es el virus que puede ocasionar SIDA. ¿Pueden las personas reducir sus probabilidades de contraer VIH tan solo teniendo una pareja sexual no infectada que no tenga otras parejas sexuales?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
704	¿Se puede contraer VIH por picaduras de zancudos?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
705	¿Pueden las personas reducir sus probabilidades de contraer VIH si usan condones siempre que tengan sexo?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
706	¿Se puede contraer VIH por compartir comida con una persona con VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
707	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
708	¿Ha escuchado de la TAR, es decir, la terapia con antirretrovirales para tratar el VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
709	¿Hay alguna medicina especial que un médico o un enfermero puedan darle a una mujer infectada con VIH para reducir el riesgo de contagiar al bebé?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
710 (2)(3)	¿Ha escuchado sobre PrEP, una medicina que se toma todos los días para evitar que una persona contraiga VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 712
711 (3)	¿Está de acuerdo con que las personas tomen píldoras todos los días para prevenir el contagio de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE ..... 8	
712	<b>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODOS LOS ESFUERZOS POSIBLES PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD.</b>		
713	¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 721

SECCIÓN 7. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
714	¿En qué mes y año se hizo la última prueba de VIH?	<p>MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL MES ..... 98</p> <p>AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE EL AÑO ..... 9998</p>	
715 (4)	<p>¿Dónde le hicieron la prueba?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE. SI NO PUEDE DETERMINAR SI ES SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O UNA ONG, ANOTE "96" Y ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL GUBERNAMENTAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD GUBERNAMENTAL .. 12</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) .... 13</p> <p>CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .. 14</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 15</p> <p>OTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 22</p> <p>DOCTOR PRIVADO ..... 23</p> <p>CENTRO AUTÓNOMO DE PRUEBAS Y ORIENTACIÓN PARA EL VIH (HTC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) .... 24</p> <p>FARMACIA ..... 25</p> <p>SERVICIOS MÓVILES HTC ..... 26</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>_____ 27</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO DE ONG</b></p> <p>HOSPITAL DE ONG ..... 31</p> <p>CLÍNICA DE ONG ..... 32</p> <p>OTRO SECTOR MÉDICO DE ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>CASA .. ..... 41</p> <p>LUGAR DE TRABAJO ..... 42</p> <p>CENTRO CORRECCIONAL ..... 43</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
716	¿Obtuvo los resultados de la prueba?	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 720
717	¿Cuál fue el resultado de la prueba?	<p>POSITIVO ..... 1</p> <p>NEGATIVO ..... 2</p> <p>NO DETERMINADO ..... 3</p> <p>PREFIRIÓ NO RESPONDER ..... 4</p>	→ 720

SECCIÓN 7. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
718	¿En qué mes y año recibió su primer resultado positivo de la prueba de VIH?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998 LA MISMA FECHA DE LA ÚLTIMA ..... 95	
719	¿Está tomando en este momento TAR, es decir, algún medicamento antirretroviral? Cuando digo en este momento, me refiero a que usted podría haber omitido algunas dosis, pero aún está tomando medicamentos antirretrovirales.	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
720	¿Cuántas veces se ha hecho la prueba de VIH en su vida?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UN APROXIMADO, SI EL NÚMERO DE PRUEBAS ES DE 95 O MÁS, ANOTE "95".	NÚMERO DE PRUEBAS DE VIH ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	¿Ha escuchado sobre los kits de prueba que pueden usar las personas para hacerse ellas mismas la prueba de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 723
722	¿Alguna vez ha utilizado ese kit de prueba para hacerse usted mismo la prueba de VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
723	¿Le compraría verduras frescas a un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE ..... 8	
724	¿Cree usted que debería permitirse que los niños con VIH asistan a la escuela con niños que no tienen VIH?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE ..... 8	
725 (5)	VERIFIQUE 717:  CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> ENCERRADO EN UN CÍRCULO ↓	OTRO <input type="checkbox"/> →	→ 729
726 (5)	Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias viviendo con VIH. ¿Le ha contado sobre su condición de VIH a otra persona, además de a mí?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
727 (5)	Está de acuerdo o no está de acuerdo con el siguiente enunciado: Me siento avergonzado por mi condición de VIH.	ESTÁ DE ACUERDO ..... 1 NO ESTÁ DE ACUERDO ..... 2	

SECCIÓN 7. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
728 (5)	<p>Dígame si en los últimos 12 meses le ha ocurrido alguna de las siguientes cosas, o si cree que le han ocurrido, debido a su condición de VIH.</p> <p>a) La gente ha hablado mal de mí debido a mi condición de VIH.</p> <p>b) Alguien reveló mi condición de VIH sin mi permiso.</p> <p>c) Me han insultado, avergonzado y me han amenazado por mi condición de VIH.</p> <p>d) Los trabajadores de salud han hablado mal de mí debido a mi condición de VIH.</p> <p>e) Los trabajadores de salud me han gritado, me han regañado, me han puesto apodos o han abusado de mí verbalmente de otra forma por mi condición de VIH.</p>	<p style="text-align: right;">SÍ      NO</p> <p>a) LAS PERSONAS HABLAN MAL ... 1      2</p> <p>b) ESTADO REVELADO ..... 1      2</p> <p>c) INSULTOS VERBALES ..... 1      2</p> <p>d) TRABAJADORES DE ATENCIÓN MÉDICA HABLARON MAL ..... 1      2</p> <p>e) TRABAJADORES DE ATENCIÓN MÉDICA ABUSARON VERBALMENTE 1      2</p>	
729 (1)	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p style="text-align: center;">             HABÍA <input type="checkbox"/> ESCUCHADO SOBRE VIH O SIDA              ↓              a) Aparte del VIH, ¿ha escuchado sobre otras infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual?         </p> <p style="text-align: center;">             NO HABÍA <input type="checkbox"/> ESCUCHADO SOBRE VIH O SIDA              ↓              b) ¿Ha escuchado sobre infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual?         </p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
730	<p>VERIFIQUE 414:</p> <p style="text-align: center;">             HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES              ↓         </p> <p style="text-align: center;">             NUNCA HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES         </p>	<p style="text-align: right;">→ 735</p>	

SECCIÓN 7. VIH/SIDA

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
731	<p>VERIFIQUE 729: ¿HA ESCUCHADO SOBRE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?</p> <p style="text-align: center;">                     sí <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 150px;">NO <input type="checkbox"/></span> </p> <p style="text-align: center;"> </p>		733
732	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud en los últimos 12 meses. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna enfermedad que haya contraído por contacto sexual?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
733	Algunas veces los hombres tienen secreciones anormales en el pene. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna secreción anormal en su pene?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
734	Algunas veces los hombres pueden tener llagas o úlcera en el pene o cerca de este. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna llaga o úlcera en su pene o cerca de este?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
735	Si la esposa sabe que su esposo tiene una enfermedad que ella puede contraer durante las relaciones sexuales, ¿se justifica que ella le pida que use un condón cuando tengan sexo?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
736 (6)	¿Se justifica que una esposa se niegue a tener sexo con su esposo si ella sabe que él tiene sexo con otras mujeres?	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	

(1) Elimine la pregunta 701 para los países donde los conocimientos de VIH y SIDA son casi universales. Si se elimina 701, corrija 729 para eliminar la remisión a 701 y versión b). Solo permanecerá el texto de la versión a).

(2) PrEP, por sus siglas en inglés, se refiere a profilaxis antes de la exposición. Use el término local de PrEP, si corresponde.

(3) Elimine estas preguntas si el país no tiene un programa nacional de PrEP.

(4) Se deben elaborar categorías de codificación localmente; sin embargo, se deben conservar las categorías más generales.

(5) Se usan estas preguntas para informar un indicador de UNAIDS Global AIDS Monitoring (GAM). Se deben usar en los países con o sin pruebas de VIH. Sin embargo, si la prevalencia estimada de VIH en un país es menos de 1%, es recomendable eliminar estas preguntas debido a la probabilidad de tener un tamaño de muestra muy pequeño para los encuestados que dicen ser VIH positivo, incluso al nivel nacional. En los países con una prevalencia estimada de VIH debajo del 2%, se debe considerar el tamaño de muestra estimada antes de decidir a incluir o eliminar las preguntas.

(6) En las sociedades con poliginia, la frase "otras mujeres" debe reemplazarse por la frase "mujeres además de sus esposas".



SECCIÓN 8. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
801	Algunos hombres están circuncidados. ¿Está usted circuncidado?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 806
802 (1)	A algunos hombres los circuncida tradicionalmente un profesional, un familiar o amigo. ¿Está usted circuncidado tradicionalmente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 804
803 (1)	¿Cuántos años tenía cuando lo circuncidaron tradicionalmente?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DURANTE LA INFANCIA (<5 AÑOS) ..... 95 NO SABE ..... 98	
804 (1)	Algunos hombres están circuncidados médicamente, es decir, un trabajador de salud les quitó completamente el prepucio del pene. ¿Está usted circuncidado médicamente?	SÍ ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	→ 806
805 (1)	¿Cuántos años tenía cuando lo circuncidaron médicamente?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DURANTE LA INFANCIA (<5 AÑOS) ..... 95 NO SABE ..... 98	
806	¿Fuma actualmente tabaco todos los días, algunos días, nunca?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 ALGUNOS DÍAS ..... 2 NUNCA ..... 3	→ 809 → 808
807	En el pasado, ¿fumó alguna vez tabaco todos los días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 810
808	En el pasado, ¿fumó alguna vez tabaco todos los días, algunos días o nunca?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 ALGUNOS DÍAS ..... 2 NUNCA ..... 3	→ 811

SECCIÓN 8. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
809 (2)	<p>En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma al día actualmente? Dígame también si usa el producto, aunque no sea todos los días.</p> <p>SI EL ENCUESTADO DICE USAR EL PRODUCTO, PERO NO TODOS LOS DÍAS, ANOTE "888". SI EL PRODUCTO NO SE USA PARA NADA, ANOTE "000".</p> <p>a) ¿Cigarrillos de fábrica?</p> <p>b) ¿Cigarrillos enrollados a mano?</p> <p>c) ¿Kreteks?</p> <p>d) ¿Pipas llenas de tabaco?</p> <p>e) ¿Puros, cigarrillos (puritos) o cigarrillos?</p> <p>f) ¿Número de sesiones de pipa de agua?</p> <p>g) ¿Algo más?</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p style="text-align: right;">NÚMERO DIARIO</p> <p>a) CIGARRILLOS MANUFACTURADOS ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARRILLOS ENROLLADOS A MANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPAS LLENAS DE TABACO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARROS (PUROS), CIGARRITOS (PURITOS), O CIGARRILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NÚMERO DE SESIONES DE PIPA DE AGUA .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) OTROS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	811
810 (2)	<p>En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma actualmente a la semana? Dígame también si usa el producto, aunque no sea todas las semanas.</p> <p>SI EL ENCUESTADO DICE USAR EL PRODUCTO, PERO NO TODAS LAS SEMANAS, ANOTE "888". SI EL PRODUCTO NO SE USA PARA NADA, ANOTE "000".</p> <p>a) ¿Cigarrillos de fábrica?</p> <p>b) ¿Cigarrillos enrollados a mano?</p> <p>c) ¿Kreteks?</p> <p>d) ¿Pipas llenas de tabaco?</p> <p>e) ¿Puros, cigarrillos (puritos) o cigarrillos?</p> <p>f) ¿Número de sesiones de pipa de agua?</p> <p>g) ¿Algo más?</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p style="text-align: right;">NÚMERO SEMANAL</p> <p>a) CIGARRILLOS MANUFACTURADOS ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARRILLOS ENROLLADOS A MANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPAS LLENAS DE TABACO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARROS (PUROS), CIGARRITOS (PURITOS), O CIGARRILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NÚMERO DE SESIONES DE PIPA DE AGUA .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) OTROS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECCIÓN 8. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
811	¿Usa actualmente tabaco sin humo todos los días, algunos días, o nunca?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 ALGUNOS DÍAS ..... 2 NUNCA ..... 3	→ 813 → 814
812 (2)	En promedio, ¿cuántas veces al día usa los siguientes productos? Dígame también si usa el producto, aunque no sea todos los días.  SI EL ENCUESTADO DICE USAR EL PRODUCTO, PERO NO TODOS LOS DÍAS, ANOTE "888". SI EL PRODUCTO NO SE USA PARA NADA, ANOTE "000".  a) ¿Rapé, por la boca?  b) ¿Rapé, por la nariz?  c) ¿Tabaco de mascar?  d) ¿Betel quid con tabaco?  e) ¿Algo más?  _____ (ESPECIFIQUE)	<p style="text-align: right;">VECES AL DÍA</p> a) RAPÉ POR LA BOCA .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) RAPÉ POR LA NARIZ .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) TABACO DE MASCAF .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d) BETEL QUID CON TABACO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e) CUALQUIER OTRC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 814
813 (2)	En promedio, ¿cuántas veces a la semana usa los siguientes productos? Dígame también si usa el producto, aunque no sea todas las semanas.  SI EL ENCUESTADO DICE USAR EL PRODUCTO, PERO NO TODAS LAS SEMANAS, ANOTE "888". SI EL PRODUCTO NO SE USA PARA NADA, ANOTE "000".  a) ¿Rapé, por la boca?  b) ¿Rapé, por la nariz?  c) ¿Tabaco de mascar?  d) ¿Betel quid con tabaco?  e) ¿Algo más?  _____ (ESPECIFIQUE)	<p style="text-align: right;">VECES A LA SEMANA</p> a) RAPÉ POR LA BOCA .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) RAPÉ POR LA NARIZ .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) TABACO DE MASCAF .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d) BETEL QUID CON TABACO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e) CUALQUIER OTRC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
814	Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol. ¿Alguna vez ha tomado alcohol, como cerveza, vino, licor o [AÑADA OTROS EJEMPLOS LOCALES]?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	→ 817

SECCIÓN 8. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

NÚM.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	IR A
815	<p>Nosotros consideramos un trago de alcohol como una botella de cerveza, un vaso de vino o una medida de licor. Durante el último mes, ¿cuántos días tomó al menos un trago de alcohol?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI EL ENCUESTADO RESPONDE "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", CÓDIGO "95".</p>	<p>NO TOMÓ NI UN SOLO TRAGO . . . . . 00</p> <p>NÚMERO DE DÍAS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TODOS LOS DÍAS/CASI TODOS LOS DÍAS . . . 95</p>	→ 817
816	<p>Durante el último mes, los días que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó normalmente cada día?</p>	<p>NÚMERO DE TRAGOS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
817 (3)	<p>¿Tiene cobertura con algún seguro médico?</p>	<p>SÍ . . . . . 1</p> <p>NO . . . . . 2</p>	→ 819
818 (3)	<p>¿Qué tipo de seguro médico tiene?</p> <p>ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS.</p>	<p>ORGANIZACION MUTUAL DE SALUD/ SEGURO DE SALUD COMUNITARIO . . . . . A</p> <p>SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DEL EMPLEADOR . . . . . B</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL (IGSS) . . . . . C</p> <p>SEGURO DE SALUD COMERCIAL COMPRADO PRIVADAMENTE . . . . . D</p> <p>OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
819	<p>ANOTE LA HORA.</p>	<p>HORAS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

(1) La pregunta puede omitirse dependiendo de la práctica de circuncisión masculina en países específicos.

(2) Añada términos locales.

(3) Todas las categorías de respuesta deben adaptarse al entorno del país. Si en el país hay disponibles planes prepagos de servicio médico u otros tipos de planes, añada esos tipos de planes a la pregunta en P. 817 y 818 y a los códigos de respuesta de la P. 818.

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR

DEBE COMPLETARSE DESPUÉS DE TERMINAR LA ENCUESTA

COMENTARIOS SOBRE LA ENCUESTA:

---

---

---

---

---

---

---

COMENTARIOS SOBRE PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

---

---

---

---

---

---

---

ALGÚN OTRO COMENTARIO:

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR

---

---

---

---

---

---

---