

APÉNDICE D
CUESTIONARIOS

República Dominicana

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DEMOGRAFICOS (CESDEM)ASOCIACION DOMINICANA
PRO BIENESTAR DE LA
FAMILIA (PROFAMILIA)OFICINA NACIONAL DE
PLANIFICACION (ONAPLAN)

Encuesta Demográfica y de Salud, 1996

CUESTIONARIO DE HOGAR

IDENTIFICACION									
AREA DE SUPERVISION CENSAL.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
CONGLOMERADO ENDESA-96.....									
NUMERO DE SELECCION DE LA VIVIENDA.....									
NUMERO DEL HOGAR.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
PROVINCIA _____									
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
ZONA 1 URBANO 2 RURAL									
TIPO DE LOCALIDAD _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
ESTRATO SOCIOECONOMICO (SOLO PARA SANTO DOMINGO).....									
NOMBRE DEL LUGAR _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
CALLE _____ No. _____									
NOMBRE DEL (LA) JEFE(A) DE HOGAR _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
¿HOGAR SELECCIONADO PARA ENTREVISTA DE HOMBRE?..... (SI = 1 / NO = 2)									
¿HOGAR SELECCIONADO PARA ENTREVISTA DE GASTOS EN SALUD?... (SI = 1 / NO = 2)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA												
	1	2	3	VISITA FINAL								
FECHA				DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
				MES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				AÑO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
				NOMBRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
RESULTADO				RESULTADO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
PROXIMA VISITA:FECHA HORA			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NUMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
CODIGOS DE RESULTADO: 1. ENTREVISTA COMPLETA 2. NO HAY ADULTOS PRESENTES 3. HOGAR AUSENTE 4. POSTERGADA 5. RECHAZADA 6. VIVIENDA VACIA O NO VIVIENDA 7. VIVIENDA DESTRUIDA 8. VIVIENDA NO ENCONTRADA 9. OTRA _____ (ESPECIFIQUE)			TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL MUJERES ELEGIBLES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> TOTAL HOMBRES ELEGIBLES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> No. DE LINEA DEL INFORMANTE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									

NOMBRE FECHA	SUPERVISORA:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:							
	_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>	

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				

A. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS

Ahora nos gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar o que se alojan ahora con usted.

NO. DE LINEA	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	¿Cuál es la relación de (NOMBRE) con el jefe del hogar?	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	EDUCACION				SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES				ELIGIBILIDAD	ELEGIBILIDAD
			PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MAS				PARA PERSONAS DE 5 A 29 AÑOS		¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?	MENORES DE 15 AÑOS		¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?	MENORES DE 15 AÑOS			
			¿Vive (NOMBRE) aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?			¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	¿Cuál fue el curso más alto que (NOMBRE) completó y en qué nivel?		¿Asiste a (está inscrita en) escuela, colegio o universidad?	¿Es esa escuela, colegio o universidad pública o privada?		¿Vive aquí la madre natural de (NOMBRE)?	¿Vive aquí el padre natural de (NOMBRE)?		
(1)	(2)	01 Jefe(a) hogar 02 Esposa(o) o compañera(o) 03 Hijo(a) 04 Hijastro(a)/Hijo(a) adoptivo(a) 05 Yerno/nuera 06 Nieto(a) 07 Padres/suegros 08 Hermano(a) 09 Otro pariente 10 Trabajador(a) doméstico(a) 11 No pariente 98 NO SABE (3)	¿Vive (NOMBRE) aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿Cuántos años cumplidos tiene?	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	¿Cuál fue el curso más alto que (NOMBRE) completó y en qué nivel?	¿Asiste a (está inscrita en) escuela, colegio o universidad?	¿Es esa escuela, colegio o universidad pública o privada?	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?	HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO DE LAS MUJERES ELEGIBLES PARA LA ENTREVISTA.	HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO DE LOS HOMBRES ELEGIBLES PARA LA ENTREVISTA.	ANOTE EL CÍRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO DE LA ESPOSA DEL Cónyuge.	
			SI NO	SI NO	V H	AÑOS	SI NO	NIVEL CURSO	SI NO NS	PU. PR. NS	SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS	
01		RELACION PARENT.	1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		01	
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		02	
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		03	
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		04	
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		05	
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		06	
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		07	
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		08	
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		09	
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2 8	1 2 8	1 2 8		1 2 8		10	

MARQUE AQUÍ SI CONTINUA EN OTRA HOJA:----->[]

Sólo para estar segura que tengo una lista completa:

1) ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos mencionado?

2) ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, inquilinos o amigos que viven normalmente aquí?

3) ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche?

SI []----- ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

SI []----- ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

SI []----- ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO

NO []

NO []

NO []

NO. DE LINEA	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA O PAIS DE NACIMIENTO	AÑO LLEGADA AL PAIS	LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR	AÑO LLEGADA	CARACTERISTICAS ECONOMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS										
						¿En qué lugar vivía la madre de (NOMBRE) cuando él o ella nació? 1. Localidad de la entrevista 2. Otra localidad del país 3. En el extranjero B. No sabe SI AMOTA "1" PASE A P.22 (17)	¿A qué provincia (o país) pertenece ese lugar? SI NACIO EN LA REPUBLICA DOMINICANA, AMOTE EL NOMBRE DE LA PROVINCIA Y PASE A P.20 (18)	¿En qué año vino (NOMBRE) a vivir en la Rep. Dominicana? AMOTE EL AÑO Y PASE A P.22 SI NO SABE AMOTE "98" (19)	SI LA PERSONA ES VISITANTE (CODIGO "2" EN P.4, PASE A P.22), DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Dónde vivía (NOMBRE) antes de venir a vivir a esta localidad? AMOTE SI ES UNA LOCALIDAD URBANA (PUEBLO O CIUDAD), O RURAL (SECCION O PARAJE) Y A QUE PROVINCIA PERTENECE. (20)	¿En qué año vino (NOMBRE) a vivir a esta localidad? SI NO SABE AMOTE "98" (21)	¿Durante los últimos 7 días tuvo algún empleo o trabajo (o chiripa) por paga o ganancia, o sin paga para un familiar? SI "SI" PASE P.26 (22)	¿Cuál fue su situación la semana pasada? LEA OPCIONES: 1. BUSCO TRABAJO (PASE P.25) 2. ESTUDIANTE 3. OFICIOS DEL HOGAR 4. RENTISTA 5. JUBILADO O PENSIONADO 6. OTRA 8. NO SABE (23)	¿Estaría (NOMBRE) dispuesto(a) a trabajar por paga o ganancia si encontrara un trabajo? (24)	¿Ha trabajado (NOMBRE) antes por paga o ganancia o sin paga para un familiar? (25)	¿Cuál fue la ocupación u oficio principal que desempeñó (NOMBRE) la semana pasada (o su última ocupación si no tuvo trabajo)? (26)	¿Ese trabajo lo desempeña/ba como: LEER OPCIONES 1 ASALARIADO(A) 2 EMPLEADOR/A 3 CUENTA PROPIA 4 FLIAR SIN PAGA 5 OTRA 8 NO SABE (27)
01																
02																
03																
04																
05																

NO. DE LINEA	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA O PAIS DE NACIMIENTO	AÑO LLEGADA AL PAIS	LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR	AÑO LLEGADA	CARACTERISTICAS ECONOMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS									
						¿En qué lugar vivía la madre de (NOMBRE) cuando él o ella nació? 1. Localidad de la entrevista 2. Otra localidad del país 3. En el extranjero 8. No sabe SI ANOTA "1" PASE A P.22 (17)	¿A qué provincia (o país) pertenece ese lugar? SI NACIO EN LA REPUBLICA DOMINICANA, ANOTE EL NOMBRE DE LA PROVINCIA Y PASE A P.20 (18)	¿En qué año vino (NOMBRE) a vivir en la Rep. Dominicana? ANOTE EL AÑO Y PASE A P.22 SI NO SABE ANOTE "98" (19)	SI LA PERSONA ES VISITANTE (CODIGO 72 EN P.4, PASE A P.22), DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Dónde vivía (NOMBRE) antes de venir a vivir a esta localidad? ANOTE SI ES UNA LOCALIDAD URBANA (PUEBLO O CIUDAD), O RURAL (SECCION O PARAJE) Y A QUE PROVINCIA PERTENECE. (20)	¿En qué año vino (NOMBRE) a vivir a esta localidad? SI NO SABE ANOTE "98" (21)	¿Durante los últimos 7 días tuvo (NOMBRE) algún empleo o trabajo (o chiripa) por paga o ganancia, o sin paga para un familiar? SI "SI" PASE P.26 (22)	¿Cuál fue su situación la semana pasada? LEA OPCIONES: 1. BUSCO TRABAJO (PASE P.25) 2. ESTUDIANTE 3. OFICIOS DEL HOGAR 4. RENTISTA 5. JUBILADO O PENSIONADO 6. OTRA 8. NO SABE (23)	¿Estaría (NOMBRE) dispuesto(a) a trabajar por paga o ganancia si encontrara un trabajo? (24)	¿Ha trabajado (NOMBRE) antes por paga o ganancia o sin paga para un familiar? (25)	¿Cuál fue la ocupación u oficio principal que desempeñó (NOMBRE) la semana pasada (o su última ocupación si no tuvo trabajo)? (26)
		PROVINCIA O PAIS	AÑO	U R NS PROVINCIA O PAIS	AÑO	SI NO NS		SI NO NS	SI NO NS	1 2 8	(PASE A SGTE. PERSONA)				SI NO NS
06				1 2 8		1 2 8		1 2 8	1 2 8						1 2 8
07				1 2 8		1 2 8		1 2 8	1 2 8						1 2 8
08				1 2 8		1 2 8		1 2 8	1 2 8						1 2 8
09				1 2 8		1 2 8		1 2 8	1 2 8						1 2 8
10				1 2 8		1 2 8		1 2 8	1 2 8						1 2 8

B. VIVIENDA Y HOGAR

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
30	TIPO DE VIVIENDA	CASA INDEPENDIENTE.....01 APARTAMENTO.....02 CASA EN HILERA O BLOQUE.....03 VIVIENDA EN PIEZA O PARTE DE ATRAS.....04 BARRACON.....05 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
31	¿Es esta casa propia, alquilada, cedida, prestada, o la ocupa este hogar bajo otra condición?	PROPIA PAGADA.....01 PROPIA PAGANDOSE.....02 ALQUILADA.....03 PRESTADA O CEDIDA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	P33 P33 P33 P33
32	¿Cuánto paga de alquiler mensualmente?	PESOS DOMINICANOS \$ NO SABE 9 9 9 9 8	
33	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCION DEL PISO	PISO NATURAL TIERRA.....11 PISO ACABADO MADERA.....31 MOSAICO/GRANITO/MARMOL.....33 CEMENTO.....34 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
34	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LAS PAREDES	BLOQUES / CEMENTO.....01 MADERA.....02 PALMA.....03 TEJAMANIL.....04 LADRILOS.....05 YAGUA.....06 MATERIALES DE DESHECHO.....07 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
35	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCION DEL TECHO	CONCRETO.....01 ZINC.....02 ZINC DE CARTON.....03 TEJAS.....04 ASBESTO CEMENTO.....05 MADERA.....06 CANA.....07 YAGUA.....08 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
36	¿Cuántas habitaciones tiene esta vivienda (la parte que usa este hogar) sin incluir cocina ni baños?	NUMERO DE CUARTOS.....	
37	¿Cuántos dormitorios (aposentos) tiene la vivienda (o la parte que ocupa este hogar)?	NUMERO DE DORMITORIOS.....	
38	¿Qué tipo de alumbrado tiene esta vivienda?	ELECTRICIDAD DE LA CDE.....01 PLANTA ELECTRICA Y/O INVERSOR.....02 1 Y 2.....03 LAMPARAS DE GAS PROPANO.....04 LAMPARAS DE GAS KEROSENE.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
39	¿Cuál es el principal combustible que utilizas para cocinar?	GAS PROPANO.....01 CARBON.....02 LEÑA.....03 ELECTRICIDAD.....04 KEROSENE.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO COCINAN.....97	
40	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de este hogar?	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA.....11 DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 AGUA EMBOTELLADA.....61 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	P42

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
41	¿Hierven o filtran el agua para beber?	SI.....1 NO.....2	
42	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para otro uso en el hogar que no sea para beber (lavar las manos, lavar los platos, bañarse, etc.)?	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 → P44 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
43	¿Cuánto tiempo le toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS..... EN EL SITIO.....996	
44	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene este hogar?	INODORO DE ARRASTRE INODORO PRIVADO.....11 INODORO COLECTIVO.....12 FOSO/LETRINA LETRINA PRIVADA CON CAJON.....21 LETRINA PRIVADA SIN CAJON.....22 LETRINA COLECTIVA CON CAJON.....23 LETRINA COLECTIVA SIN CAJON.....24 NO HAY SERVICIO.....31 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
45	¿Tiene en su hogar?	SI NO a. ABANICO.....1 2 b. RADIO.....1 2 c. EQUIPO DE MUSICA.....1 2 d. AIRE ACONDICIONADO.....1 2 e. TELEVISOR.....1 2 f. NEVERA.....1 2 g. ESTUFA.....1 2 h. PLANCHA ELECTRICA.....1 2 i. LAVADORA DE ROPA.....1 2 j. CALENTADOR DE AGUA.....1 2 k. BOMBA DE AGUA.....1 2 l. CISTERNA.....1 2 m. TELEFONO.....1 2	
46	¿Algún miembro de su hogar tiene:	SI NO a. CARRO.....1 2 b. MOTOR.....1 2 c. BICICLETA.....1 2	
47	¿Cómo eliminan la basura en este hogar?	AYUNTAMIENTO.....01 ATTWOODS.....02 OTRA EMPRESA PRIVADA U OTRA PERSONA.....03 LA QUEMAN.....04 LA TIRAN EN EL PATIO/SOLAR.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
48	¿Qué tipo de sal utilizan en este hogar para cocinar sus alimentos?	SAL EN GRANOS.....01 SAL ENVASADA CON MARCA.....02 SAL ENVASADA SIN MARCA.....03 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
49	¿Me puede mostrar la sal que utilizan?	POSITIVO (MORADO) NEGATIVO (BLANCO) NO HAY SAL 1 2 3 HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL UTILIZADA PARA COCINAR. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE AL RESULTADO DE LA PRUEBA 1..... 0 2..... 25 3..... 50 4..... 75 5..... 100 SI EL ENVASE DE SAL TIENE MARCA, ESCRIBALA: _____ _____	
50	ANOTE LA HORA DE FIN DE CUESTIONARIO	HORA..... MINUTOS.....	
51	CONTINUE CON EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL PARA CADA MUJER ELEGIBLE DEL HOGAR. SI NO HAY MUJERES ELEGIBLES APLIQUE EL CUESTIONARIO DE MORBILIDAD Y GASTOS EN SALUD Y EL DE HOMBRES, SI PROCEDE		

República Dominicana

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DEMOGRAFICOS (CESDEM)

ASOCIACION DOMINICANA
PRO BIENESTAR DE LA
FAMILIA (PROFAMILIA)

OFICINA NACIONAL DE
PLANIFICACION (ONAPLAN)

Encuesta Demográfica y de Salud, 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION	
AREA DE SUPERVISION CENSAL.....	
CONGLOMERADO ENDESA-96.....	
NUMERO DE SELECCION DE LA VIVIENDA.....	
NUMERO DEL HOGAR.....	
PROVINCIA _____	
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL _____	
ZONA 1 URBANO 2 RURAL	
TIPO DE LOCALIDAD.....	
ESTRATO SOCIOECONOMICO (SOLO PARA SANTO DOMINGO).....	
NOMBRE DEL LUGAR _____	
CALLE _____ No. _____	
NOMBRE DEL (LA) JEFE(A) DE HOGAR _____	
NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA MUJER _____	

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA				DIA
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				MES
RESULTADO				AÑO
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NOMBRE
CODIGOS DE RESULTADO: 1. ENTREVISTA COMPLETA 2. AUSENTE 3. APLAZADA 4. RECHAZADA 5. RESPONDIDA PARCIALMENTE 6. INCAPACITADA 7. OTRA _____ (ESPECIFIQUE)			RESULTADO	
			NUMERO TOTAL DE VISITAS	

NOMBRE FECHA	SUPERVISORA: _____ _____ _____	CRITICADO EN EL CAMPO POR: _____ _____ _____	CRITICADO EN LA OFICINA POR: _____ _____ _____	DIGITADO POR: _____ _____ _____
-----------------	---	--	--	---

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. ¿Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí en _____? (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	→105 →105
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en (la capital) en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
107	¿Alguna vez asistió usted a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→114
108	¿Cuál fué el último año de estudios que usted aprobó y de qué nivel?	NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 UNIVERSIDAD..... 3	
110	VERIFIQUE 106: MEMOS DE 30 AÑOS 30 AÑOS O MAS		→113
111	¿Actualmente está usted asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→113
112	¿Cuál fue la principal razón por la que usted dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO O UNIO..... 02 PARA CUIDAR LOS NIÑOS PEQUEÑOS..... 03 PARA AYUDAR A LA FAMILIA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS..... 04 NO PODIAN PAGAR LA ESCUELA..... 05 NECESITABA GANAR DINERO..... 06 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO QUISO SEGUIR ESTUDIANDO..... 08 ESCUELA MUY LEJOS..... 09 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	VERIFIQUE 108: NINGUNO O PRIMARIA SECUNDARIA O UNIVERSITARIA		→115
114	¿Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FACILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 NO PUEDE LEERLO..... 3	→116
115	¿Cuantos días a la semana lee usted periódicos?	TDOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
116	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	
117	¿Cuántos días a la semana ve usted televisión?	TODOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	
120	COTEJE LA P.4 EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR LA MUJER ENTREVISTADA NO ES RESIDENTE HABITUAL	LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL	→201
121	Ahora, me gustaría preguntarle acerca del sitio en el que usted vive habitualmente ¿Vive Ud. habitualmente en (la capital) una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero? _____ (NOMBRE DEL LUGAR) SI RESPONDE CIUDAD O PUEBLO ANOTE EL NOMBRE	EN LA CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EN EL EXTRANJERO.....4	→123
122	¿A cuál MUNICIPIO pertenece ese lugar?	_____ (NOMBRE DEL MUNICIPIO)	
123	¿De qué tipo es la vivienda donde usted reside habitualmente? LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS	CASA INDEPENDIENTE.....1 APARTAMENTO.....2 CASA EN HILERA O BLOQUE.....3 VIVIENDA EN PIEZA O PARTE DE ATRAS.....4 BARRACON.....5 OTRA.....6 (ESPECIFIQUE)	
124	¿La casa en que usted vive es propia, alquilada, cedida, prestada o la ocupa su hogar bajo otra condición?	PROPIA PAGADA.....1 PROPIA PAGANDOSE.....2 ALQUILADA.....3 PRESTADA O CEDIDA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE)	→126 →126
125	¿Cuánto pagan de alquiler?	PESOS DOMINICANOS \$ _____ NO SABE.....9 9 9 8	
126	¿Cuál es el principal material del piso de su casa?	PISO NATURAL TIERRA.....11 PISO ACABADO MADERA.....31 MOSAICO/GRANITO/MARMOL.....33 CEMENTO.....34 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
127	¿Cuál es el principal material de construcción de las paredes de su casa?	BLOQUES / CEMENTO.....01 MADERA.....02 PALMA.....03 TEJAMANIL.....04 LADRILLOS.....05 YAGUA.....06 MATERIALES DE DESHECHO.....07 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
128	¿Cuál es el principal material del techo de su casa?	CONCRETO / CEMENTO.....01 ZINC.....02 ZINC DE CARTON.....03 TEJAS.....04 ABESTO CEMENTO.....05 MADERA.....06 CANA.....07 YAGUA.....08 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
129	¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda (la parte que usa su hogar) sin incluir cocina ni baños?	NUMERO DE CUARTOS.....	
130	¿Cuántos dormitorios tiene la vivienda (o parte de la vivienda) que usa su hogar?	NUMERO DE DORMITORIOS.....	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
131	¿Qué tipo de alumbrado tiene la vivienda?	ELECTRICIDAD DE LA CDE.....01 PLANTA ELECTRICA Y/O INVERSOR...02 1 Y 2.....03 LAMPARAS A GAS PROPANO.....04 LAMPARAS A GAS KEROSENE.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
132	¿Cuál es el principal combustible que utilizan en su casa para cocinar?	GAS PROPANO.....01 CARBON.....02 LEÑA.....03 ELECTRICIDAD.....04 KEROSENE.....05 OTRO.....06 (ESPECIFIQUE) NO COCINAN.....96	
133	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de su hogar?	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 AGUA EMBOTELLADA.....61 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	135
134	¿Hierven o filtran el agua para beber?	SI, PARA TODOS.....1 SI, PARA LOS NIÑOS.....2 NO.....3	
135	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para otro uso en su hogar que no sea para beber (lavarse las manos, lavar los platos, bañarse, etc.)	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	137
136	¿Cuánto tiempo le toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS..... EN EL SITIO.....996	
137	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?	INODORO DE ARRASTRE.....11 INODORO PRIVADO.....12 INODORO COLECTIVO.....12 FOSO/LETRINA LETRINA PRIVADA CON CAJON.....21 LETRINA PRIVADA SIN CAJON.....22 LETRINA COLECTIVA CON CAJON.....23 LETRINA COLECTIVA SIN CAJON.....24 NO HAY SERVICIO.....31 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
138	¿Tienen en su hogar?	SI NO a. ABANICO.....1 2 b. RADIO.....1 2 c. EQUIPO DE MUSICA.....1 2 d. AIRE ACONDICIONADO.....1 2 e. TELEVISOR.....1 2 f. NEVERA.....1 2 g. ESTUFA.....1 2 h. PLANCHA ELECTRICA.....1 2 i. LAVADORA DE ROPA.....1 2 j. CALENTADOR DE AGUA.....1 2 k. BOMBA DE AGUA.....1 2 l. CISTERNA.....1 2 m. TELEFONO.....1 2	
139	¿Algún miembro de su hogar tiene:	SI NO a. CARRO.....1 2 b. MOTOR.....1 2 c. BICICLETA.....1 2	
140	¿Cómo eliminan la basura en su hogar?	AYUNTAMIENTO.....01 ATTWOODS.....02 OTRA EMPRESA PRIVADA U OTRA PERSONA.....03 LA QUEMAN.....04 LA TIRAN EN EL PATIO/SOLAR.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los nacidos vivos o nacidas vivas que usted haya tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2	→206
202	De los hijos o hijas que usted ha tenido ¿Hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→204
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA.....	
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que esté vivo(a), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→206
205	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	
205A	SI TIENE HIJOS VIVOS QUE NO VIVEN CON ELLA: De los hijos varones que no viven con usted ¿Cuántos viven en el extranjero? SI TIENE HIJAS VIVAS QUE NO VIVEN CON ELLA De las hijas hembras que no viven con usted ¿Cuántas viven en el extranjero? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	HIJOS EN EL EXTRANJERO..... HIJAS EN EL EXTRANJERO.....	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo(a) pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro(a)) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→208
207	¿Cuántos hijos han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL.....	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Ud. ha tenido en TOTAL () hijos nacidos vivos durante toda su vida. Es correcto? SI ☐ NO ☐ → INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS ☐ NINGUN NACIDO VIVO ☐ →227		

211 Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.
SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.
ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Cual es el nombre de su primer (segundo, tercero) hijo o hija que tuvo?	¿Fue alguno de estos nacimientos múltiples? ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	Está (NOMBRE) vivo?	SI ESTA VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI ESTA MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO", INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITALE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	Mubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
02 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
03 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
04 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
05 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
06 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
07 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
08 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
09 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER.. 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA SUBTRAIGA EL AÑO DEL ULTIMO NACIMIENTO. ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	SI..... 1 NO..... 2	→224
223	Ha tenido Ud. algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO)? SI "SI" ANOTELOS EN LA TABLA DE NACIMIENTOS	SI..... 1 NO..... 2	
224	COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: NUMEROS IGUALES ☐ NUMEROS DIFERENTES ☐ → (PRUEBE Y CORRIJA) VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P215) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (P217) PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTO LA EDAD A LA MUERTE (219) PARA EDAD A LA MUERTE DE 12 MESES ó 1 AÑO: SE PROBO PARA DETERMINAR NUMERO EXACTO DE MESES		
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE PARTOS DE NACIDOS VIVOS (SI MELLIZOS O TRILLIZO CONSIDERARLO COMO 1) DESDE DESDE ENERO DE 1991. SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 227		
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 ANOTE "M" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "M"		
227	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 INSEGURA..... 8	→230
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene? ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA	MESES.....	
229	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MAS ADELANTE..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS..... 3	
230	¿Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→236
230A	¿Cuántos de esos embarazos terminaron en pérdida o aborto? ¿Cuántos de esos embarazos terminaron en nacidos muertos?	PERDIDAS..... NACIDOS MUERTOS.....	
231	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... AÑO.....	
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO DESDE ENERO DE 1991 ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO ANTES DE ENERO DE 1991		→236
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo? ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO	MESES.....	
234	COTEJE 230A: PERDIDAS+NACIDOS MUERTOS IGUAL A DOS O MAS SOLO UNA PERDIDA O NACIDO MUERTO		→236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1991. PARA CADA PERDIDA O NACIDO MUERTO PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE TERMINO DEL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.		
236	¿Cuándo tuvo su ultima regla o menstruación? (FECHA, SI LA DA)	HACE: DIAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 HISTERECTOMIZADA..... 993 ESTA EN LA MENOPAUSIA..... 994 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
237	¿Considera Ud. que entre el primer día de la regla y el primer día de la siguiente regla, hay días en que hay más posibilidades de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→300
238	¿Cuáles son los días de mayor posibilidad de quedar embarazada?	DURANTE SU PERIODO..... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADO EL PERIODO..... 02 EN LA MITAD DEL CICLO..... 03 JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIODO..... 04 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

SECCION 3. PLANIFICACION FAMILIAR

300. Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir acerca de los diferentes métodos que una pareja puede usar para evitar o dejar para después un embarazo.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" EN LA P301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO CONTINUE DE ARRIBA HACIA ABAJO CON LA COLUMNA 301A Y LEA EL NOMBRE DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" SI RECONOCE EL METODO, Y EL 2 SI NO LO RECONOCE, LUEGO PARA CADA METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A HAGA LA PREGUNTA 301B. POR ULTIMO, HAGA PREGUNTAS 302 Y 303 CUANDO PROCEDA.

301 ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? (NO MENCIONARLE EL METODO)	SI ESPON- TANEO	301A Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO NO MENCIONADO EN PREG. 301)?	301B En qué consiste o cómo se usa (EL METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 ó 301A)	302 Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO CON CODIGO "2" EN PREGUNTA 301A)?	303 Ha usado usted alguna vez el(la) (METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTAS 301, 301A, ó 302)?
		NO LEER EL CONCEPTO	SABE NO SABE	LEA EL CONCEPTO	SI NO
01 PASTILLAS (PILDORAS, MINIPILDORAS): las mujeres pueden tomar una pastilla todos los días.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
02 DIU (APARATICO): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato en la matriz.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
03 INYECCIONES: la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante varios meses.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
04 IMPLANTE (MORPLANT): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) que impiden que salga embarazada durante 5 años.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
05 TABLETA, OVULO, JALEA: la mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, óvulo, espuma, jalea, crema, antes de tener relaciones.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
06 CONDON (PRESERVATIVO): Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
07 ESTERILIZACION FEMENINA (PREPARARSE): las mujeres pueden hacerse una operación sencilla para prepararse para no tener más hijos.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2
08 ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA): Los hombres pueden hacerse una pequeña operación para evitar tener más hijos.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	¿Ha tenido su esposo/marido una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2
09 RITMO O METODO DE OVULACION: las parejas pueden evitar tener relaciones durante varios días del mes, cuando la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
10 RETIRO: los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular (terminar).	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
11 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA): Las mujeres pueden evitar embarazarse si alimentan a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses, y si no le ha llegado la regla.	1	1 2 (P302) < ☐	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
12 OTROS METODOS: ¿Ha oído usted hablar de alguno otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	1 2 (ESPECIFIQUE) 1 (ESPECIFIQUE)				1 2 1 2

304A COTEJE 301, 301A Y 302 PARA PASTILLA O PILDORA.

CONOCE (CODIGO 1) ☐

NO CONOCE (CODIGO 2) ☐

PASE A 304D

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
304B	¿Sabe usted cómo deben usarse las pastillas (píldoras)?	SI..... 1 NO..... 2	→304D
304C	¿Por favor, ¿puede usted decirme cuándo deben comenzar a usarse y cuál es la forma correcta de usarlas? (ANOTE AQUI LA RESPUESTA)	RESPUESTA CORRECTA.....1 RESPUESTA PARCIALMENTE CORRECTA.....2 RESPUESTA INCORRECTA.....3	
304D	COTEJE 303: NUNCA HA USADO UN METODO: ☐ HA USADO POR LO MENOS 1 METODO: ☐ →PASE A 308		
305	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→307
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		→331
307	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 303 (Y 301A Y 301B SI ES NECESARIO).		
308	¿Qué fue lo primero que hizo o qué método usó para demorar o evitar quedar embarazada?	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZ/FEMENINA..... 07 ESTERILIZ/MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA(METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
309	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NUMERO DE HIJOS.....	
311	VERIFIQUE 303 MUJER NO ESTERILIZADA ☐ MUJER ESTERILIZADA ☐ →314A		
312	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O NO SABE ☐ EMBARAZADA ☐ →325		
313	¿Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→325
314	¿Qué método están Uds. usando? CIRCULE EL METODO MENCIONADO Y PREGUNTE: ¿Están usando algún otro método (como condón, espuma, tableta, óvulos, etc.)? SI, "SI" ANOTE EL CODIGO EN LA CASILLA DE SEGUNDO METODO Y HAGA LOS PASES CORRESPONDIENTES AL PRIMER METODO MENCIONADO.	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA(METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) SEGUNDO METODO.....	→324 →318 →323 →324
314A	ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		
314B	¿En el momento en que Ud. comenzó a usar las pastillas, consultó con un médico o enfermera?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

10
254

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
316F	¿Por qué Ud. no está tomando las pastillas en estos días?	MARIDO NO ESTA..... 01 OLVIDO..... 02 RAZONES DE SALUD..... 03 CUESTAN MUCHO..... 04 NO NECESITA TOMARLA DIARIAMENTE..... 05 SE LE ACABARON..... 06 MENSTRUANDO..... 07 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
317	¿Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	COSTO (RD\$)..... GRATIS..... 96 NO SABE..... 98	→324
318	¿Dónde tuvo lugar la esterilización?. ¿En qué sitio? SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) _____ DIRECCION (Calle, Barrio) _____ (CIUDAD O PUEBLO) _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/P.N..... 14 SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA A PROFAMILIA..... 21 CLINICA PRIVADA..... 22 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 23	
318A	¿En qué fecha la(o) operaron?	MES..... AÑO.....	
318B	¿Cuánto tuvo Ud.(él) que pagar por la esterilización, incluyendo hospitalización, médicos, medicinas y exámenes?	PAGO..... 1 MONTO (RD\$) NO PAGO..... 2 NO SABE..... 8	
ELLA ESTERILIZADA ☐ MARIDO ESTERILIZADO ☐ →322			
318C	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz su último hijo? SI "SI" fué este un nacimiento por cesárea?	SI POR CESAREA..... 1 SI NORMAL..... 2 NO..... 3	
319	¿Lamenta Ud. haber sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	→320A
320	¿Por qué lamenta la operación?	DESEA OTRO HIJO..... 01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02 EFECTOS COLATERALES..... 03 NIÑO MURIO..... 04 SE VOLVIO A CASAR O UNIR /QUIERE UNIRSE..... 05 OTRA RAZON:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
320A	Tal y como están las cosas ahora, ¿Está Ud. satisfecha con la decisión de haberse esterilizado (preparado)?	SI..... 1 NO..... 2	→322
320B	¿Por qué no está Ud. satisfecha?	QUIERE TENER HIJOS..... 01 ESPOSO QUIERE TENER MAS HIJOS..... 02 RAZONES DE SALUD ASOCIADAS CON LA OPERACION..... 03 CAMBIOS EN EL ESTADO MARITAL..... 04 OPERACION FALLO..... 05 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	
322	VERIFIQUE 318A: ESTERILIZADA(O) ANTES DE ENERO 1991 ☐ V ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1991 VAYA DESPUES A → 327 ESTERILIZADA(O) DE ENERO 1991 EN ADELANTE ☐ V ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION VAYA DESPUES A → 325		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
323	¿Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO DE OVULACION)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
324	ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 314 EN EL MES ACTUAL EN LA COL.1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Cuando empezó a usar METODO ACTUAL continuamente? - Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente?		
325	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1991. USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES FRENTE AL ULTIMO MES DE USO. EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1. PREGUNTE LA RAZON PARA DEJAR DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO NO FUE INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: COLUMNA 1: • ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? Qué método fue ese? • ¿Cuándo empezó Ud. a usar ese método? Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? • ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces? COLUMNA 2: • ¿Por qué dejó Ud. de usar el método? • ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones? SI DELIBERADAMENTE DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "¿Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (METODO)?" Y ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.		
327	VERIFIQUE 312 A 314: SI ESTA EMBARAZADA PASE A 332. SI NO USA METODO ANTICONCEPTIVO PASE A 331. SI USA METODO, PONGA UN CIRCULO EN EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE.	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	→328 →329 →332
328	¿Dónde obtuvo Ud. (METODO) la última vez? SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) _____ DIRECCION (Calle, Avenida, Barrio) _____ (CIUDAD O PUEBLO) _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ COMAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N..... 14 PROMOTOR(A) DE SESPAS..... 15 PROMOTORA DEL CEA..... 16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA..... 21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 22 CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO..... 23 COLMADO O SUPERMERCADO..... 24 FARMACIA..... 25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA..... 26 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM..... 28 PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE..... 29 PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI..... 30 PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
328A	PARA USUARIAS DE PILDORA, METODOS VAGINALES, INYECCION O CONDOM		→329
328B	USUARIAS DE DIU, IMPLANTE O ESTERILIZACION FEMENINA En la época en que decidió usar ese método, ¿Fue referida (enviada) por una promotora o voluntaria a algún establecimiento de salud, para que la operaran (le colocaran el DIU o el IMPLANTE)?	SI..... 1 NO..... 2	→328D
328C	¿Para qué institución trabaja o trabajaba la persona que le dio el referimiento (la envió) para la esterilización (la colocación del DIU O EL IMPLANTE)?	PROMOTORA/VOLUNTARIA DE MUDE..... 01 EXTENSIONISTA DE CARE..... 02 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 03 PROMOTORA/OPERADORA DE SALON DE BELLEZA DE ADOPLAFAM..... 04 PROMOTORA DEL IDDI..... 05 PROMOTOR(A) DE SESPAS..... 06 PROMOTORA DEL CEA..... 07 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
328D	VERIFIQUE 327: ☐ ELLA O EL ESTERILIZADA(O) ☐ NO ESTERILIZADA(O) →329		
328E	Cuando Ud. fué a que le colocaran el (DIU/IMPLANTE) ¿Cuánto tuvo que pagar Ud.(él) por?: SI NO PAGO, ANOTE "0000" SI NO SABE, ANOTE "9998"	RDS CONSULTA..... ANTICONCEPTIVO..... OTROS GASTOS..... TODO.....	
328F	¿Cuántos controles del método se hizo en los últimos 12 meses? SI NINGUNO, ANOTE "0"	NUMERO..... NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
329	¿Sabe de otro lugar donde Ud. podría haber conseguido (MÉTODO) la última vez? (En el momento de hacerse la operación de esterilización (colocación del DIU/NORPLANT) sabía Ud. de otro lugar donde podría haber sido operada (habérselo colocado)?)	SI..... 1 NO..... 2	→330A
330	La gente selecciona el lugar donde puede conseguir los servicios de planificación familiar, por varias razones. ¿En su caso, cuál fue la principal razón por la que Ud. fué a (NOMBRE DEL LUGAR ANOTADO EN 318 O 328) en vez de otro lugar que usted conoce?	RAZON RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO CERCA AL HOGAR.....11 CERCA DEL TRABAJO.....12 DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....13 RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO PERSONAL MAS COMPETENTE/AMIGABLE.....21 LIMPIEZA.....22 OFRECE MAS PRIVACIDAD.....23 MENOR TIEMPO DE ESPERA.....24 MAYOR TIEMPO DE SERVICIO.....25 PRESTAN OTROS SERVICIOS.....26 MENORES COSTOS.....31 DESEO DE ANONIMATO.....41 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
330A	¿Ha tenido usted algún problema relacionado con el uso del (MÉTODO ACTUAL)?	SI..... 1 NO..... 2	→333H
330B	¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido? SI MENCIONA MAS DE UNO MARQUE CADA PROBLEMA MENCIONADO Y PREGUNTE: ¿Cuál es el problema principal? ANOTE EL CODIGO	ESPOSO/MARIDO DESAPRUEBA.....A EFECTOS COLATERALES.....B PREOCUPACIONES DE SALUD.....C ACCESO/DISPONIBILIDAD.....D PRECIO ELEVADO.....E INCOMODO DE USAR.....F ESTERILIZADA, QUIERE TENER MAS HIJOS.....G OTRA RAZON.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....2 CODIGO PROBLEMA PRINCIPAL.....	→333H

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
331	¿Cuál es la principal razón de que Ud. no esté usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	RAZON NO CASADA O UNIDA.....11 RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD NO TIENE REL. SEXUALES.....21 SEXO POCO FRECUENTE.....22 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA.....23 SUBFECUNDA/INFECUNDA.....24 → 333G POSTPARTO/LACTANCIA.....25 DESEA MAS HIJOS.....26 OPOSICION A USAR ENTREVISTADA SE OPONE.....31 MARIDO SE OPONE.....32 OTROS SE OPONEN.....33 PROHIBICION RELIGIOSA.....34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE METODO.....41 NO CONOCE FUENTE.....42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO PROBLEMAS DE SALUD.....51 MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....52 FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....53 MUY COSTOSO.....54 INCONVENIENTE PARA USAR.....55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56 FATALISTA.....61 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
332	¿Sabe Ud. de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2 → 333A	
333	¿Cuál es ese lugar? SI MARCO "CLINICA PRIVADA", PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) _____ DIRECCION (Calle, Avenida, Barrio) _____ (CIUDAD O PUEBLO) (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA.....11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS.....12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA.....13 HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N.....14 PROMOTOR(A) DE SESPAS.....15 PROMOTORA DEL CEA.....16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA.....20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22 CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23 COLMADO O SUPERMERCADO.....24 FARMACIA.....25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....26 PROMOTORA DE PROFAMILIA.....27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....28 PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE.....29 PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI.....30 PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI.....31 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
333A	COTEJE 313 Y 314: NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE O NO SE PREGUNTO ☐ ESTA ACTUALMENTE USANDO RITMO, RETIRO, MELA U OTRO METODO TRADICIONAL ☐ (PASE A 333G)	ESTA ACTUALMENTE USANDO METODO MODERNO ☐ → 333H	
333B	¿Piensa Ud. usar un método para evitar embarazos en el futuro?	SI.....1 → 333D NO.....2 NO SABE.....8 → 333G	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A																								
333C	¿Cuáles es la principal razón por la que usted no piensa usar ningún método?	NO UNIDA.....11→333F RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD.....22 SEXO POCO FRECUENTE.....23 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA.....24 SUBFECUNDA/INFERTIL.....25 DESEA MAS NIJOS.....25 OPUESTA A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE.....31 MARIDO SE OPONE.....32 OTROS SE OPONEN.....33 RAZONES RELIGIOSAS.....34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE METODO.....41 NO CONOCE FUENTE.....42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO.....51→333G PROBLEMAS DE SALUD.....52 MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....53 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS.....54 CUESTA MUCHO.....55 INCONVENIENTE DE USAR.....56 INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....61 FATALISTA.....61 NINGUNA OTRA RAZON.....95 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98																									
333D	¿Piensa Ud. usar un método en los próximos doce meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																									
333E	¿Cuando Ud. use un método, cuál preferiría usar?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 IMPLANTE/NORPLANT.....04 VAGINALES(TABLETA/ESPUMA/OVULO).....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08→333G RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA).....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98																									
333F	¿Usaría Ud. un método si estuviera casada/o en unión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																									
333G	¿En general, Ud. está de acuerdo o en desacuerdo en que las parejas usen un método para evitar o demorar embarazos?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO OPINA.....3																									
333H	¿Está Ud. de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar:	<table><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr><tr><td>a. RADIO.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>b. TELEVISION.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>c. PERIODICOS/REVISTAS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>d. AFICHES.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>e. FOLLETOS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr></table>		SI	NO	NS	a. RADIO.....1	2	8		b. TELEVISION.....1	2	8		c. PERIODICOS/REVISTAS.....1	2	8		d. AFICHES.....1	2	8		e. FOLLETOS.....1	2	8		
	SI	NO	NS																								
a. RADIO.....1	2	8																									
b. TELEVISION.....1	2	8																									
c. PERIODICOS/REVISTAS.....1	2	8																									
d. AFICHES.....1	2	8																									
e. FOLLETOS.....1	2	8																									
333I	¿Ha oído o leído Ud. en los últimos meses, algún mensaje sobre planificación familiar:	<table><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr><tr><td>a. RADIO.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>b. TELEVISION.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>c. PERIODICO/REVISTA.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>d. AFICHE/POSTER.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>e. FOLLETOS.....1</td><td>2</td><td></td></tr></table>		SI	NO	a. RADIO.....1	2		b. TELEVISION.....1	2		c. PERIODICO/REVISTA.....1	2		d. AFICHE/POSTER.....1	2		e. FOLLETOS.....1	2								
	SI	NO																									
a. RADIO.....1	2																										
b. TELEVISION.....1	2																										
c. PERIODICO/REVISTA.....1	2																										
d. AFICHE/POSTER.....1	2																										
e. FOLLETOS.....1	2																										
333J	¿En los últimos meses ha comentado Ud. sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI.....1 NO.....2→334																									
333K	¿Con quién ha comentado?	ESPOSO/COMPAÑERO.....A MADRE.....B PADRE.....C HERMANA(S).....D HERMANO(S).....E HIJA.....F SUEGRA.....G AMIGAS.....H OTRA:.....X (ESPECIFIQUE)																									
	ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE																										

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
334	¿En los últimos 12 meses le ha visitado una promotora/voluntaria de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿Ha visitado Ud. alguna clínica, hospital o consultorio médico (incluyendo clínicas y consultorios móviles) en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→338
336	¿Alguien de ese consultorio médico o establecimiento de salud le ha hablado acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
336A	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen de papanicolaou?	SI..... 1 NO..... 2	→336C
336B	¿Dónde le hicieron el último examen? SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) _____ DIRECCION (Calle, Barrio) _____ (CIUDAD O PUEBLO) (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/CONAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/P.N..... 14 SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA A PROFAMILIA..... 21 CLINICA PRIVADA..... 22 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 23 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
336C	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen (con las manos o rayos X) de los senos para ver si tenía algún tumor? SI "SI": QUE TIPO DE EXAMEN LE HICIERON?	MAMOGRAFIA..... 1 TACTO..... 2 AMBOS..... 3 NO SE HIZO..... 4	
338	¿Piensa Ud. que mientras una mujer está dando el seno aumentan las posibilidades de quedar embarazada o disminuyen o no cambian?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO CAMBIAN..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 5	
338A	¿Ha visto, oído o leído, en los últimos meses, algún mensaje sobre lactancia materna? en la radio? en la televisión? en un periódico o revista? en un afiche? en un folleto?	SI NO a. RADIO..... 1 2 b. TELEVISION..... 1 2 c. PERIODICO/REVISTA..... 1 2 d. AFICHE/POSTER..... 1 2 e. FOLLETOS..... 1 2	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	COTEJE 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991 ☐ NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1991 ☐ (PASE A 465)		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. SI HAY MAS DE TRES NACIDOS VIVOS USE HOJAS ADICIONALES Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.		
403	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212		
404	DE LA P. 212 Y DE LA P. 216	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐
405	¿Cuando usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería tener ese niño entonces, quería esperar hasta más tarde o no quería (más) niños?	ENTONCES.....1 (PASE A 407)<	ENTONCES.....1 (PASE A 407)<
		MAS TARDE.....2	MAS TARDE.....2
		NO MAS.....3 (PASE A 407)<	NO MAS.....3 (PASE A 407)<
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES.....1 AÑOS.....2 NO SABE.....998	MESES.....1 AÑOS.....2 NO SABE.....998
407	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) se chequeó el embarazo alguna vez? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿Con quién se chequeó? ¿se chequeó con alguien más? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE VIO.	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE).....Z NADIE.....Z (PASE A 409C)<	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE).....Z NADIE.....Z (PASE A 409C)<
407A	¿A qué lugar fue a chequearse por primera vez?	SECTOR PUBLICO.....11 HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO.....21 CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA.....25 U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....96 ESPECIFIQUE.....98 NO SABE.....98 PASE A 408<	SECTOR PUBLICO.....11 HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO.....21 CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA.....25 U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....96 ESPECIFIQUE.....98 NO SABE.....98 PASE A 408<
407B	¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE).....8 NO SABE.....98	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE).....8 NO SABE.....98
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a chequearse por primera vez?	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
409	¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante ese embarazo?	No. DE VECES..... NO SABE.....98	No. DE VECES..... NO SABE.....98
409A	¿Le hablaron de los beneficios de la lactancia materna en algunos de esos controles (chequeos)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409C)< NO SABE.....8
409B	¿Sobre cuáles beneficios recuerda usted que le hablaron? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	NUTRICIONALES.....A INMUNOLOGICOS.....B ANTICONCEPTIVOS(MELA).....C PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....D OTRO.....X (ESPECIFIQUE).....Y NO RECUERDA/NO SABE.....Y	NUTRICIONALES.....A INMUNOLOGICOS.....B ANTICONCEPTIVOS(MELA).....C PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....D OTRO.....X (ESPECIFIQUE).....Y NO RECUERDA/NO SABE.....Y

NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212				
		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
409C	¿Tuvo algún problema o complicación relacionado con el embarazo de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<
409D	¿Qué problemas tuvo?	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)
410	¿Cuando estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron una inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, o sea convulsiones después de nacido?	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<
410A	¿Por qué no le pusieron la vacuna?	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<
411	Durante ese embarazo, ¿Cuántas veces recibió la inyección?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
411A	¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de orina?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8
411B	¿Cuántas veces le hicieron el examen de la orina?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
411C	¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de la sangre?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8
411D	¿Cuántas veces le hicieron el examen de la sangre?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
411E	Durante el embarazo de (NOMBRE): (LEA OPCIONES Y ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE)	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E
412	¿Adónde dió usted a luz a (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<
412A	¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
414	¿En el momento del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. A. Trabajo prolongado, es decir, contracciones fuertes y regulares, durante más de 12 horas? B. Sangrado excesivo después del parto? C. Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? D. Convulsiones no causadas por fiebre? E. alguna otra complicación?	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
415A	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) a tiempo o nació prematuro, es decir, si se naciese u ochomesino?	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8
416	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8
417	¿Pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? (SI NO FUE PESADO, NO SABE O NO RECUERDA PIDA UNA ESTIMACION)	PESADO: LIBRAS ONZAS ESTIMADO: LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998	PESADO: LIBRAS ONZAS ESTIMADO: LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998	PESADO: LIBRAS ONZAS ESTIMADO: LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998
418A	Después del parto (de la cesárea) ¿le dejaron todo el tiempo a su hijo(a) en su cuarto o cama?	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←
418B	En el hospital (la clínica) ¿Algún miembro del personal le informó sobre como dar el seno?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
419	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 421)← NO.....2 (PASE A 422)←		
420	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI ULTIMO NACIMIENTO ES MULTIPLE, PASE A 424 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424)←	SI.....1 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424)←
421	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	NO EMBARAZADA ☐ ↓ (PASE A 424)	EMBARAZADA O INSEGURO ☐ ↓ (PASE A 424)	

	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212			
	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	
423	¿Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425)<		
424	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
425	¿Le dió el seno (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 426)< NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 426)< NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 426)< NO..... 2
425A	¿Por qué no le dió el seno a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SEÑO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA.....10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SEÑO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA.....10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SEÑO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA.....10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<
426	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) empezó a darle el seno?	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2
427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO ☐ MUERTO ☐ (PASE A 429)	VIVO ☐ MUERTO ☐ (PASE A 429)	VIVO ☐ MUERTO ☐ (PASE A 429)
428	¿Todavía le está dando el seno a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 432)< NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432)< NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432)< NO..... 2
429	¿Durante cuántos meses le dió Ud. el seno a (NOMBRE)? (SI MENOS DE UN MES ANOTE 00)	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
430	¿Por qué dejó de darle el seno a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJADORA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA.....09 QUEDO EMBARAZADA.....10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJADORA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA.....09 QUEDO EMBARAZADA.....10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJADORA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA.....09 QUEDO EMBARAZADA.....10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)

431	VERIFIQUE 404:	VIVO ☐ ↓ (PASE A 434) MUERTO ☐ ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)	VIVO ☐ ↓ (PASE A 437) MUERTO ☐ ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)	VIVO ☐ ↓ (PASE A 437) MUERTO ☐ ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)
432	Cuántas veces le dió el pecho anoche a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO	NUMERO DE VECES ANOCHE..... NO SABE.....98		
433	Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) ayer en las horas del día? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO	NUMERO DE VECES AYER..... NO SABE.....98		
434	¿En el día de ayer o anoche tomó (NOMBRE) algo en biberón, cucharita o gotero?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
435	¿En algún momento de ayer o de anoche se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente? Agua? Agua de azúcar? Agua de arroz? Crema de habichuelas? Jugo? Te de hierba o tisana? Leche especial para bebe? Leche de vaca o de chiva? Leche en polvo? Sopa? Otros líquidos? Puré de víveres? Puré de frutas? Compota? Algún otro alimento sólido o líquido?	SI NO NS a) AGUA1 2 8 b) AGUA DE AZUCAR.....1 2 8 c) AGUA DE ARROZ.....1 2 8 CREMA DE d) HABICHUELAS.....1 2 8 e) JUGO.....1 2 8 f) TE DE HIERBA O TISANA.....1 2 8 g) LECHE ESPECIAL PARA BEBE.....1 2 8 h) LECHE DE VACA O DE CHIVA.....1 2 8 i) LECHE EN POLVO.....1 2 8 j) SOPA.....1 2 8 k) OTROS LIQUIDOS.....1 2 8 l) PURE DE VIVERES.....1 2 8 m) PURE DE FRUTAS.....1 2 8 n) COMPOTA.....1 2 8 o) ALGUN OTRO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO.....1 2 8		
436	VERIFIQUE 435: ¿AYER SE LE DIO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO?	"SI" EN UNO O MAS ☐ "NO/NO SABE" EN TODOS ☐ (PASE A 438)		
437	(Además de la leche materna) ¿Cuántas veces comió (NOMBRE) ayer, incluyendo tanto las comidas principales como otras? SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8
438	¿Cuántos días de la última semana se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente? A) Agua? B) Leche? C) Otros líquidos diferente a leche y agua? D) Comida hecha de cereal? E) Comida hecha de víveres? F) Huevos? G) Carne/pollo/pescado? Cualquier otra comida sólida o semisólida? H) Compota? I) NO LE DIO NADA SI NO SABE, ANOTE "8"	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS AGUA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS DIFERENTE A LECHE Y AGUA..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE VIVERES..... HUEVOS..... CARNE/POLLO/PESCADO... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... COMPOTA..... NO LE DIO NADA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS AGUA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS DIFERENTE A LECHE Y AGUA..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE VIVERES..... HUEVOS..... CARNE/POLLO/PESCADO... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... COMPOTA..... NO LE DIO NADA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS AGUA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS DIFERENTE A LECHE Y AGUA..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE VIVERES..... HUEVOS..... CARNE/POLLO/PESCADO... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... COMPOTA..... NO LE DIO NADA.....

NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212				
438A	COTEJE 435 y 438:	NO SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA ☐	SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA ☐	☐ → PASE A 438C
438B	¿Se le dió (ha dado) alguna vez a (NOMBRE) agua o algo más de beber o alguna comida (diferente de la leche de seno)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<
438C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle algún alimento de la siguiente lista en forma permanente? Leche de lata especial para bebé? Agua? Otros líquidos? Algún alimento sólido o papilla? SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00"	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96
438D	COTEJE 438C	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439 MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES ☐	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439 MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES ☐	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439 MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES ☐
438E	¿Por qué empezó a darle otro alimento aparte del seno, antes de los 6 meses?	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)
439		DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440	DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440.	

SECCION 48. VACUNACION Y SALUD

440 ENTRE EN LA TABLA EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991. HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE TODOS LOS NACIMIENTOS, COMENZANDO POR EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE 3 NACIMIENTOS UTILICE HOJAS ADICIONALES).				
441	NUMERO DE LINEA DE LA PREG.212	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
443	¿Tiene una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI', ¿Puedo verla, por favor?	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)← SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)← NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)← SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)← NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)← SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)← NO HAY TARJETA.....3
444	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 447)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 447)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 447)← NO.....2
445	(1)COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA (2)ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DE 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO HAY FECHA ANOTADA. BCG POLIO (AL NACER) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 SARAMPION	DIA MES AÑO BCG PN P1 P2 P3 D1 D2 D3 SA	DIA MES AÑO BCG PN P1 P2 P3 D1 D2 D3 SA	DIA MES AÑO BCG PN P1 P2 P3 D1 D2 D3 SA
446	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO 1, 2, 3, Y/O SARAMPION	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445, PASE A 448H) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 448H) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 448H) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←
447	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)← NO SABE.....8
448	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:			
448A	¿Recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo o en el hombro izquierdo que deja una cicatriz?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
448B	¿Recibió la vacuna contra el polio, esto es, gotas en la boca?	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)← NO SABE.....8
448C	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES.	NUMERO DE VECES.	NUMERO DE VECES.
448D	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el polio, cuando nació o más adelante?	AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2	AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2	AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2
448E	¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone junto con las gotitas del polio?	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)← NO SABE.....8
448F	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES.	NUMERO DE VECES.	NUMERO DE VECES.
448G	¿Recibió una inyección contra el sarampión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8

	ULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE
448H	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando lo llevó a chequear por primera vez para ver como estaba? (SI MENOS DE UN MES ANOTE "00")	MESES..... NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98	MESES..... NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98
448I	COTEJE 216: ESTA EL NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO ☐ MUERTO ☐ ↓ (PASE A 449)	VIVO ☐ MUERTO ☐ ↓ (PASE A 449)
448J	REGRESE A 443 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MAS, PASE A 465.		
449	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
450	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
450A	¿Ha estado (NOMBRE) con tos en las últimas 24 horas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
450B	¿Cuántos días (le duró/le ha durado) la tos? SI MENOS DE UN DIA, ANOTE "00"	DIAS.....	DIAS.....
451	¿Cuándo (NOMBRE) estaba enfermo(a) con la tos, respiraba más rápido que de costumbre (respiraciones cortas y rápidas)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
451A	COTEJE 449 Y 450: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 449 O 450 OTRO ☐ → (PASE A 454)	"SI" EN 449 O 450 OTRO ☐ → (PASE A 454)
451B	¿Le dieron algo a (NOMBRE) para tratarle la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
451C	¿Qué le dieron para tratarle la fiebre o la tos, si le dieron algo? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE)	INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E REMEDIO CASERO/ HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E REMEDIO CASERO/ HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
452	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <
452A	¿Cuántos días esperó para buscar atención o ayuda?	DIAS..... El mismo día.....00	DIAS..... El mismo día.....00
453	¿Adónde pidió consejo o tratamiento para la fiebre o tos, si le dieron algo? ¿Alguien más? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
454	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	
454A	REGRESE A 443 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.			
454B	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las últimas 24 horas? SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	
454C	¿Cuántos días le ha durado/le duró la diarrea? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00" DIAS.....	DIAS.....	DIAS.....	
455	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
456	¿En el peor día de la diarrea cuántas evacuaciones tuvo (NOMBRE)? NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	
457	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dió la misma cantidad de líquido que le daba antes de que tuviera diarrea, le dió más o le dió menos? LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
458	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dió la misma cantidad de alimentos que le daba antes de que tuviera diarrea, le dió más o le dió menos? LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
459	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo diarrea le dieron a beber algo de lo siguiente: Suero oral o suero de sobre que se prepara con un paquete de sales de rehidratación oral? Agua de arroz o de otro cereal? Sopa? Suero casero preparado con agua de sal? Leche natural o leche de fórmula? Agua? Algún otro líquido? (ESPECIFIQUE)	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8
459A	VERIFIQUE 459: ☐ LE DIO SUERO DE SOBRE ☐ NO LE DIO SUERO DE SOBRE	→460		
459B	¿Donde consiguió el sobre de sales de rehidratación oral?	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO/NEGOCIO/SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO / NEGOCIO SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO / NEGOCIO SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96
460	¿Le dió algo más para la diarrea diferente a este líquido? SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
461	¿Qué le dieron para tratarle la diarrea? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
462	Buscó consejo o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<
463	¿Adónde pidió consejo ? ¿Alguien más? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE
464		REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465
465	Quando un niño tiene diarrea se le debería dar menos líquidos que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
466	Quando un niño tiene diarrea se le debería dar menos comida que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
467	Quando un niño está enfermo con diarrea, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud? (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	SED.....A OJOS HUNDIDOS.....B BOCA Y LENGUA SECA.....C DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS.....D CUALQUIER DEPOSICION ACUOSA.....E VOMITO REPETIDO.....F CUALQUIER VOMITO.....G SANGRE EN LAS DEPOSICIONES.....H FIEBRE.....I ANSIAS.....J NO COME/NO BEBE BIEN.....K SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....L SI NO HAY MEJORIA.....M NIÑO DEMACRADO/DEBIL.....N OTRO:.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Y		
468	Quando un niño está enfermo con tos, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud? (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	RESPIRACION AGITADA.....A DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....B RESPIRACION RUIDOSA.....C FIEBRE.....D INCAPAZ DE BEBER.....E NO COME/NO BEBE BIEN.....F SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....G SI NO HAY MEJORIA.....H TOS PERSISTENTE O EXCESIVA.....I OTRO:.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Y		
469	VERIFIQUE 459 TODAS LAS COLUMNAS: NINGUN NIÑO RECIBIO SRO. O NO SE PREGUNTÓ ☐ ALGUN NIÑO RECIBIO SRO. ☐	470-A		
470	Ha oído Ud. hablar de algún producto especial llamado suero de rehidratación oral que se puede usar cuando el niño tiene diarrea?	SI.....1 NO.....2		

470-A	COTEJE 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991 ☐	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1991 ☐ → (PASE A 501)		
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
471	COTEJE 216: ¿ESTA EL (LA) NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO(A) MUERTO(A) ☐ (PASE A 443, PROXIMA COLUMNA)	VIVO(A) MUERTO(A) ☐ (PASE A 443, PROXIMA COLUMNA)	VIVO(A) MUERTO(A) ☐ (PASE A 501)
472	Usted me dijo que (NOMBRE) murió ¿De qué murió él/ella?	_____ (ESPECIFIQUE) ☐	_____ (ESPECIFIQUE) ☐	_____ (ESPECIFIQUE) ☐

SECCION 5. NUPCIALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO.	SI NO a. NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.... 1 2 b. MARIDO..... 1 2 c. OTROS HOMBRÉS..... 1 2 d. OTRAS MUJERES..... 1 2	
502	Actualmente está Ud. casada o vive en unión con un hombre?	ACTUALMENTE CASADA..... 1 VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 NO EN UNION..... 3	→507
503	Actualmente tiene Ud. un compañero regular, ocasional o no tiene?	COMPAÑERO SEXUAL REGULAR..... 1 COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL..... 2 NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL..... 3	
504	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	ESTUVO CASADA..... 1 VIVIO EN UNION LIBRE..... 2 NO..... 3	→506 →511
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA ENERO DE 1991 ----->514A		
50	¿Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	→511
507	Su esposo/compañero vive actualmente con Ud. o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO DEL PAIS..... 2 VIVE EN EL EXTRANJERO..... 3	
511	Ha estado Ud. casada o en unión libre sólo una vez, o más de una vez? SI MAS DE UNA VEZ, PREGUNTE: ¿Cuántas veces?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2 No. DE VECES.....	→511
512	VERIFIQUE 511: CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: ☐ v En qué mes y año empezó a vivir junto con su esposo/marido? CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: ☐ v En qué mes y año empezó a vivir junto con su primer esposo/marido?	MES..... NO SABE MES..... 98 AÑO..... NO SABE AÑO..... 98	→514
513	¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. cuando empezó a vivir junto con él?	EDAD..... NO SABE..... 98	
514	DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1991. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1991. PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZO A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIACION DE CUALQUIER UNION SUBSECUENTE. PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACION DE OTRAS UNIONES.		
514A	VERIFIQUE 502: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA ☐	ACTUALMENTE NO CASADA NI UNIDA ☐	→515F
515	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? ANOTE EL NUMERO DE DIAS, SEMANAS, MESES O AÑOS. SI FUE EL MISMO DIA, ANOTE "00"	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 AÑOS.....4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
515A	VERIFIQUE 301, 301A, Y 302 CONOCE CONDON ☐ NO CONOCE CONDON ☐ V ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposo/marido) utilizaron condón? V Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una fundita de goma en su pene durante las relaciones. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposo/marido) utilizaron condón?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
	Ahora quiero hacerle algunas preguntas que sólo interesan para entender mejor los aspectos relacionados con la salud reproductiva de la población. Por tanto las informaciones que usted nos dé son estrictamente confidenciales.		
515B	¿En los últimos 12 meses ha tenido Ud. relaciones sexuales con alguna otra persona aparte de su esposo o marido?	SI.....1 NO.....2	→P517
515C	¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales con otra persona aparte de su esposo/marido?	DÍAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 AÑOS.....4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996	
515D	¿Usaron condones en esa ocasión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....8	
515E	En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas aparte de su marido/esposo ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NUMERO DE PERSONAS..... NO SABE.....98	→517
515F	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mayor comprensión de algunos temas de planificación familiar ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales, si las ha tenido?	NUNCA HA TENIDO.....000 DÍAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 AÑOS.....4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996	→601
516	VERIFIQUE 301, 301A, Y 302 CONOCE CONDON ☐ NO CONOCE CONDON ☐ V ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón? V Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una fundita de goma en su pene durante las relaciones. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
516A	VERIFIQUE 515F: MENOS DE 12 MESES DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL ☐ 12 MESES O MAS DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL ☐		→517
516B	En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales?	NUMERO DE PERSONAS..... NO SABE.....98	
517	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI.....1 NO.....2	→519

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
518	¿Cuál es ese lugar? SI MARCO "CLINICA PRIVADA", ANOTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) _____ DIRECCION (CALLE, AVENIDA, BARRIO) _____ (CIUDAD/PUEBLO) _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA.....11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS.....12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA.....13 HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N.....14 PROMOTOR(A) DE SESPAS.....15 PROMOTORA DEL CEA.....16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA.....20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22 CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23 COLMADO O SUPERMERCADO.....24 FARMACIA.....25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....26 PROMOTORA DE PROFAMILIA.....27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....28 PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE.....29 PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI.....30 PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI.....31 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
519	Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD..... CUANDO SE CASO O UNIO..... 96	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 314: NUNCA ESTERILIZADA(O) ☐ EL O ELLA ESTERILIZADOS ☐		→612
602	VERIFIQUE 227 NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐ Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ninguno (más) hijo(s)? Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1 NO MAS/NINGUNO..... 2 NO PUEDE/NO LE CONVIENE..... 3 QUEDAR EMBARAZADA..... 4 INDECISA/NO SABE..... 8	→612 →604
603	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐ ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes de nacimiento de otro niño?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 POCO TIEMPO/AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE/NO LE CONVIENE..... 994 QUEDAR EMBARAZADA..... 995 DESPUES DEL MATRIMONIO..... 996 OTRA: (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	→612
604	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐		→612
605	¿Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas, se sentiría bien (contenta o feliz), se sentiría mal (triste o infeliz), o no le preocuparía?	SE SENTIRIA BIEN..... 1 SE SENTIRIA MAL..... 2 NO LE PREOCUPARIA..... 3	
612	VERIFIQUE 216 TIENE HIJOS VIVOS ☐ NO TIENE HIJOS VIVOS ☐ Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE	NUMERO:..... OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 96	→ 620
613	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran hembras y cuántos varones o no le importaría?	NIÑAS NIÑOS CUALQUIERA NUMERO.... OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 999996	
620	VERIFIQUE: 502 CASADA O UNIDA ACTUALMENTE ☐ NO EN UNION ☐		→701
621	Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/marido sobre planificación familiar. ¿Piensa Ud. que su esposo/marido está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?	DE ACUERDO..... 1 EN DESACUERDO..... 2 NO SABE..... 8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
622	¿Con qué frecuencia Ud. y su esposo/marido hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA HAN HABLADO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 A MENUDO..... 3 NO HABLAN PORQUE USAN METODO..... 4	
623	¿Piensa Ud. que su esposo/marido desea (deseaba) tener con Ud. el mismo número de hijos que Ud. quiere (quería), o él quiere (quería) más o menos que Ud.?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 502 Y 504 ACTUALMENTE CASADA O UNIDA ☐ ANTERIORMENTE CASADA O UNIDA ☐ NUNCA CASADA O UNIDA ☐		→703 →709
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/marido?	EDAD	
703	¿Su (último) esposo/marido alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→706
704	¿Cuál fué el último año de estudios que él aprobó y de qué nivel?	NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 UNIVERSITARIA..... 3 NO SABE..... 998	
706	¿Cuál es (era) la ocupación de su (último) esposo/marido? Es decir ¿qué clase de trabajo hace (hacía) él principalmente?		
706A	¿Es (era) él empleado de algún familiar, o de otra persona particular, empresa o institución o trabaja (trabajaba) independientemente?	FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA PARTICULAR..... 2 EMPRESA O INSTITUCION..... 3 INDEPENDIENTE..... 4 NO SABE..... 8	→706D →706D
706B	¿Emplea (empleaba) alguna o algunas personas en su negocio (comercio, empresa, finca, etc.)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3	→706D
706C	¿Cuántos trabajadores o empleados tiene (tenía)?	EMPLEADOS/TRABAJADORES 97 O MAS..... 96 NO SABE..... 98	
706D	VERIFIQUE 502: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA ☐ ACTUALMENTE NO CASADA O UNIDA ☐		→707
706E	¿Cuánto gana(ba) su marido por mes, incluyendo el valor de cualquier beneficio en especie (alimentos, etc.)?	PESOS RD\$ 99,000 PESOS O MAS..... 99996 NO SABE..... 99998	
707	VERIFIQUE 706: TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA ☐ NO TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA ☐		→709
708	¿Su esposo/marido trabaja (trabajó) principalmente en su propia tierra, tierra de la familia, en tierra arrendada o en tierra de otros?	PROPIA TIERRA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4	
709	Ahora me voy a referir al trabajo suyo: ¿Aparte del trabajo de la casa, actualmente está Ud. trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	→712 →712
710	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Tiene Ud. actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	→712 →712
711	¿Ha trabajado Ud. en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→726

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
725	¿Quién cuida normalmente de (NOMBRE DEL NIÑO(A) MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/MARIDO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 LA MADRE/SUEGRA..... 05 OTROS PARIENTES..... 06 VECINOS..... 07 AMIGOS..... 08 EMPLEADA DOMESTICA..... 09 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 10 CUIDADO INSTITUCIONAL..... 11 NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
726	¿Ha vivido Ud. solamente en una localidad o en más de una localidad desde enero de 1991?	UNA LOCALIDAD..... 1 MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2	→728
727	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CAPITAL, "2" PARA CIUDAD/PUEBLO Y "3" PARA CAMPO). EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1991. PASE A		→801
728	¿En qué mes y año vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL MOVIMIENTO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CAPITAL, "2" CIUDAD/PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS MOVIMIENTOS Y TIPOS DE LOCALIDADES. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: -¿Dónde vivió Ud. antes de ...? -¿En que mes y año llegó allí? -¿Es ese lugar la capital, una ciudad o pueblo, o un campo?		

SECCION 8. ENFERMEDADES VAGINALES, ETS Y SIDA

Como usted sabe, hay enfermedades que les dan a los hombres y a las mujeres; algunas de ellas en los órganos genitales, como es el caso de algunas infecciones vaginales (en sus partes) y otras enfermedades que se transmiten con las relaciones sexuales o de otras formas.

	801A Conoce Ud. o ha oído hablar de la (ENFERMEDAD)		801B Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido Ud. (LA ENFERMEDAD CON CODIGO "1" EN 801A)?		801C ¿Buscó usted tratamiento para atenderse de (LA ENFERMEDAD CON CODIGO "1" EN 801B)?			
	LEERLE LA DESCRIPCION		LEERLE LA DESCRIPCION (SI NECESARIO)		SI "SI" ¿Con quién buscó tratamiento?			
	SI	NO	TUVO	NO TUVO	PERSONAL DE SALUD	OTRA PERSONA	AUTO-MEDICACION	NO BUSCO
01 INFECCIONES VAGINALES. Son infecciones que producen un flujo vaginal que puede ser blanco amarillento, puede parecerse a la leche cortada y da comezón, o puede ser amarillo grisáceo y con mal olor.	1	2	1	2	1	2	3	4
02 ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA: es una inflamación en los ovarios o trompa con dolor en el bajo vientre y fiebre.	1	2	1	2	1	2	3	4
03 CLAMIDIA. Es una enfermedad que produce inflamación (dolor) en la uretra (conducto o caño de orinar) con secreción transparente, clara.	1	2	1	2	1	2	3	4
04 HERPES GENITAL. Esta enfermedad se manifiesta con "bolitas o ampollitas (llenas de agua)", que duelen mucho y que después se revientan y aparecen ganglios inguinales (o secas) en ambos lados.	1	2	1	2	1	2	3	4
05 SIFILIS. Es una enfermedad que primero se manifiesta como Chancro, es decir, una úlcera o "llaga" que no duele y que aparece en el área genital y en otras partes del cuerpo.	1	2	1	2	1	2	3	4
06 GONORREA/ESTAR CORTAO. Es una enfermedad que en el hombre produce un flujo o secreción (goteo) por el caño de la orina, mientras en la mujer no presenta síntomas claros.	1	2	1	2	1	2	3	4
07 CHANCROIDE. Es una enfermedad que se presenta con una úlcera en el área genital (las partes) y a veces está acompañada de una masa a los lados de los genitales.	1	2	1	2	1	2	3	4
08 CONDILOMA ACUMINADO/CRESTA DE GALLLO. Es una enfermedad que se presenta como verrugas de color rojoroso en las áreas húmedas de la región genito-anal. Aparecen tanto solas como en racimos y sangran con facilidad.	1	2	1	2	1	2	3	4
09 ULCERAS O LLAGAS GENITALES. Son úlceras o llagas que aparecen en el área genital especialmente en el cuello de la matriz.	1	2	1	2	1	2	3	4
10 OTRA. (ESPECIFIQUE)	1	2	1	2	1	2	3	4

801D	COTEJE 801B HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD ☐ NO HA TENIDO NINGUNA ENFERMEDAD ☐ → 801L																																																	
801H	¿Cuándo Ud. tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 801B) ¿Se lo informó a su(s) compañero(s)?	SI..... 1 NO..... 2 NO TENIA COMPAÑERO SEXUAL..... 3 → 801L																																																
801I	¿Cuándo Ud. tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 801B) ¿Hizo algo para no infectar (contagiar) a su(s) compañero(s)?	SI..... 1 NO..... 2 → 801L EL COMPAÑERO YA ESTABA INFECTADO..... 3																																																
801J	¿Qué hizo Ud.? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TENER RELACIONES SEXUALES..... A USO CONDONES..... B TOMO MEDICINAS..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)																																																
801L	¿Ha oído Ud. hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 811																																																
802	¿De cuáles medios o fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿Algún otro medio o fuente? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS..... D TRABAJADORES DE LA SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																																																
802B	¿Cómo piensa Ud. que una persona puede enfermarse de SIDA? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON MUJERAS PERSONAS..... B SEXO CON PROSTITUTAS..... C NO USO DE CONDONES..... D CONTACTOS HOMOSEXUALES..... E TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F JERINGUILLAS USADAS..... G POR BESOS..... H PICADURAS DE MOSQUITOS..... I OTRA..... X (ESPECIFIQUE)																																																
803	¿Piensa Ud. que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																
803A	Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique si piensa que es verdad o no. Las personas pueden protegerse a sí mismas del virus del SIDA de la siguiente manera..... LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE LA RESPUESTA EN CADA UNA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8	B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8	C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8	D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8	G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8	I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8	J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8
	SI	NO	NS																																															
A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8																																															
B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8																																															
C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8																																															
D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																															
E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																															
F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8																																															
G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																															
H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8																																															
I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8																																															
J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																															
K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8																																															
807	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																
808	¿Cree usted que las personas con SIDA casi nunca mueren de la enfermedad, algunas veces mueren o casi siempre mueren de la enfermedad?	CASI NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 CASI SIEMPRE..... 3 SIEMPRE..... 4 NO SABE..... 8																																																
808A	¿Cree Ud. que alguien que esté enfermo de SIDA puede curarse?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
808B	¿Cree Ud. que una mujer embarazada enferma con el SIDA puede transmitirle la enfermedad a su niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808C	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	¿Piensa Ud. que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiada del SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad de contagiarse?	PEQUEÑAS..... 1 MODERADAS..... 2 GRANDES..... 3 NINGUNA..... 4 TIENE SIDA..... 5	→809C →810
809A	¿Por qué cree usted que no tiene/tiene poca posibilidad de contagiarse o estar contagiada del SIDA? Algunas otras razones? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A USA CONDOM..... B TIENE UN SOLO COMPAÑERO..... C TIENE POCAS COMPAÑEROS SEXUALES..... D SU ESPOSO NO TIENE OTRAS MUJERES..... E NO TIENE RELACION HOMOSEXUAL..... F NO SE HACE TRANSFUSION DE SANGRE..... G NO SE PONE INYECCIONES..... H OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	→810
809C	¿Por qué cree usted que tiene una posibilidad (moderada/grande) de contagiarse o estar contagiada del SIDA? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO USA CONDOMES..... A MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... B MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... C EL ESPOSO TIENE OTRAS MUJERES..... D RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... F SE PONE INYECCIONES..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
810	¿Desde que usted empezó a oír hablar del SIDA ha cambiado su comportamiento sexual, para evitar contagiarse de la enfermedad? SÍ SÍ: QUE HIZO USTED? HIZO ALGO MAS? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TEMER RELACIONES SEXUALES..... B COMENZO A USAR CONDOMES..... C SE LIMITO A UN COMPAÑERO SEXUAL..... D SU ESPOSO NO TIENE OTRAS MUJERES..... E REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... F PIDIO FIDELIDAD AL MARIDO..... G DEJO RELACIONES HOMOSEXUALES..... H DEJO DE INYECTARSE..... I OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO HA CAMBIADO SU COMPORTAMIENTO SEXUAL..... Z	
811	Algunas personas usan el condón durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse de enfermedad(es) de transmisión sexual o venéreas (entre ellas el SIDA) ¿Ha oído hablar de esto?	SI..... 1 NO..... 2	→815
812	VERIFIQUE 515F HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐ NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐		→815
813	Puede que hayamos hablado acerca de esto. ¿Ha usado alguna vez condones durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse o transmitir enfermedades tales como el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→815
814	¿Durante los últimos 12 meses, ha usado usted CONDOM para evitar contagiarse de enfermedades venéreas o del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
815	¿Ha visto en televisión algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 3	→817
816	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE TELEVISION: SI NO a. INTERACTIVO..... 1 2 b. FIESTA..... 1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ..... 1 2 d. ANUNCIO DE PADRES..... 1 2 e. OTROS ANUNCIOS..... 1 2 (ESPECIFIQUE)	
817	¿Ha oído por la radio algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 3	→819
818	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE RADIO: SI NO a. INTERACTIVO..... 1 2 b. FIESTA..... 1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ..... 1 2 d. ANUNCIO DE PADRES..... 1 2 e. OTROS ANUNCIOS..... 1 2 (ESPECIFIQUE)	
819	ANOTE LA HORA:	HORAS..... MINUTOS.....	

SECCION 9. MORTALIDAD DE HERMANAS

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
900	AHORA QUIERO HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS EN RELACION A TODAS LAS HERMANAS DE MADRE QUE USTED TIENE Y HA TENIDO. ESTO ES, VOY A PREGUNTARLE TANTO EN RELACION A SUS HERMANAS DE MADRE QUE ESTAN VIVAS COMO A LAS QUE HAN FALLECIDO. POR FAVOR, HAGA UN ESFUERZO POR RECORDARSE DE TODAS ELLAS, INCLUYENDO A LAS QUE MURIERON ESTANDO AUN MUY PEQUEÑAS, PORQUE ESTA INFORMACION ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS PODER ESTUDIAR LA SALUD DE LAS MADRES.		
901	¿En total, cuántas hermanas de madre ha tenido Ud.?	TOTAL DE HERMANAS..... NO HA TENIDO HERMANAS.....00 →1001	
902	De esas hermanas, ¿Cuántas llegaron a cumplir los 12 años, incluyendo aquellas que han fallecido?	TOTAL DE HERMANAS CON 12 AÑOS Y MAS..... NINGUNA.....00 →1001	
903	De las que han llegado a cumplir los 12 años ¿Cuántas han fallecido?	TOTAL DE HERMANAS FALLECIDAS..... NINGUNA.....00 →1001	
904	¿Cuántas de esas hermanas que fallecieron, murieron por complicaciones del embarazo, antes de dar a luz?	HERMANAS FALLECIDAS ESTANDO EMBARAZADAS.....	
905	¿Cuántas fallecieron al momento de dar a luz, es decir, durante el parto?	HERMANAS FALLECIDAS DURANTE EL PARTO.....	
906	¿Cuántas fallecieron estando en riesgo, es decir, antes de cumplirse mes y medio del alumbramiento o pérdida?	HERMANAS FALLECIDAS EN EL PUERPERIO.....	

SECCION 10. PESO Y TALLA

1001	VERIFIQUE 215:	☐ UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO 1991 ☐ NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 ☐ MIDA Y PESE SOLO A LA MUJER			
ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2 A 4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE CADA UNO DE SUS HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 Y EN 1004 ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO DE TODOS LOS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991. EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS DEBEN SER PESADAS Y MEDIDAS, AUNQUE NO HAYAN TENIDO HIJOS O TODOS SUS HIJOS HAYAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE FORMULARIOS ADICIONALES).					
		1 ENTREVISTADA	2 NIÑO VIVO MAS JOVEN (MENOR)	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	No. DE ORDEN DE P212				
1003	NOMBRE	(NOMBRE)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215 Y PREGUNTE POR EL DÍA DEL NACIMIENTO		DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....
1005	VACUNA BCG (CON CICATRIZ EN BRAZO IZQUIERDO O EN EL HOMBRO)		SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2
1006	TALLA (en centímetros)				
1008	SE LE TOMO LA TALLA (TAMAÑO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
1009	PESO (en Kilogramos)				
1010	FECHA DE PESO Y TALLA	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....
1011	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 RECHAZO..... 4 OTRA:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
1012	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO:			NOMBRE DE LA ASISTENTE:	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora:

Fecha:

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador:

Fecha:

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SOLO
DEBE APARECER UN CODIGO. LAS COLUMNAS
1, 3 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAS.

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS

E EMBARAZOS

T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO

1 PILDORA

2 DIU

3 INYECCIONES

4 IMPLANTES

5 VAGINALES

6 CONDON

7 ESTERILIZACION FEMENINA

8 ESTERILIZACION MASCULINA

9 RITMO/METODO DE OVULACION

A RETIRO

B MELA/METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA

X OTRO

(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA

2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA

3 MARIDO DESAPROBO

4 DESEABA METODO MAS EFECTIVO

5 MOTIVOS DE SALUD

6 EFECTOS COLATERALES

7 ACCESO/DISPONIBILIDAD

8 COSTO

9 USO INCONVENIENTE

0 SEXO POCO FRECUENTE

F FATALISTA

A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA

B MARIDO AUSENTE

D DISOLUCION MARITAL/SEPARACION

X OTRO

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADA O UNIDA)

0 NO EN UNION

COL. 4: Movimientos y Tipos de Localidades

X CAMBIO DE COMUNIDAD

1 CAPITAL

2 CIUDAD

3 CAMPO

4 EXTRANJERO

	1	2	3	4	
12 DIC 01					01 DIC
11 NOV 02					02 NOV
10 OCT 03					03 OCT 1
09 SEP 04					04 SEP 9
08 AGO 05					05 AGO 9
07 JUL 06					06 JUL
1 06 JUN 07					07 JUN 1
9 05 MAY 08					08 MAY 9
9 04 ABR 09					09 ABR 9
6 03 MAR 10					10 MAR 6
02 FEB 11					11 FEB
01 ENE 12					12 ENE
12 DIC 13					13 DIC
11 NOV 14					14 NOV
10 OCT 15					15 OCT
09 SEP 16					16 SEP
1 08 AGO 17					17 AGO 1
9 07 JUL 18					18 JUL 9
9 06 JUN 19					19 JUN 9
5 05 MAY 20					20 MAY 5
04 ABR 21					21 ABR
03 MAR 22					22 MAR
02 FEB 23					23 FEB
01 ENE 24					24 ENE
12 DIC 25					25 DIC
11 NOV 26					26 NOV
10 OCT 27					27 OCT
09 SEP 28					28 SEP
1 08 AGO 29					29 AGO 1
9 07 JUL 30					30 JUL 9
9 06 JUN 31					31 JUN 9
4 05 MAY 32					32 MAY 4
04 ABR 33					33 ABR
03 MAR 34					34 MAR
02 FEB 35					35 FEB
01 ENE 36					36 ENE
12 DIC 37					37 DIC
11 NOV 38					38 NOV
10 OCT 39					39 OCT
09 SEP 40					40 SEP
1 08 AGO 41					41 AGO 1
9 07 JUL 42					42 JUL 9
9 06 JUN 43					43 JUN 9
3 05 MAY 44					44 MAY 3
04 ABR 45					45 ABR
03 MAR 46					46 MAR
02 FEB 47					47 FEB
01 ENE 48					48 ENE
12 DIC 49					49 DIC
11 NOV 50					50 NOV
10 OCT 51					51 OCT
09 SEP 52					52 SEP
1 08 AGO 53					53 AGO 1
9 07 JUL 54					54 JUL 9
9 06 JUN 55					55 JUN 9
2 05 MAY 56					56 MAY 2
04 ABR 57					57 ABR
03 MAR 58					58 MAR
02 FEB 59					59 FEB
01 ENE 60					60 ENE
12 DIC 61					61 DIC
11 NOV 62					62 NOV
10 OCT 63					63 OCT
09 SEP 64					64 SEP
1 08 AGO 65					65 AGO 1
9 07 JUL 66					66 JUL 9
9 06 JUN 67					67 JUN 9
1 05 MAY 68					68 MAY 1
04 ABR 69					69 ABR
03 MAR 70					70 MAR
02 FEB 71					71 FEB
01 ENE 72					72 ENE

SECCION 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA	HORAS..... MINUTOS.....	
102	Me gustaría primero hacerle algunas preguntas acerca de usted y de su hogar. Hasta cumplir los 12 años ¿Dónde vivió usted la mayor parte del tiempo: en la capital, en una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EXTRANJERO.....4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí en: (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?	AÑOS..... SIEMPRE.....95 VISITANTE.....96	→105
104	Antes de que usted viniera a vivir aquí, vivía en (la capital), una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EXTRANJERO.....4	
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES..... NO SABE EL MES.....98 AÑO..... NO SABE EL AÑO.....98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela, colegio o universidad?	SI.....1 NO.....2	→112
108	¿Cuál fue el nivel más alto que usted completó: primaria, secundaria o universidad?	NINGUNO.....0 PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 UNIVERSITARIA.....3	
109	VERIFIQUE 106: MENOS DE 30 AÑOS 30 AÑOS O MAS		→111
110	¿Actualmente está Ud. asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI.....1 NO.....2	→111
110A	¿Cuál fue la principal razón por la que usted dejó de estudiar?	SE CASO/UNIO.....01 PARA AYUDAR A LA FAMILIA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS.....02 NO PODIAN PAGAR LA ESCUELA.....03 NECESITABA GANAR DINERO.....04 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTES ESTUDIOS.....05 NO QUISO SEGUIR ESTUDIANDO.....06 ESCUELA MUY LEJOS.....07 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
111	COTEJE 108: NINGUNO O PRIMARIA SECUNDARIA O UNIVERSIT.		→113
112	¿Puede usted leer y entender una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede?	Con facilidad.....1 Con dificultad.....2 No puede leerlo.....3	→114
113	¿Cuántos días a la semana lee usted periódicos?	TODOS LOS DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5	
114	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
115	¿Cuántos días a la semana ve usted televisión?	TODOS LO DIAS.....1 VARIOS DIAS A LA SEMANA.....2 UNA VEZ A LA SEMANA.....3 ALGUNAS VECES AL MES.....4 NUNCA.....5	
116	¿Está usted trabajando actualmente?	SI1 NO.....2	→118
117	¿Ha realizado usted algún trabajo en los últimos 12 meses?	SI1 NO.....2	→201
118	¿Qué tipo de trabajo realiza usted principalmente?		
119	COTEJE 118: TRABAJA EN AGRICULTURA ☐ NO TRABAJA EN AGRICULTURA ☐		→121
120	¿Usted trabaja principalmente en su propia tierra, en la tierra de algún familiar, en tierra arrendada o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA.....1 TIERRA DE LA FAMILIA.....2 TIERRA ARRENDADA.....3 EN TIERRA DE OTRO.....4	
121	¿Usted hace ese trabajo para algún miembro de su familia, para otra persona o para su propio beneficio?	PARA ALGÚN FAMILIAR.....1 PARA OTRA PERSONA.....2 BENEFICIO PROPIO.....3	
122	¿Usted realiza ese trabajo todo el año, algunas temporadas del año o solo de vez en cuando?	TODO EL AÑO.....1 POR TEMPORADA DEL AÑO.....2 DE VEZ EN CUANDO.....3	→124
123	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses realizó usted ese trabajo?	NO. DE MESES.....	
124	¿Cuánto gana usted por ese trabajo? PREGUNTE SI ESE INGRESO ES POR DIA, POR SEMANA, POR QUINCENA O POR MES.	POR DIA.....1 POR SEMANA.....2 POR QUINCENA.....3 POR MES.....4 TRABAJO NO REMUNERADO.....5 OTRA (ESPECIFIQUE) 999996	

SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
201	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los hijos, sólo me interesa saber sobre sus hijos propios, no los de crianza o adoptados. ¿Usted tiene o ha tenido hijos?	SI1 NO.....2	→206
202	¿Tiene usted hijos y/o hijas que vivan con usted actualmente?	SI1 NO.....2	→204
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? (SI NO TIENE, ANOTAR 00)	HIJOS EN LA CASA..... HIJAS EN LA CASA.....	
204	¿Tiene usted hijos o hijas, que estén vivos pero que no viven con usted?	SI1 NO.....2	→206
205	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted? (SI NO TIENE, ANOTAR "00")	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	
206	¿Ha tenido usted hijos o hijas que nacieron vivos pero que murieron después? SI NO TIENE, PREGUNTE SOBRE ALGUN HIJO QUE MOSTRO ALGUNA SEÑAL DE VIDA PERO SOLO SOBREVIVIO ALGUNOS MINUTOS/DIAS	SI1 NO.....2	→208
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? (SI NO TIENE, CODIFIQUE 00)	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	
208	SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 203, 205 y 207 y ANOTE EL TOTAL SI LA RESPUESTA EN P201 Y P206 = "NO", ANOTE 00)	TOTAL.....	
209	COTEJE PREGUNTA 208: Sólo para estar segura de que esta información está correcta. Usted ha tenido un total de _____ hijos durante toda su vida? SI ☐ NO ☐ INDAGUE Y CORRIJA → 201 A 208 SI ES NECESARIO		
210	COTEJE 208: HA TENIDO HIJOS ☐ NUNCA HA TENIDO HIJOS..... ☐		→301
210A	¿En qué mes y año nació su último hijo?	MES..... AÑO.....	
210B	COTEJE 210A, ULTIMO HIJO: NACIO A PARTIR DE ENERO DE 1993..... ☐	ANTES DE ENERO 1993 ☐	→301
211	Usted quería tener ese último hijo en ese momento, o usted hubiera preferido tenerlo más adelante o hubiera preferido no tener más hijos?	TENERLO EN ESE MOMENTO.....1 TENERLO DESPUÉS.....2 NO TENER MÁS HIJOS.....3	

SECCION 3. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir acerca de los diferentes métodos que una pareja puede usar para evitar o dejar después un embarazo.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" EN LA P301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO CONTINUE DE ARRIBA HACIA ABAJO CON LA COLUMNA 301A Y LEA EL NOMBRE DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" SI RECONOCE EL METODO, Y EL "2" SI NO LO RECONOCE LUEGO, PARA CADA METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A HACER LA PREGUNTA 301B. POR ULTIMO, HAGA PREGUNTAS 302 Y 303 CUANDO PROCEDA.

301 ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? (NO MENCIONARLE EL METODO)	301A Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO NO MENCIONADO EN PREG. 301)? NO LEER EL CONCEPTO		301B En qué consiste o cómo se usa (EL METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A)?		302 Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO CON CODIGO "2" EN PREG. 301A)? LEA EL CONCEPTO		303 Ha usado su esposa/mujer (usted) alguna vez el(la) (METODO CON CODIGO "1" EN 301 O 301A, O 302)?	
	SI	SI NO	SABE NO SABE	SI NO	SI NO	SI NO		
01 PASTILLAS (PILDORAS, MINIPILDORAS): Las mujeres pueden tomar una pastilla todos los días.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
02 DIU (APARATICO): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato en la matriz.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
03 INYECCIONES: la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante varios meses.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
04 IMPLANTE (MORPLANT): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) que impiden que salga embarazada durante 5 años.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
05 TABLETA, OVULO, JALEA: la mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, óvulo, espuma, jalea, crema, antes de tener relaciones.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
06 CONDON (PRESERVATIVO): Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
07 ESTERILIZACION FEMENINA (PREPARARSE): las mujeres pueden hacerse una operación sencilla para prepararse para no tener más hijos.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	¿Ha sido esterilizada su esposa/mujer? SI.....1 NO.....2		
08 ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA): Los hombres pueden hacerse una pequeña operación para evitar tener más hijos.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2		
09 RITMO O METODO DE JULACION: Las parejas pueden evitar tener relaciones durante varios días del mes, cuando la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1		
10 RETIRO: los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular (terminar).	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
11 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA): Las mujeres pueden evitar embarazarse si alimentan a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses, y si no le ha llegado la regla.	1	1 2 (P302)←	1 2 (PASE A 303)	1 2 ↓	1 2 ↓	1 2		
12 OTROS METODOS: ¿Ha oído usted hablar de alguno otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	1 2 (ESPECIFIQUE) 1 (ESPECIFIQUE)					1 2 1 2		

304 COTEJE 303: ☐ HA USADO POR LO MENOS UN METODO ☐ NUNCA HA USADO UN METODO ☐ →PASE A 309

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
304A	VERIFIQUE 303: HA USADO CONDON/ PRESERVATIVO ☐ NO HA USADO CONDON/ PRESERVATIVO ☐		→307
304B	En los últimos 6 meses, ¿Ha usado usted condón/preservativo?	SI1 NO.....2	→307
304C	¿Qué marca de condones ha usado Ud. en los últimos 6 meses? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	PROTECTOR.....A WATSON.....B ESCUDO.....C EROTICA.....D ROUGH RIDER.....E WET & WILD.....F BAREBACK.....G SULTAN.....H SILENCE.....I PROTEX.....J PANTERA.....K NO LOGO.....L OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA.....Y	
307	¿Actualmente, está usted o su esposa/mujer o compañera usando algún método para evitar o demorar el embarazo?	SI1 NO.....2	→309
308	¿Cuál método están usando?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 IMPLANTE (NORPLANT).....04 ESPUMA/OVULO/JALEA.....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	→316 →315
309	¿Cuál es la razón principal por la que usted o su esposa/mujer no están usando ningún método para evitar o demorar el embarazo?	ES SOLTERO.....11 RAZONES RELACIONADAS CON FERTILIDAD No tiene relaciones sexuales.....21 Relaciones sexuales poco frecuentes.....22 Esposa/compañera está en la menopausia/esterilizada.....23 Esposa/compañera tiene dificultad para quedar embarazada.....24 Esposa/compañera está en riesgo/amamantando.....25 Quieren tener más hijos.....26 Esposa/compañera está embarazada.....27 RAZONES DE RECHAZO Opuesto al uso de métodos anticonceptivos.....31 Su esposa/compañera desaprueba el uso de métodos.....32 Otras personas se oponen.....33 La religión se lo prohíbe.....34 FALTA DE CONOCIMIENTOS No conoce ningún método.....41 No sabe donde conseguirlos.....42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO Problemas de salud.....51 Miedo a los efectos secundarios.....52 No tiene como conseguirlo/están muy lejos.....53 Son muy caros.....54 Incómodos de usar.....55 Interfiere con los procesos normales del cuerpo.....56 ES OPCIÓN DE LA MUJER.....61 FATALISTA.....71 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→315

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
311	¿Piensa usted (o su esposa/mujer) usar algún método durante los próximos 12 meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→313
312	¿Piensa usted (piensan ustedes) usar algún método en el futuro?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→314
313	¿Cuál método preferiría(n) usar?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 IMPLANTE (NORPLANT).....04 ESPUMA/OVULOS/JALEA.....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA.....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→316
314	¿Cuál es la razón principal por la cual no piensa usar ningún método?	NO CASADO/UNIDO.....11 RELACIONES SEXUALES NO FRECUENTES.....22 ESPOSA MENOPÁUSICA/ESTERILIZADA.....23 ESPOSA TIENE DIFICULTAD PARA QUEDAR EMBARAZADA.....24 QUIERE TENER MÁS HIJOS.....26 OPUESTO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....31 ESPOSA/COMPAÑERA DESAPRUEBA.....32 OTROS PERSONAS DESAPRUEBAN.....33 LA RELIGIÓN SE LO PROHIBE.....34 NO CONOCE NINGÚN MÉTODO.....41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO.....42 PROBLEMAS DE SALUD.....51 MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS/COLATERALES.....52 FALTA DE INFORMACIÓN/DIFÍCIL DE CONSEGUIR.....53 PRECIO MUY ELEVADO.....54 SON INCÓMODOS.....55 INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56 ES OPCIÓN DE LA MUJER.....61 FATALISTA.....71 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
315	¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen algún método para evitar o demorar un embarazo?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO OPINA.....3	
316	¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que la información sobre planificación familiar sea proporcionada por: La radio? La televisión? Una revista o periódico? Un afiche? Un folleto?	SI NO NS a. RADIO.....1 2 8 b. TELEVISION.....1 2 8 c. PERIODICO/REVISTA.....1 2 8 d. AFICHE.....1 2 8 e. FOLLETOS.....1 2 8	
317	¿Ha oído, visto o leído usted algo sobre planificación familiar en los últimos meses? En la radio? En la televisión? En una revista o periódico? En un afiche? En un folleto?	SI NO NS a. RADIO.....1 2 8 b. TELEVISION.....1 2 8 c. PERIODICO/REVISTA.....1 2 8 d. AFICHE.....1 2 8 e. FOLLETOS.....1 2 8	
318	¿En los últimos meses, ha hablado usted con algún amigo, vecino o pariente sobre planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→401
319	¿Con quién ha hablado? Alguien más? (ANOTAR TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS)	ESPOSA/COMPAÑERA.....A MADRE.....B PADRE.....C HERMANA(S).....D HERMANO(S).....E HIJO(A).....F SUEGRO(A).....G AMIGOS/VECINOS.....H OTRA.....X (ESPECIFIQUE)	

SECCION 4. MUNICIPALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
401	¿Está usted actualmente casado o unido?	SI, CASADO ACTUALMENTE.....1 SI, UNIDO.....2 NO, NO ESTA EN UNION.....3	→404
402	¿Con cuántas mujeres convive usted maritalmente (cuántas mujeres tiene usted?)	NUMERO DE MUJERES.....	→407
404	¿Tiene usted actualmente relaciones sexuales con una mujer fija, con mujeres ocasionales o no tiene pareja?	UNA MUJER FIJA.....1 MUJERES OCASIONALES.....2 NO TIENE PAREJA.....3	
405	¿Ha estado usted casado o unido alguna vez?	SI, CASADO.....1 SI, UNIDO.....2 NO.....3	→410F
406	¿Está usted actualmente: viudo, divorciado o separado?	VIUDO.....1 DIVORCIADO.....2 SEPARADO.....3	
407	¿Ha estado usted casado o unido sólo una vez o más de una vez? SI MAS DE UNA VEZ: ¿Cuántas veces?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2 No. DE VECES.....	
408	COTEJE 407: SE HA CASADO O UNIDO UNA SOLA VEZ ☐ v En que mes y año se casó o unió? SE HA CASADO O UNIDO MAS DE UNA VEZ ☐ v Ahora, vamos hablar de la primera esposa/compañera que usted tuvo. En que mes y año se casó o unió usted por primera vez?	MES..... NO SABE.....98 AÑO..... NO SABE.....98	→ 409-A
409	¿Cuántos años de edad tenía usted cuando se casó o unió por primera vez?	EDAD.....	
409A	COTEJE 401: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO ☐ v ACTUALMENTE NO CASADO O UNIDO ☐		→410F
410	Ahora yo necesito hacerles algunas preguntas sobre su actividad sexual para conocer mejor algunas cosas sobre planificación familiar. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales con su esposa o mujer?	DIAS ATRAS.....1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3 AÑOS ATRAS.....4	
410A	COTEJE 301, 301A Y 302: CONOCE CONDON ☐ v ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposa/mujer) usaron CONDON? NO CONOCE CONDON ☐ v Algunos hombres usan preservativos, es decir una fundida de goma puesta en el pene durante la relación sexual. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó CONDON?	SI.....1 NO.....2	
410B	¿En los últimos 12 meses ha tenido usted relaciones sexuales con alguna otra mujer que no sea su esposa?	SI.....1 NO.....2	→410J
410C	¿Cuánto tiempo hace que usted tuvo relaciones sexuales con otra mujer que no sea su esposa o compañera?	DIAS ATRAS.....1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3	
410D	¿Usó Ud. condón en esa ocasión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO ESTA SEGURO.....8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
410E	¿En los últimos 12 meses, aparte de de su esposa o mujer con cuántas mujeres ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NO. DE MUJERES..... NO SABE.....	→ 410J 98
410F	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual para conocer mejor algunas cosas sobre planificación familiar ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales?	NUNCA..... DIAS ATRAS..... SEMANAS ATRAS..... MESES ATRAS..... AÑOS ATRAS.....	000 → 507 1 2 3 4
410G	COTEJE 301, 301A Y 302: CONOCE CONDON ☐ ↓ ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó condón? NO CONOCE CONDON ☐ ↓ Algunos hombres usan un preservativo, es decir, una fundita de goma puesta en el pene durante la relación sexual. ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó CONDON?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 8
410H	COTEJE 410F: MENOS DE 12 MESES DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL ☐ ↓ 12 MESES O MAS DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL ☐ → 410J		
410I	En los últimos doce meses ¿Con cuántas mujeres diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NUMERO DE MUJERES..... NO SABE.....	 98
410J	COTEJE 401: CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐ ↓ ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, fue con su esposa/mujer, otra compañera regular, una amiga o conocida, alguien a quien le pagó por la relación sexual o alguien más? NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐ ↓ ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, fue con una compañera regular, una amiga/conocida alguien a quien le pagó por la relación sexual o, alguien más?	ESPOSA O MUJER..... COMPAÑERA REGULAR..... AMIGA O CONOCIDA..... ALGUIEN A QUIEN PAGO POR LA RELACION..... ALGUIEN MAS..... NO SABE.....	1 2 3 4 5 8
413	¿Usted conoce algún lugar donde puede conseguir condones?	SI..... NO.....	1 2 → 415
414	¿Cuál es ese lugar? SI MARCO "CLINICA PRIVADA", PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) DIRECCION (CALLE, AVENIDA, BARRIO) (CIUDAD O PUEBLO) (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/CONAPOFA..... HOSP/CLIN/DISPENSARIO DEL IDSS..... CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/PN..... PROMOTOR(A) DE SESPAS..... PROMOTORA DEL CEA..... SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA..... CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA..... CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO..... COLMADO O SUPERMERCADO..... HOTELES/MOTELES..... FARMACIA..... BARBERIA/SALON DE BELLEZA..... PROMOTORA DE PROFAMILIA..... PROMOTORA DE ADOPLAFAM..... PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE..... PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI..... PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI..... OTRO:..... (ESPECIFIQUE) NO SABE.....	11 12 13 14 15 16 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 96 98
415	¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD A LA PRIMERA RELACION..... PRIMERA RELACION CUANDO SE CASO O UNIO.....	 96

SECCION 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
501	VERIFIQUE 306: NO ESTERILIZADO(A) ☐ EL O ELLA ESTERILIZADO(A) ☐		>507
501A	COTEJE 401: NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐ CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐		>503
502	COTEJE 404: PAREJA SEXUAL FIJA ☐ NO TIENE U OCASIONAL ☐ PAREJA SEXUAL ☐		>505A
503	¿Está su esposa o mujer (compañera) embarazada actualmente?	SI.....1 NO.....2 INSEGURO.....8	>505A
504	Cuando ella salió embarazada, quería usted que saliera embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o simplemente no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO.....1 ESPERAR MAS TIEMPO.....2 NO QUERIA TENER MAS HIJOS.....3	>505B
505	A) ESPOSA/COMPAÑERA NO ESTA EMBARAZADA O NO TIENE PAREJA ☐ Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el futuro: ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? B) ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA ☐ Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre el futuro. Después del hijo que su esposa o mujer está esperando, ¿le gustaría a usted tener otro o prefiere no tener más?	TENER (UN) OTRO HIJO.....1 NO TENER (MAS).....2 ESPOSA NO PUEDE TENER (MAS) HIJOS.....3 EL NO PUEDE TENER (MAS) HIJOS.....4 INDECISO/NO SABE.....8	>507
506	COTEJE 503: ESPOSA/COMPAÑERA NO ESTA EMBARAZADA/INSEGURO NO TIENE ESPOSA/COMP. ☐ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del naci- miento de un (otro) hijo? ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA ☐ ¿Después del nacimiento de este hijo que su esposa esta esperando, cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro hijo?	MESES.....1 AÑOS.....2 PRONTO/ DE UNA VEZ.....993 ESPOSA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....994 DESPUES QUE ME CASE.....995 OTRA (ESPECIFIQUE).....996 NO SABE.....998	
507	COTEJE 202 Y 204: TIENE HIJOS VIVOS ☐ Si usted pudiera retroceder en el tiempo y no tuviera ningún hijo, cuál sería el número exacto de hijos que decidiría tener? NO TIENE HIJOS VIVOS ☐ Si usted pudiera elegir el número exacto de hijos que quisiera, cuántos elegiría? PROCURE OBTENER UNA RESPUESTA NUMERICA	No. DE HIJOS..... OTRA (ESPECIFIQUE).....96	>509
508	¿Cuántos de esos hijos le gustaría que fueran varones y cuántos le gustaría que fueran hembras?	No. DE VARONES..... No. DE HEMBRAS..... NO IMPORTA EL SEXO.....	
509	COTEJE 401: CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐ NO CASADO O UNIDO ACTUALMENTE ☐		>601
510	¿Su esposa/mujer está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar o demorar embarazos?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO SABE.....8	
511	¿Durante los últimos 12 meses, cuántas veces conversó/habló usted con su esposa/mujer sobre planificación familiar?	NUNCA.....1 UNA O DOS VECES.....2 MUCHAS VECES.....3	
512	¿Cree Usted que su esposa/mujer desea (deseaba) tener con Ud. el mismo número de hijos que usted quiere (quería), o ella quiere (quería) más o menos hijos que usted?	EL MISMO NUMERO DE HIJOS.....1 MÁS HIJOS.....2 MENOS HIJOS.....3 NO SABE.....8	

SECCION 6. ETS-SIDA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
601	¿Ha oído usted hablar de enfermedades que pueden transmitirse(contagiarse) por medio de las relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	→601F
601B	¿Sobre cuales enfermedades ha oído Ud. hablar? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	SIFILIS.....A GONORREA.....B SIDA.....C VERRUGAS GENITALES.....D OTRA.....X (ESPECIFIQUE) OTRA.....Y (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z	
601C	COTEJE 410 Y 410F HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐ NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐		→601P
601D	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna de esas enfermedades?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→601F
601E	¿Cuáles de esas enfermedades tuvo usted? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	SIFILIS.....A GONORREA.....B SIDA.....C VERRUGAS GENITALES.....D OTRA.....X (ESPECIFIQUE) OTRA.....Y (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z	
601F	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna secreción o goteo del pene?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
601G	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Ud. alguna llaga o úlcera en el pene?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
601H	COTEJE 601E, 601F y 601G TUVO UNA O MAS ENFERMEDADES ☐ NO TUVO NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES ☐		→601P
601I	¿La última vez que usted tuvo (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/ SECRECION/LLAGA) buscó consejo o tratamiento?	SI.....1 NO.....2	→601K
601J	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? ¿En algún otro lugar o con otra persona? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....F HOSPITAL/CLINICA/CONSULTORIO DE PATRONATO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K AMIGOS / PARIENTES.....L OTRA.....X (ESPECIFIQUE)	
601K	¿Cuando usted tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/SECRECION/LLAGA) se lo informó a su(s) compañera(s)?	SI.....1 NO.....2 NO TENIA COMPAÑERA.....3	→601P
601L	¿Cuando usted tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 601E/SECRECION, LLAGA) hizo algo para no infectar (contagiar) a su(s) compañera(s)?	SI.....1 NO.....2 COMPAÑERA YA ESTABA INFECTADA.....3	→601P
601M	¿Qué hizo usted? ANOTE TODO LO QUE MENCIONE	NO TENER RELACIONES SEXUALES.....A USO CONDOMES.....B TOMO MEDICINAS.....C OTRA.....X (ESPECIFIQUE)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																
601N	¿Se llegó a contagiar su esposa o mujer de alguna de esas enfermedades?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	601P																																																
601O	¿Buscó consejo o tratamiento para su esposa o mujer?	SI.....1 NO.....2																																																	
601P	COTEJE 601B																																																		
	NO MENCIONO SIDA ☐ MENCIONO SIDA ☐		602																																																
601Q	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI.....1 NO.....2	611C																																																
602	¿De cuáles medios o fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿DE ALGUN OTRO MEDIO O FUENTE? ANOTE TODAS LA CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO.....A TV.....B PERIODICO/REVISTAS.....C FOLLETOS/AFICHES.....D TRABAJADORES DE SALUD.....E IGLESIAS.....F ESCUELAS/PROFESORES.....G REUNIONES EN LA COMUNIDAD.....H AMIGOS/PARIENTES.....I LUGAR DE TRABAJO.....J OTRA.....X (ESPECIFIQUE)																																																	
602B	¿Como piensa Ud. que una persona puede enfermarse de SIDA? ¿DE ALGUNA OTRA FORMA? ANOTE TODAS LA CATEGORIAS MENCIONADAS	RELACIONES SEXUALES.....A RELACIONES SEXUALES CON MUCHAS PERSONAS.....B SEXO CON PROSTITUTAS.....C NO USO DE CONDOMES.....D CONTACTOS HOMOSEXUALES.....E TRANSFUSIONES DE SANGRE.....F INYECCIONES.....G POR BESOS.....H PICADURAS DE MOSQUITOS.....I OTRA.....X (ESPECIFIQUE)																																																	
603	¿Piensa Ud. que hay algo que una persona puede hacer para evitar contagiarse de SIDA o del virus que causa el SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																	
603A	Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique si piensa que es verdad o no. Las personas pueden protegerse a sí mismas del virus del SIDA de la siguiente manera..... LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE LA RESPUESTA EN CADA UNA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. USANDO CONDOMES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	a. LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8	b. ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8	c. EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8	d. USANDO CONDOMES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	e. NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	f. ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8	g. NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	h. EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8	i. ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8	j. NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	k. EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																																																
a. LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8																																																
b. ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8																																																
c. EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8																																																
d. USANDO CONDOMES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																																
e. NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																																
f. ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8																																																
g. NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																																
h. EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8																																																
i. ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8																																																
j. NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																																
k. EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8																																																
607	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																	
608	¿Cree usted que las personas con SIDA casi nunca mueren de la enfermedad, algunas veces mueren o casi siempre mueren de la enfermedad?	CASI NUNCA.....1 ALGUNAS VECES.....2 CASI SIEMPRE.....3 SIEMPRE.....4 NO SABE.....8																																																	
608A	¿Cree usted que una persona enferma del SIDA puede curarse?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																	
608B	¿Cree usted que una mujer embarazada enferma con el SIDA puede transmitirle la enfermedad a su niño(a)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																	
608C	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
609	¿Cree usted que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiado de SIDA son pequeñas, moderadas, grandes o que no tiene ninguna posibilidad de contagiarse?	PEQUEÑAS.....1 MODERADAS.....2 GRANDES.....3 NINGUNA POSIBILIDAD.....4 TIENE SIDA.....5	→P609B →P611A
609A	¿Por qué cree Ud. que no tiene/tiene poca posibilidad de contagiarse o estar contagiado de SIDA? ¿Algunas otras razones? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TIENE RELACIONES SEXUALES...A USA CONDOMES.....B TIENE UNA SOLA PAREJA.....C TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES.D EVITA RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS.....E LA ESPOSA/MUJER NO TIENE OTRO COMPAÑERO.....F NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES.....G NO SE HACE TRANSFUSIONES DE SANGRE.....H NO SE PONE INYECCIONES.....I OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	→611A
609B	¿Por qué cree Ud. que tiene una posibilidad (moderada/grande) de contagiarse o estar contagiado de SIDA? ¿Algunas otras razones? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO USA CONDOMES.....A TIENE MAS DE UNA PAREJA.....B TIENE MUCHAS PAREJAS.....C LA ESPOSA/MUJER TIENE OTRAS PAREJAS.....D TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES.....E SE HACE TRANSFUSIONES DE SANGRE.....F SE PONE INYECCIONES.....G OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
611A	¿Desde que usted oyó hablar de SIDA cambió usted su comportamiento para evitar contagiarse de la enfermedad? SI LA RESPUESTA ES "SI" PREGUNTE ¿Qué ha hecho usted? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NUNCA HA TENIDO RELACIONES.....A YA NO TIENE RELACIONES.....B COMENZO A USAR CONDOMES.....C TIENE SEXO CON UNA SOLA PAREJA..D REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS.....E EVITA RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS.....F DEJO DE TENER RELACIONES HOMOSEXUALES.....G DEJO DE PONERSE INYECCIONES.....H OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO HA CAMBIADO SU COMPORTAMIENTO SEXUAL.....Y	
611C	Algunas personas usan condón durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse del SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual o venéreas. ¿Alguna vez ha oído usted hablar de esto?	SI.....1 NO.....2	→P611G
611D	COTEJE 401 410F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐ NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐		→612A
611E	Puede que ya hayamos hablado de esto. ¿Ha usado usted CONDON alguna vez durante las relaciones sexuales, para evitar contagiarse o transmitir enfermedades tales como el SIDA?	SI.....1 NO.....2	→P611G
611F	En los últimos 12 meses, ha usado usted CONDON para evitar enfermedades venéreas o para evitar el SIDA?	SI.....1 NO.....2	
611G	Alguna vez durante los últimos 12 meses, ha dado o recibido usted dinero, regalos o favores a cambio de relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	
612A	¿Ha visto en televisión algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....3	→612C
612B	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE TELEVISION: SI NO a. INTERACTIVO.....1 2 b. FIESTA.....1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ.....1 2 d. ANUNCIO DE PADRES.....1 2 e. OTROS ANUNCIOS.....1 2 _____ (ESPECIFIQUE)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
612C	¿Ha oído por la radio algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....3	→613
612D	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE RADIO: SI NO a. INTERACTIVO.....1 2 b. FIESTA.....1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ.....1 2 d. ANUNCIO DE PADRES.....1 2 e. OTROS ANUNCIOS.....1 2 (ESPECIFIQUE)	
613	ANOTE LA HORA:	HORAS..... MINUTOS.....	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: _____

Comentarios sobre preguntas específicas: _____

Algún otro comentario: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador: _____ Fecha: _____

COMISION NACIONAL DE SALUD

**OFICINA NACIONAL DE
PLANIFICACION (ONAPLAN)**

CUESTIONARIO DE MORBILIDAD Y GASTOS EN SALUD

IDENTIFICACION	
AREA DE SUPERVISION CENSAL.....	
CONGLOMERADO ENDESA-96.....	
NUMERO DE SELECCION DE LA VIVIENDA.....	
NUMERO DEL HOGAR.....	
PROVINCIA.....	
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL.....	
ZONA 1 URBANO 2 RURAL	
TIPO DE LOCALIDAD.....	
ESTRATO SOCIOECONOMICO (SÓLO PARA SANTO DOMINGO).....	
NOMBRE DEL LUGAR.....	
CALLE.....	No.
NOMBRE DEL (LA) JEFE(A) DE HOGAR.....	

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA				DIA
				MES
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				AÑO
				NOMBRE
RESULTADO				RESULTADO
PROXIMA VISITA: FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS

CODIGOS DE RESULTADO:

1. ENTREVISTA COMPLETA
2. NO HAY ADULTOS PRESENTES
3. HOGAR AUSENTE
4. POSTERGADA
5. RECHAZADA
6. VIVIENDA VACIA O NO VIVIENDA
7. VIVIENDA DESTRUIDA
8. VIVIENDA NO ENCONTRADA
9. OTRA _____

(ESPECIFIQUE)

NOMBRE FECHA	SUPERVISORA:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA

HORA.....

MINUTOS.....

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 1 A 7) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 8 A 12C)

¿Está (NOMBRE) cubierto por algún seguro de salud como:				CARACTERISTICAS DE LA OCUPACION PRINCIPAL					
(LEA OPCIONES Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE)				(PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS)					
SEGURO SOCIAL.....A ISSFAPOL.....B SEGURO DE GREMIO PROFESIONAL.....C SEGURO PRIVADO PERSONAL.....D SEGURO PRIVADO A TRAVES DE LA EMPRESA O INSTITUCION.....E NO SABE.....X				COTEJE PREGS. 22 Y 27 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI CODIGO "2" EN P22 O CODIGO "4" O SIN INFORMACION EN P27 PASE A LA SIGTE. PERSONA, DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Cuántas horas diarias dedica (NOMBRE) a su ocupación u oficio?		¿Cuánto le pagan o cuánto gana (NOMBRE) en ese trabajo y cada qué tiempo? PERIODICIDAD: 1. Mensual 2. Semanal 3. Diario 4. Quincenal 5. Anual			
				SOLO PARA LOS QUE RECIBEN PAGO POR DIA (P5 = 3) ¿Cuántos días por semana trabaja (NOMBRE) normalmente? (6)		¿Cuánto recibió (NOMBRE) de regalía pascual, bonificación o liquidación en los últimos 12 meses? SI NO RECIBIO REGALIA/BONIFICACION ANOTE "000000" SI NO SABE, ANOTE "999998"			
(3)				(4)	(5)	(6)	(7)		
1ro.	2do.	3ro.	NO TIENE...YYY	NO. DE HORAS	MONTO RD\$:	PERIOD.	DIAS:	REGALIA: (RD\$)	BONIFICACION/LIQUID. (RD\$)
		<							

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 8 A 12C) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 13 A 28)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	Ya sea que (NOMBRE) trabaje o no ¿Recibe ingresos por otros trabajos o negocios, pensiones, ayuda de familiares, propinas, beca, renta de alguna propiedad u otra fuente?	FUENTE:										PERIODICIDAD:		
		1. Otro empleo 2. Negocio/tierra / propiedad 3. Ayuda de familiares y amigos del país 4. Ayuda de familiares y amigos del exterior 5. Alquileres y arrendamientos (casas, vehículos, tierra) 6. Intereses (ahorros, certificados, préstamos) 7. Dividendos de empresas 8. Pensiones y jubilaciones 9. Pensiones por divorcios 10. Horas extras 11. Propinas 12. Becas 13. Asistencia Social 96. Otra _____ (Especifique)										1. Mensual 2. Semanal 3. Quincenal 4. Anual SI DICE QUE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DIAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.		
		PRIMERA FUENTE			SEGUNDA FUENTE			TERCERA FUENTE			CUARTA FUENTE			
(8)		(9A)	(9B)	(9C)	(10A)	(10B)	(10C)	(11A)	(11B)	(11C)	(12A)	(12B)	(12C)	
	SI NO	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	
01	1 2 ✓													
02	1 2 ✓													
03	1 2 ✓													
04	1 2 ✓													
05	1 2 ✓													
06	1 2 ✓													
07	1 2 ✓													
08	1 2 ✓													
09	1 2 ✓													
10	1 2 ✓													

EN CASO DE QUE SE HAYA REPORTADO UNA FUENTE DE INGRESO, PERO NO SE SABE EL MONTO, ANOTE "999998".

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿Tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTIMA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como: DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTRITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLO, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X ¿De alguna(s) otra(s)? (LEA LAS ALTERNATIVAS SOLO UNA VEZ)	SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enfermedad) en los últimos 30 días? SI "SI", ¿A QUIEN CONSULTO LA PRIMERA VEZ? SI CODIGO 01 A 04 PASE A P21. SI CODIGO 05 A 11 PASE A P20.	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó? SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta? SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
					SI "2" EN P13 Y "YYY" EN P15, PASE A P10X. PERSONA, DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Por causa de ese problema de salud cuántos días estuvo (NOMBRE) incapacitado(a) para realizar sus actividades normales (tales como ir al trabajo o a la escuela) en los últimos 30 días?	¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)
01	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RDS:	LUGAR:
02	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA			
03	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA			
04	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA			
05	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA			
06	SI NO 1 2 (PASE A P15) <	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00 → P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA			

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTI- MA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como:		SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enferme-dad) en los últimos 30 días?	¿Por qué razón (NOMBRE) no con-sultó? SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los pro-blemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta? SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
				DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLO, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X	¿De alguna(s) otra(s)? (LEA LAS ALTERNATIVAS SOLO UNA VEZ)	SI "2" EN P13 Y "YYY" EN P15, PASE A PROX. CONTRARIO PREGUNTE: ¿Por causa de ese problema de salud cuántos días estu-vo (NOMBRE) inca-pacitado(a) para realizar sus acti-vidades normales (tales como ir al trabajo o a la escuela) en los últimos 30 días?	¿qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
07	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RD\$:	LUGAR:	
08	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
09	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
10	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				

NOTA PARA P13A

CIRCULE TODAS LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A TODAS LAS SEMANAS QUE ESTUVO ENFERMO(A).

- A QUIEN CONSULTO (P18):
- 01....MEDICO
 - 02....DENTISTA
 - 03....ENFERMERA
 - 04....SICOLOGO(A)
 - 05....NATURISTA (NO MEDICO)
 - 06....FARMACEUTICO(A)
 - 07....PROMOTOR(A) DE SALUD
 - 08....COMADRONA
 - 09....CURANDERO
 - 10....FAMILIAR
 - 96....OTRO
 - 98....NO SABE

RAZON NO CONSULTO (P19):

- 01....HORARIO INCONVENIENTE
- 02....NO PENSO QUE ERA NECESARIO
- 03....SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA
- 04....SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS
- 05....AUSENCIA DE MEDICAMENTOS
- 06....CREE QUE LA ATENCION ES MALA
- 07....LARGA ESPERA
- 08....AUSENCIA DE MEDICO
- 09....NO TIENE DINERO PARA LA CONSULTA
- 10....NO CONFIA EN LOS MEDICOS
- 11....SOLICITO ATENCION Y NO FUE ATENDIDO(A)
- 96....OTRO

LUGAR DE LA CONSULTA (P21)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO
- 09....EN EL HOGAR
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte utilizó (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atendieron?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta?	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron?	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta?					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	SI "A PIE" ANOTE CODIGO Y PASE A P24.	SI NO PAGO, ANOTE "000"	SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRA LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	CONSULTA	MEDICINAS	EXAMENES DE LABORATORIO	OTRO	TOTAL	
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27A)	(27B)	(27C)	(27D)	(27E)	(28)
01	MEDIO DE TRANSPORTE []	RDS: [][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	FORMA DE PAGO [][]	RDS: [][][][]	RDS: [][][][]	RDS: [][][][]	RDS: [][][][]	RDS: [][][][]	RDS: [][][][][]
02	[]	[][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][][]
03	[]	[][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][][]
04	[]	[][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][][]
05	[]	[][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][][]

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCICLO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte utilizó (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atendieron? SI "A PIE" ANOTE CODIGO Y PASE A P24.	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPARARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta? SI NO USO MEDICINAS O NO SE HIZO EXAMENES DE LABORATORIO U OTRO TIPO DE SERVICIO, DEJE LAS CASILLAS EN BLANCO, SI RECIBIO ESTOS SERVICIOS GRATIS, ANOTE "0000", SI NO SABE CUANTO PAGO, ANOTE "99998".					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
						CONSULTA	MEDICINAS	EXAMENES DE LABORATORIO	OTRO	TOTAL	
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27A)	(27B)	(27C)	(27D)	(27E)	(28)
06	MEDIO DE TRANSPORTE []	RD\$: [][][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	FORMA DE PAGO [][]	RD\$: [][][][]	RD\$: [][][][]	RD\$: [][][][]	RD\$: [][][][]	RD\$: [][][][]	RD\$: [][][][][]
07	[]	[][][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][][]
08	[]	[][][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][][]
09	[]	[][][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][][]
10	[]	[][][][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	MINUTOS [][] HORAS.. [][]	[][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][][]

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCONCHO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algún problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encía u otro?	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses? (¿Hizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?)	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)? SI NO SABE, ANOTE "99998".	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(34A)
01	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 V	LUGAR: 	FORMA DE PAGO: 	RDS:	RDS:
02	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 V			RDS:	
03	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 V			RDS:	
04	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 V			RDS:	
05	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 V			RDS:	

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
03....CLINICA RURAL
04....HOSPITAL DEL IDSS
05....POLICLINICA/CONSULTORIO/
DISPENSARIO DEL IDSS
06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/
PATRONATO
96....OTRO
98....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algun problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encia u otro?	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses? (¿Mizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?)	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)? SI NO SABE, ANOTE "9998".	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "9998"
	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(34A)
06	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 v	LUGAR: [] []	FORMA DE PAGO: [] []	RDS: [] [] [] [] [] []	RDS: [] [] [] [] [] []
07	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
08	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
09	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
10	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
03....CLINICA RURAL

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 35 A 38A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 39 A 46)

NÚMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses, ¿ha usado (NOMBRE) servicio preventivo de salud, como vacunación, chequeos (control) de embarazo, planificación familiar u otros?	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta o atención recibida por (NOMBRE)?	¿Cuánto se pagó en total por medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención o consulta de (NOMBRE)?	SI CODIGO "06" EN P37, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	(35)	(36)	(37)	(38)	(38A)
01	SI NO 1 2 ✓	LUGAR: [][]	FORMA DE PAGO: [][]	RDS. [][][][]	RDS: [][][][][]
02	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
03	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
04	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
05	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
06	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
07	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
08	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
09	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]
10	SI NO 1 2 ✓	[][]	[][]	RDS. [][][][]	[][][][][]

LUGAR DE LA CONSULTA (P36)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
 03....CLINICA RURAL
 04....HOSPITAL DEL IDSS
 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/
 DISPENSARIO DEL IDSS
 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/
 PATRONATO
 09....EN EL HOGAR
 10....OTRO
 98....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?	¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)? (USE CODIGOS DE LA PREGUNTA 36)	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)? (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES).	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)? INTERNAMIENTO GRATIS....01 FUE GRATIS PERO SE COMPARARON LAS MEDICINAS....02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO....03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES....04 SE PAGO TODO.....05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO.....06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA.....96 NO SABE.....98 (SI "06" CUANTO DEVOLVIO?) (43)	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.? SI FUE GRATIS ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS	
								Incluyendo el internamiento, y la duración de la recuperación en casa, ¿Cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) incapacitado para realizar sus actividades normales (tales como trabajar, ir a la escuela, etc.)?	¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal de ese período dejó de recibir (NOMBRE) durante su internamiento y recuperación? SI NO TRABAJA, ANOTE "996"
	(39)	(40)	(40A)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)	(46)
01	SI NO 1 2		SI.....1 NO.....2	LUGAR: 	DIAS SEMANAS MESES 	FORMA PAGO RD\$: 	RD\$: 	DIAS SEMANAS MESES 	
02	1 2		SI.....1 NO.....2						
03	1 2		SI.....1 NO.....2						
04	1 2		SI.....1 NO.....2						
05	1 2		SI.....1 NO.....2						

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?	¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)? (USE CODIGOS DE LA PREGUNTA 36)	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)? (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES).	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)? INTERNAMIENTO GRATIS....01 FUE GRATIS PERO SE COMPARARON LAS MEDICINAS....02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO....03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES....04 SE PAGO TODO.....05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIÓ TODO O PARTE DEL DINERO.....06 EL SEGURO CUBRIÓ PARTE....07 EL SEGURO CUBRIÓ TODO....08 OTRA.....09 NO SABE.....10 (SI "06" CUANTO DEVOLVIÓ?) (43)	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.? SI FUE GRATIS ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS	
								Incluyendo el internamiento, y la duración de la recuperación en casa, ¿cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) incapacitado para realizar sus actividades normales (tales como trabajar, ir a la escuela, etc.)? (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES, ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES.	¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal de ese período dejó de recibir (NOMBRE) durante su internamiento y recuperación? SI NO TRABAJA, ANOTE "996"
	(39)	(40)	(40A)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)	(46)
06	SI 1 NO 2		SI.....1 NO.....2	LUGAR:	DIAS SEMANAS MESES	FORMA PAGO RDS:	RDS:	DIAS SEMANAS MESES	
07	SI 1 NO 2		SI.....1 NO.....2						
08	SI 1 NO 2		SI.....1 NO.....2						
09	SI 1 NO 2		SI.....1 NO.....2						
10	SI 1 NO 2		SI.....1 NO.....2						

SOLO PARA PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS		
NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Sufre (NOMBRE) de pérdida de la memoria? (¿A (NOMBRE) se le olvidan las cosas con cierta frecuencia?)	¿Cómo se le manifiesta a (NOMBRE) esa pérdida de memoria? LIGERA.....01 - HACE LA MISMA PREGUNTA MUCHAS VECES - PIERDE/OLVIDA OBJETOS CON FRECUENCIA - PASA MUCHO TIEMPO BUSCANDO O GUARDANDO COSAS MODERADA.....02 - ACUSA A OTROS DE ROBAR LO QUE HA PERDIDO - SE PIERDE AL IR O REGRESAR DE SITIOS CONOCIDOS - NO SABE/ SE OLVIDA EL AÑO EN QUE ESTAMOS - SE EQUIVOCA AL VESTIRSE SEVERA.....03 - SE PIERDE DENTRO DE SU MISMA CASA - DESCONOCE A HIJOS Y FAMILIARES MAS CERCANOS - HA PERDIDO LA FACULTAD DE COMUNICARSE
	(47)	(48)
01	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
02	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
03	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
04	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
05	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
06	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
07	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
08	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
09	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
10	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 v	
49	ANOTE LA HORA:	HORAS..... MINUTOS.....

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la
entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora:

Fecha:

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador:

Fecha: