



SECCIÓN I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA ..... <div></div> <div></div> MINUTOS..... <div></div> <div></div>	
101A	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <div></div> <div></div>	
101B	¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	DIA..... <div></div> <div></div> <div></div> MES ..... <div></div> <div></div> <div></div> AÑO..... <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
102	¿Dónde nació?  SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE:  ¿En qué lugar nació?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR_____ 3 (ESPECIFIQUE)	
103	¿Dónde vive habitualmente?  SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE:  ¿En qué lugar vive habitualmente?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR_____ 3 (ESPECIFIQUE)	
104	¿Dónde vivía hace 5 años?  SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE:  ¿En qué lugar vivía?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR_____ 3 (ESPECIFIQUE)	106
105	¿Cuál fue la razón principal por la que se trasladó a otro lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO ..... 1 TRASLADO DE TRABAJO ..... 2 EDUCACIÓN ..... 3 SALUD ..... 4 RAZONES DE FAMILIA ..... 5 VIOLENCIA..... 6 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
106	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez ?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO_____ 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7	108
107	¿Qué idiomas habla actualmente?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO_____ X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	
108	¿A qué nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece?	NACIÓN O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO _____ 1 (ESPECIFIQUE)  NO PERTENECE ..... 2  NO ES BOLIVIANA ..... 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																															
111	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio universidad, curso de alfabetización?	SI..... 1 NO..... 2	→ 118																																																															
112	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó?	<table><thead><tr><th></th><th>NIVEL</th><th>CURSO</th></tr></thead><tbody><tr><td>NINGUNO.....</td><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO</td></tr><tr><td>BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR</td></tr><tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</td></tr><tr><td>PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....</td><td>9</td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">EDUCACIÓN SUPERIOR</td></tr><tr><td>NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....</td><td>11</td><td></td></tr><tr><td>UNIVERSIDAD</td><td></td><td></td></tr><tr><td>LICENCIATURA.....</td><td>12</td><td></td></tr><tr><td>POSTGRADO.....</td><td>13</td><td></td></tr><tr><td>TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td>14</td><td></td></tr><tr><td>INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....</td><td>15</td><td></td></tr></tbody></table>		NIVEL	CURSO	NINGUNO.....	1	0	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	2		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	3		SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO			BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....	4		INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....	5		MEDIO (1 A 4 AÑOS).....	6		SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR			PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....	7		SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....	8		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL			PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	9		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	10		EDUCACIÓN SUPERIOR			NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	11		UNIVERSIDAD			LICENCIATURA.....	12		POSTGRADO.....	13		TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....	14		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	15		→ 116
	NIVEL	CURSO																																																																
NINGUNO.....	1	0																																																																
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	2																																																																	
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	3																																																																	
SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO																																																																		
BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....	4																																																																	
INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....	5																																																																	
MEDIO (1 A 4 AÑOS).....	6																																																																	
SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR																																																																		
PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....	7																																																																	
SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....	8																																																																	
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL																																																																		
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	9																																																																	
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	10																																																																	
EDUCACIÓN SUPERIOR																																																																		
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	11																																																																	
UNIVERSIDAD																																																																		
LICENCIATURA.....	12																																																																	
POSTGRADO.....	13																																																																	
TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....	14																																																																	
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	15																																																																	
113	VERIFICAR 101A: <div>24 AÑOS O MENOS</div>	<div>25 AÑOS O MAS</div>	→ 116																																																															
114	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→ 119																																																															
115	¿Cuál fue la principal razón por la que no asiste a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	<table><tbody><tr><td>QUEDO EMBARAZADA.....</td><td>1</td></tr><tr><td>SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....</td><td>2</td></tr><tr><td>TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....</td><td>3</td></tr><tr><td>FALTA DE DINERO.....</td><td>4</td></tr><tr><td>POR TRABAJO.....</td><td>5</td></tr><tr><td>POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD.....</td><td>6</td></tr><tr><td>LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....</td><td>7</td></tr><tr><td>CULMINO SUS ESTUDIOS.....</td><td>8</td></tr><tr><td>FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....</td><td>9</td></tr><tr><td>SU PAREJA NO LA DEJO.....</td><td>10</td></tr><tr><td>LOS SUEGROS O PADRES NO LO PERMITEN.....</td><td>11</td></tr><tr><td>ACOSO EN EL LUGAR DE ESTUDIO.....</td><td>12</td></tr><tr><td>OTRA</td><td>96</td></tr><tr><td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td></tr></tbody></table>	QUEDO EMBARAZADA.....	1	SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....	2	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....	3	FALTA DE DINERO.....	4	POR TRABAJO.....	5	POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD.....	6	LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....	7	CULMINO SUS ESTUDIOS.....	8	FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....	9	SU PAREJA NO LA DEJO.....	10	LOS SUEGROS O PADRES NO LO PERMITEN.....	11	ACOSO EN EL LUGAR DE ESTUDIO.....	12	OTRA	96	(ESPECIFIQUE)																																					
QUEDO EMBARAZADA.....	1																																																																	
SE CASÓ/ SE JUNTÓ.....	2																																																																	
TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS.....	3																																																																	
FALTA DE DINERO.....	4																																																																	
POR TRABAJO.....	5																																																																	
POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD.....	6																																																																	
LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES.....	7																																																																	
CULMINO SUS ESTUDIOS.....	8																																																																	
FALTA DE INTERES/NO QUISO ESTUDIAR.....	9																																																																	
SU PAREJA NO LA DEJO.....	10																																																																	
LOS SUEGROS O PADRES NO LO PERMITEN.....	11																																																																	
ACOSO EN EL LUGAR DE ESTUDIO.....	12																																																																	
OTRA	96																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																		
116	VERIFICAR 112 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: Ninguno, curso de alfabetización, educación Inicial 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA	<div>OTRO NIVEL</div>	→ 119																																																															
117	¿Alguna vez ha participado usted en un programa de alfabetización o el Programa YO SI PUEDO?	SI..... 1 NO..... 2																																																																
118	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA. SI LA ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	<table><tbody><tr><td>NO PUEDE LEER.....</td><td>1</td></tr><tr><td>PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....</td><td>2</td></tr><tr><td>PUEDE LEER LA FRASE.....</td><td>3</td></tr><tr><td>NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....</td><td>4</td></tr><tr><td colspan="2">(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)</td></tr><tr><td>CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....</td><td>5</td></tr></tbody></table>	NO PUEDE LEER.....	1	PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....	2	PUEDE LEER LA FRASE.....	3	NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....	4	(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)		CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....	5	→ 120																																																			
NO PUEDE LEER.....	1																																																																	
PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE.....	2																																																																	
PUEDE LEER LA FRASE.....	3																																																																	
NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO.....	4																																																																	
(ESPECIFIQUE EL IDIOMA)																																																																		
CIEGA/PROBLEMAS VISUALES.....	5																																																																	
119	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico? (impreso o digital)	<table><tbody><tr><td>TODOS LOS DÍAS .....</td><td>1</td></tr><tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....</td><td>2</td></tr><tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA .....</td><td>3</td></tr><tr><td>ALGUNAS VECES AL MES .....</td><td>4</td></tr><tr><td>NUNCA .....</td><td>5</td></tr></tbody></table>	TODOS LOS DÍAS .....	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2	UNA VEZ A LA SEMANA .....	3	ALGUNAS VECES AL MES .....	4	NUNCA .....	5																																																						
TODOS LOS DÍAS .....	1																																																																	
VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2																																																																	
UNA VEZ A LA SEMANA .....	3																																																																	
ALGUNAS VECES AL MES .....	4																																																																	
NUNCA .....	5																																																																	
120	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	<table><tbody><tr><td>TODOS LOS DÍAS .....</td><td>1</td></tr><tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....</td><td>2</td></tr><tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA .....</td><td>3</td></tr><tr><td>ALGUNAS VECES AL MES .....</td><td>4</td></tr><tr><td>NUNCA .....</td><td>5</td></tr></tbody></table>	TODOS LOS DÍAS .....	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2	UNA VEZ A LA SEMANA .....	3	ALGUNAS VECES AL MES .....	4	NUNCA .....	5																																																						
TODOS LOS DÍAS .....	1																																																																	
VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2																																																																	
UNA VEZ A LA SEMANA .....	3																																																																	
ALGUNAS VECES AL MES .....	4																																																																	
NUNCA .....	5																																																																	
121	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	<table><tbody><tr><td>TODOS LOS DÍAS .....</td><td>1</td></tr><tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....</td><td>2</td></tr><tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA .....</td><td>3</td></tr><tr><td>ALGUNAS VECES AL MES .....</td><td>4</td></tr><tr><td>NUNCA .....</td><td>5</td></tr></tbody></table>	TODOS LOS DÍAS .....	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2	UNA VEZ A LA SEMANA .....	3	ALGUNAS VECES AL MES .....	4	NUNCA .....	5																																																						
TODOS LOS DÍAS .....	1																																																																	
VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2																																																																	
UNA VEZ A LA SEMANA .....	3																																																																	
ALGUNAS VECES AL MES .....	4																																																																	
NUNCA .....	5																																																																	
122	¿Cuántos días a la semana entra a internet o a una red social?	<table><tbody><tr><td>TODOS LOS DÍAS .....</td><td>1</td></tr><tr><td>VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....</td><td>2</td></tr><tr><td>UNA VEZ A LA SEMANA .....</td><td>3</td></tr><tr><td>ALGUNAS VECES AL MES .....</td><td>4</td></tr><tr><td>NUNCA .....</td><td>5</td></tr></tbody></table>	TODOS LOS DÍAS .....	1	VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2	UNA VEZ A LA SEMANA .....	3	ALGUNAS VECES AL MES .....	4	NUNCA .....	5																																																						
TODOS LOS DÍAS .....	1																																																																	
VARIOS DÍAS A LA SEMANA .....	2																																																																	
UNA VEZ A LA SEMANA .....	3																																																																	
ALGUNAS VECES AL MES .....	4																																																																	
NUNCA .....	5																																																																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
123	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más:  A Levantar cosas pesadas? B Manejar bicicleta ? C Caminar ? D Subir gradas o pendientes? E Bailar? F Trotar? G Correr? X Alguna otra? (Especifique)	<div>SI NO</div> <div>LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 2</div> <div>MANEJAR BICICLETA..... 1 2</div> <div>CAMINAR ..... 1 2</div> <div>SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 2</div> <div>BAILAR..... 1 2</div> <div>TROTAR..... 1 2</div> <div>CORRER..... 1 2</div> <div>OTRA _____ 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
124	VERIFICAR 123: <div>ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/></div> <div>NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/></div>		126
125	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más?	NÚMERO DE DIAS A LA SEMANA <input type="text"/>	
126	¿Cuántas horas pasa sentada diariamente?	NÚMERO DE HORAS AL DÍA <input type="text"/>	
127	¿Usted cree que realizar <b>actividades físicas y/o</b> deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8	
128	Durante el último mes ¿sintió dolor de cabeza y/o zumbido en los oídos y/o sangrado por la nariz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
129	Durante el último mes ¿Sintió disminución de peso aumento de la frecuencia para orinar, aumento de la sed o aumento del apetito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
4			

SECCIÓN II. REPRODUCCIÓN			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas que usted ha tenido durante su vida.  ¿Ha tenido algún hijo o hija nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
202	De los hijos o hijas que usted tuvo. ¿Hay algún hijo o hija que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted?  ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	HIJOS EN CASA .....  HIJAS EN CASA .....  SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	
204	¿Tiene usted algún hijo o hija 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 (mujeres) están vivas pero NO viven con usted?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	HIJOS FUERA.....  HIJAS FUERA.....  SI DIJO NINGUNO, ANOTE '00'.	
206	¿Alguna vez dio a luz a un niño o a una niña que nació vivo/a pero que falleció después?  SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún(otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida, pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2  NO SABE ..... 8	→ 208 → 208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto?  ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto?  SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS.....  HIJAS MUERTAS.....  SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS O HIJAS, ANOTE "00"	TOTAL.....	
209	<b>VERIFICAR 208:</b>  Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:  ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida?  ¿Es correcto? SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	<b>VERIFICAR 208:</b>  UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="text"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="text"/> → 234		
211	¿Cuando tuvo su primer/a hijo/a, Usted dejó de estudiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA ..... 3	→ 213
212	¿Cuando tuvo sus siguientes embarazos, Usted dejó de estudiar durante alguno de ellos?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA ..... 3 NO MAS EMBARAZOS..... 4	
213	<b>VERIFICAR</b> SI 211 Ó 212 = 1 <input type="text"/>	OTRAS RESPUESTAS EN 211 Y 212 <input type="text"/>	→ 215
214	¿Cuál es la razón por la que dejó de estudiar?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS..... A POR TRABAJO..... B EL ESPOSO O SU PAREJA NO QUERÍA..... C LOS SUEGROS O PADRES NO QUERIAN..... D FALTA DE DINERO ..... E  OTRAS RAZONES ..... X (ESPECIFIQUE)	

HISTORIA DE NACIMIENTOS											
215 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todas las hijas e hijos que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con la/el primera/o que tuvo. INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 217 PARA FUTURA REFERENCIA. ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS/OS LAS/OS HIJAS/OS EN 216. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.											
O R D E N  D E L  N A C	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo/a?	¿El nacimiento fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es hombre o mujer? (NOMBRE)	¿En qué mes y año nació? (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo/a (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL CUEST. HOGAR  (ANOTE "00" SI EL NIÑO/A NO FUE LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE A • DÍAS, SI MENOS DE 1 MES • MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS • AÑOS, SI SON 2 Ó MÁS AÑOS,	¿Cuál fue la causa por la que murió (NOMBRE)?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	
02	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
03	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
04	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
05	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
06	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
07	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO
08	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 224	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 226	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATUR 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO

O R D E N  D E L  N A C	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	
						SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ MUERTO	SI ESTÁ MUERTO		
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo/a?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) mujer u hombre?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  <b>INDAGUE:</b> ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está viva/o (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DE LA HIJA O DEL HIJ # DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)?  <b>ANOTE:</b> - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS, SI SON 2 Ó MÁS AÑOS.	¿Cuál fue la causa por la que murió (NOMBRE)?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR y (NOMBRE)?	
09	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO.....1  MULT.....2	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 224	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1  NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>226</div>	DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS..... 3 <div><div></div><div></div></div>	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATURI 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO  NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	
10	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO.....1  MULT.....2	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 224	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1  NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>226</div>	DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS..... 3 <div><div></div><div></div></div>	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATURI 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO  NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	
11	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO.....1  MULT.....2	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 224	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1  NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>226</div>	DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS..... 3 <div><div></div><div></div></div>	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATURI 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO  NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	
12	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO.....1  MULT.....2	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 224	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1  NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>226</div>	DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS..... 3 <div><div></div><div></div></div>	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATURI 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO  NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	
13	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO.....1  MULT.....2	HOMBRE..... 1  MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 224	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1  NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>226</div>	DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS..... 3 <div><div></div><div></div></div>	INFECCIÓN 1 PROB DE RESPIRACIÓN (ASFIXIA) ..... 2 NACIO PREMATURI 3 MAL FORMACIÓN 4 OTRO ..... 5 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO  NO..... 2 ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	
227	¿Hubo algún/alguna nacida/o viva/o desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?										SI..... 1	
SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.												NO..... 2
228	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE:  NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA											
229	VERIFICAR: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.219) <div><div></div><div></div><div></div></div> PARA CADA HIJA/O VIVA/O: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.221) PARA CADA HIJA/O MUERTA/O: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.224)											
230	VERIFICAR 224 PARA CADA HIJA/O MUERTA/O CUYA EDAD AL MORIR ANOTÓ "12 MESES" O "1 AÑO", SI..... 1 ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE NO..... 2 PASE A 232.							1.....	2.....	3.....		
231	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 224 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.							<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>		
232	VERIFICAR 219, MARCAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2018 Y ANOTE EN LA CASILLA EL N° TOTAL DE ESTOS NACIMIENTOS. SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 234. <div><div></div><div></div></div>											
233	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2018 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO.(NOTA: EL NUMERO DE LETRAS "E" SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO AL LADO DEL CÓDIGO "N".											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
234	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 → 239 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8 → 239	
235	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
236	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
237	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, no quería tener (más) hijas/os o fue forzada?	SI QUERIA ..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJAS/OS..... 3 FUE FORZADA..... 4	
238	¿A que edad quedó embarazada por primera vez?	Edad en años <input type="text"/> <input type="text"/>	
239	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida/fracaso o aborto?	SI..... 1 NO..... 2	
240	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	
241	VERIFICAR 239 Y 240    ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/> → 256		
242	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos fallidos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
243	¿Ese embarazo terminó en pérdida/fracaso/aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO/PÉRDIDA..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO ..... 2 NACIDO MUERTO ..... 3	
244	VERIFICAR 242: ÚLTIMA TERMINACIÓN OCURRIÓ EN 2018 O DESPUÉS ÚLTIMA TERMINACIÓN EN 2018 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA TERMINACIÓN ANTES DE 2018 <input type="checkbox"/> → 250		
245	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando ocurrió la pérdida, el aborto o nacido muerto? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
246	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
247	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida o aborto después de enero de 2018?	SI..... 1 NO..... 2	
248	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en nacido muerto después de enero de 2018?	SI..... 1 NO..... 2	
249	VERIFICAR 242 ó VERIFICAR 247 Y 248    ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/> → 256 PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 2018 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
250	¿Tuvo usted otros embarazos que terminaron en pérdida, o aborto antes de enero de 2018?	SI..... 1 NO..... 2	
251	¿Tuvo usted otros embarazos que terminaron en nacido muerto antes de enero del 2018?	SI..... 1 NO..... 2	
252	VERIFICAR 250 Y 251    ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/> → 258		
253	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos mencionados anteriormente que terminó antes de enero de 2018?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
254	¿Cuántos meses duró ése embarazo que terminó antes de enero de 2018? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
255	¿Ese embarazo terminó en pérdida/ fracaso/ aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO/PÉRDIDA..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO ..... 2 NACIDO MUERTO ..... 3	
256	VERIFICAR LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA NACIDOS VIVOS, EMBARAZOS O TERMINACIONES A PARTIR DE ENERO 2018 1 NACIDOS VIVOS (232) <input type="checkbox"/> 2 ESTA (234) EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 3 NINGUNA DE LAS DOS OPCIONES <input type="checkbox"/> → 273		
257	¿A raíz de su último/actual embarazo, tuvo algún problema de salud:	SI NO NS/NR A Durante el embarazo? DURANTE EL EMBARAZO ..... 1 2 8 B Durante el parto o terminación? DURANTE EL PARTO O TERMINACIÓN ..... 1 2 8 C Después del parto o terminación? DESPUES DEL PARTO O TERMINACIÓN..... 1 2 8	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																												
258	VERIFICAR 257      ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	→ 273																																																																												
259	¿Qué tipo de problema de salud tuvo:  A Dolor de cabeza fuera de lo normal? B Visión borrosa (o como estrellitas)? C Presión arterial elevada? D Ataques o convulsiones? E Pérdida de la conciencia? F Fiebre o calentura? G Infección en la matriz? H Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor? I Dolor o ardor al orinar? J Pérdida de sangre o hemorragia genital antes del parto? L Pérdida de sangre o hemorragia genital después del parto? M La placenta no podía salir? N Desgarros genitales en el parto? O El bebé estaba mal acomodado? P El parto duró mas de 12 horas? Q Se rompió la bolsa de agua antes de que comiencen los dolores de parto?  X Otro no mencionado? (Especifique)	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS/NR</th></tr></thead><tbody><tr><td>DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ATAQUES O CONVULSIONES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PIEBRE O CALENTURA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR OLOR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DOLOR AL ORINAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>HEMORRAGIA GENITAL PREPARTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>HEMORRAGIA GENITAL POSTPARTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>BEBÉ MAL ACOMODADO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DE COMENZAR LOS DOLORES DEL PARTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>OTRO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		SI	NO	NS/NR	DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....	1	2	8	VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....	1	2	8	PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....	1	2	8	ATAQUES O CONVULSIONES.....	1	2	8	PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....	1	2	8	PIEBRE O CALENTURA.....	1	2	8	INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....	1	2	8	FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR OLOR.....	1	2	8	DOLOR AL ORINAR.....	1	2	8	HEMORRAGIA GENITAL PREPARTO.....	1	2	8	HEMORRAGIA GENITAL POSTPARTO.....	1	2	8	LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....	1	2	8	DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....	1	2	8	BEBÉ MAL ACOMODADO.....	1	2	8	PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....	1	2	8	SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DE COMENZAR LOS DOLORES DEL PARTO.....	1	2	8	OTRO.....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				
	SI	NO	NS/NR																																																																												
DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....	1	2	8																																																																												
VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....	1	2	8																																																																												
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....	1	2	8																																																																												
ATAQUES O CONVULSIONES.....	1	2	8																																																																												
PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....	1	2	8																																																																												
PIEBRE O CALENTURA.....	1	2	8																																																																												
INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....	1	2	8																																																																												
FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR OLOR.....	1	2	8																																																																												
DOLOR AL ORINAR.....	1	2	8																																																																												
HEMORRAGIA GENITAL PREPARTO.....	1	2	8																																																																												
HEMORRAGIA GENITAL POSTPARTO.....	1	2	8																																																																												
LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....	1	2	8																																																																												
DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....	1	2	8																																																																												
BEBÉ MAL ACOMODADO.....	1	2	8																																																																												
PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....	1	2	8																																																																												
SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DE COMENZAR LOS DOLORES DEL PARTO.....	1	2	8																																																																												
OTRO.....	1	2	8																																																																												
(ESPECIFIQUE)																																																																															
260	¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para ese/ esos problema/s?	SI..... 1 NO..... 2	→ 265																																																																												
261	¿De quiénes buscó atención o ayuda:  A Del personal de un servicio de salud? B De partera y/o médico tradicional? C De la Farmacia? D De la Junta de Vecinos? E De su Autoridad local de salud (ALS, COLOSA, COSOMUSA)? F De la comunidad organizada? G De la Iglesia? H Del Esposo o familiares? I De amigos, vecinos? J Se atendió usted misma?	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>DEL PERSONAL DE SALUD.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE PARTERA O MÉDICO TRADICIONALES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE LA FARMACIA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE LA JUNTA DE VECINOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE LA ALS, COLOSA O COSOMUSA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE LA IGLESIA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DEL ESPOSO / FAMILIAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DE AMIGOS, VECINOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SE ATENDIÓ ELLA MISMA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		SI	NO	NS	DEL PERSONAL DE SALUD.....	1	2	8	DE PARTERA O MÉDICO TRADICIONALES .....	1	2	8	DE LA FARMACIA.....	1	2	8	DE LA JUNTA DE VECINOS.....	1	2	8	DE LA ALS, COLOSA O COSOMUSA.....	1	2	8	DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA.....	1	2	8	DE LA IGLESIA.....	1	2	8	DEL ESPOSO / FAMILIAR.....	1	2	8	DE AMIGOS, VECINOS.....	1	2	8	SE ATENDIÓ ELLA MISMA.....	1	2	8																																	
	SI	NO	NS																																																																												
DEL PERSONAL DE SALUD.....	1	2	8																																																																												
DE PARTERA O MÉDICO TRADICIONALES .....	1	2	8																																																																												
DE LA FARMACIA.....	1	2	8																																																																												
DE LA JUNTA DE VECINOS.....	1	2	8																																																																												
DE LA ALS, COLOSA O COSOMUSA.....	1	2	8																																																																												
DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA.....	1	2	8																																																																												
DE LA IGLESIA.....	1	2	8																																																																												
DEL ESPOSO / FAMILIAR.....	1	2	8																																																																												
DE AMIGOS, VECINOS.....	1	2	8																																																																												
SE ATENDIÓ ELLA MISMA.....	1	2	8																																																																												
262	VERIFICAR 261      SI 261(D, E, F)=1 <input type="checkbox"/>	OTRO "SÍ" <input type="checkbox"/>	→ 264																																																																												
263	¿De qué manera recibió ayuda de la comunidad/ Junta de Vecinos/ ALS, para encontrar atención en un servicio de salud?  A ¿Comunicaron al servicio de salud (Ej. llamaron ambulancia)? B ¿Gestionaron o coordinaron la atención con el centro de salud? C ¿Facilitaron transporte? D ¿Acompañaron hasta el servicio de salud? E ¿Acompañaron hasta un servicio de medicina tradicional? F ¿Cuidaron a sus hijas/os?	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>COMUNICARON AL SERVICIO DE SALUD.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>GESTIONARON O COORDINARON ATENCIÓN.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>FACILITARON TRANSPORTE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ACOMPÑARON HASTA EL SERV. SALUD.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ACOMPÑARON HASTA UN SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>CUIDARON LOS HIJOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		SI	NO	NS	COMUNICARON AL SERVICIO DE SALUD.....	1	2	8	GESTIONARON O COORDINARON ATENCIÓN.....	1	2	8	FACILITARON TRANSPORTE.....	1	2	8	ACOMPÑARON HASTA EL SERV. SALUD.....	1	2	8	ACOMPÑARON HASTA UN SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL.....	1	2	8	CUIDARON LOS HIJOS.....	1	2	8																																																	
	SI	NO	NS																																																																												
COMUNICARON AL SERVICIO DE SALUD.....	1	2	8																																																																												
GESTIONARON O COORDINARON ATENCIÓN.....	1	2	8																																																																												
FACILITARON TRANSPORTE.....	1	2	8																																																																												
ACOMPÑARON HASTA EL SERV. SALUD.....	1	2	8																																																																												
ACOMPÑARON HASTA UN SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL.....	1	2	8																																																																												
CUIDARON LOS HIJOS.....	1	2	8																																																																												
9																																																																															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
264	VERIFICAR 261: PREG. 261 (J) = 1	PREG. 261 (A) = 1 PREG. 261 (B,C,D,E,F,G) = 1 PREG. 261 (H,I) = 1	268 266 267
265	¿Cuál fue la razón principal por la que usted no buscó ayuda?  SI MENCIONA VARIAS, SONDEAR PARA DETERMINAR LA RAZÓN PRINCIPAL	NO SE DIO CUENTA..... 1 NO ERA NECESARIO..... 2 NO SABÍA DÓNDE ACUDIR..... 3 ERA DE NOCHE..... 4 NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS..... 5 NO TENÍA DINERO ..... 6 ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE..... 7 COSTUMBRE DE DAR A LUZ EN CASA ..... 8 OTRA RAZÓN..... 96 (ESPECIFIQUE)	
266	¿Por qué usted no pensó en acudir a un servicio de salud?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... A NO EXISTE PERSONAL DE SALUD..... B SABEMOS QUE TRATAN MAL..... C NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS..... D EL SERVICIO ES CARO..... E NO PENSÓ EN ESA POSIBILIDAD..... F PREOCUPACIÓN DE QUE NO HAYA MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN..... G NO CONSENTIMIENTO DEL ESPOSO..... H DE LA MADRE O SUEGRA / FAMILIA..... I FALTA DE TRANSPORTE..... J MAL ESTADO DE CAMINOS..... K NO PERMISO EN EL TRABAJO ..... L TOQUE MAL INTENCIONADO PERSONAL DE SALUD..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE)	
267	¿Qué hizo o qué tipo de ayuda o tratamiento recibió?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MASAJES..... A MANTEO..... B MATES CASEROS..... C INYECCIONES..... D (ESPECIFIQUE) TABLETAS O PASTILLAS..... E (ESPECIFIQUE) SAHUMERIO..... F BAÑOS DE HIERBAS..... G OTRA AYUDA O TRATAMIENTO..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNO/NADA..... Y	274
268	¿Tuvo alguna dificultad para llegar hasta el servicio de salud?  SI LA RESPUESTA ES "SI", PREGUNTE:  ¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el servicio de salud?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 FALTA DE TRANSPORTE..... 2 MAL ESTADO DE LOS CAMINOS..... 3 EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... 4 INSEGURIDAD EN LAS CALLES ..... 5 NO TENIA DINERO PARA EL TRANSPORTE ..... 6 OTRA DIFICULTAD..... 96 (ESPECIFIQUE)	
269	¿Cuál fue el principal problema que tuvo en el servicio de salud cuando recibió la atención?	NINGUNO..... 1 TARDARON EN ATENDERNOS..... 2 NOS TRATARON MAL..... 3 NO HABÍA PERSONAL..... 4 NO HABÍA MEDICINAS ..... 5 NO HABÍA SANGRE..... 6 NO HABÍA INSTRUMENTAL..... 7 NO HABÍA CAMAS..... 8 NO QUISIERON ATENDERNOS..... 9 NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 10 NOS COBRARON LA ATENCIÓN/MEDICA/INSUMOS ..... 11 OTRO PROBLEMA..... 96 (ESPECIFIQUE)	273 273



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
270	Si en el hospital público o de la seguridad social le cobraron, le enviaron a otro servicio de salud o no quisieron atenderla: ¿Sabía que tenía que ir a un establecimiento de primer nivel, puesto o centro de salud, en primer lugar?	SI..... 1 NO..... 2	272
271	¿Cual es la causa por que no conoce su establecimiento de salud de primer nivel?	NO LE INTERESA CONOCER ..... A NADIE LE INFORMO ..... B NO SABE..... C	273
272	¿Cuáles de los siguientes tratamientos le dieron para su problema de salud:  A Transfusión de sangre? B Otro tratamiento médico? C Legrado, limpieza, raspaje? D Cesárea? X Otra cirugía? (Especifique)	<div>SI NO</div> <div>TRANSFUSIÓN DE SANGRE..... 1 2</div> <div>OTRO TRATAMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>LEGRADO (LIMPIEZA, RASPAJE)..... 1 2</div> <div>CESÁREA..... 1 2</div> <div>OTRA CIRUGÍA ..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
273	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  _____ FECHA, SI PROPORCIONA LA ENTREVISTADA  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4  MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
274	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar embarazada más fácilmente si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	276
275	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN.... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 7	
276	Usted recibió informacion sobre educacion para la sexualidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	278
277	¿Dónde recibió por primera vez, información o educación para la sexualidad?	EN SU CASA..... 1 EN LA ESCUELA..... 2 INTERNET ..... 3 AMIGOS..... 4 SERVICIOS SALUD ..... 5 OTRO..... 6	
278	Considera usted que el cancer se puede prevenir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
279	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
280	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del virus del papiloma humano VPH?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	282
281	¿Conoce usted a qué edad se administra la vacuna contra el VPH?	Niñas de 10 años ..... 1 Niñas menores a 10 años ..... 2 Niñas mayores a 10 años ..... 3 No sabe ..... 8	
282	¿Cuántas mujeres del hogar de sexo femenino entre 10 a 17 años recibieron la vacuna contra el VPH ( Virus Papiloma Humano)?	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
283	¿Cree usted que el virus del papiloma humano puede causar cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
284	¿Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) o Inspección visual con Acido Acético IVAA para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA/ NO SABE..... 8	289 291
285	¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou (PAP)/ IVAA en los últimos tres años?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	
286	¿Cada cuánto tiempo se ha realizado los exámenes para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?	CADA AÑO..... 1 CADA DOS AÑOS..... 2 CADA TRES AÑOS..... 3 SE HIZO SOLO UNA VEZ..... 4	
287	¿En la última prueba, cuál fue el resultado?  _____ ANOTE LA RESPUESTA DE MANERA TEXTUAL	POSITIVO..... 1 NEGATIVO..... 2 INFECCIÓN..... 3 DESCONOCE PUES NO RECOGIÓ EL RESULTADO..... 4 DESCONOCE PUES NO LE DIERON EL RESULTADO..... 5 NO SABE..... 8	290 291
288	Como resultado de la prueba:  A ¿Fue a otro servicio de salud? B ¿Se hizo otros exámenes? C ¿Siguió algún tratamiento? D ¿Repitió el Papanicolaou o IVAA inmediatamente o en los siguientes 30 días? E ¿Repitió el Papanicolaou o IVAA en un año o más?	SI NO FUE A OTRO SERVICIO..... 1 2 OTROS EXÁMENES..... 1 2 TRATAMIENTO..... 1 2 REPITIÓ EL PAP O IVAA INMEDIATAMENTE O EN LOS SIGUIENTES 30 DIAS ..... 1 2 REPITIÓ EL PAP O IVAA EN UN AÑO O MÁS..... 1 2	291
289	¿Por qué razón no se hizo el examen del PAP o IVAA?	NO SABÍA..... 1 MI ESPOSO NO QUERÍA..... 2 TENIA MIEDO DE SABER..... 3 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO OFERTABA EL SERVICIO..... 4 TARDABAN MUCHO..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	291
290	¿Qué hizo cuando el resultado del PAP/IVAA fue negativo?	LA REPITIÓ CADA AÑO..... 1 REPITIÓ LA PRUEBA A LOS TRES AÑOS..... 2 NO VOLVIÓ A REALIZARSE LA PRUEBA..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
291	¿Conoce usted alguna persona, hermana, familiar, amiga o vecina que haya fallecido por cáncer de cuello uterino?	SI..... 1 NO..... 2	293
292	¿Cuántas mujeres conoce que hayan fallecido por cáncer de cuello uterino?	NÚMERO DE PERSONAS..... <input type="text"/>	
293	¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama?	SI..... 1 NO..... 2	297
294	¿A partir de qué edad cree usted que debe hacerse un chequeo para descartar el cáncer de mama?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 98	
295	¿Alguna vez se ha practicado el autoexamen de sus pechos/ mamas?	SI..... 1 NO..... 2	
296	¿Alguna vez, le han practicado algún examen por problemas de sus pechos/ mamas?	SI..... 1 NO..... 2	
297	¿Conoce a alguna persona que ha tenido o tiene cáncer de mama A En su familia? B En su comunidad?	SI NO NS EN SU FAMILIA..... 1 2 8 EN SU COMUNIDAD..... 1 2 8	

SECCIÓN III. ANTICONCEPCIÓN / PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.			
301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - MARCAR EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:  ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)? LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO. - MARCAR EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO MARCAR EL CÓDIGO 2 Y CONTÍNUÉ CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?	
1	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos/as.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
2	ESTERILIZACIÓN/ OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos/as	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
3	PÍLDORAS/PASTILLAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
4	DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque T de cobre en la matriz.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
5	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA (PARA NO TENER HIJOS/AS) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección mensual o trimestral para evitar quedar embarazada.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
6	IMPLANTES Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar quedar embarazada durante uno o varios años.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
7	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 48 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI ..... 1  NO ..... 2 —	SI..... 1 NO..... 2
8	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
9	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden usar una fundita de goma que tiene dos anillos, uno interno que no contiene espermicidas, que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro externo con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que cubre los labios y clítoris e impide que el condón se introduzca demasiado en la vagina y que pierda posición. Evita que la mujer quede embarazada y también protege de la transmisión de infecciones.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
10	TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
11	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
12	RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS, ROSARIO Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
13	RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI ..... 1  NO ..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
14	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI ..... 1  (ESPECIFIQUE)  (ESPECIFIQUE) NO ..... 2	SI..... 1 NO..... 2  SI..... 1 NO..... 2
303	PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	VERIFICAR 302 SI HA USADO ALGUNA VEZ: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" (HA USADO ALGUNA VEZ) <input type="checkbox"/>	309
305	Usted y su pareja ¿alguna vez han hecho algo o tratado de algún modo de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	308
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
307	PASE A → 332		
308	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 304 ( Y 301 SI ES NECESARIO)		
309	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada.  ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJAS/OS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	VERIFICAR 302(01):  MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	313
311	VERIFICAR 234:  NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	322
312	¿Actualmente está usted o su marido/ pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	322
313	¿Qué métodos está(n) usando?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS  SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO MENCIONADO EN PRIMER LUGAR  MARCAR LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A → 315 ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... B → 315 PÍLDORAS/PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE ..... F ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ..... G CONDÓN MASCULINO..... H CONDÓN FEMENINO ..... I TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... J MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... K → 319 RITMO..... L → 319 RETIRO..... M → 319 OTRO MÉTODO ..... X → 319 (ESPECIFIQUE)	
314	La última vez que obtuvo (MÉTODO SEÑALADO MAS ARRIBA EN LA LISTA EN 313). ¿Cuánto pagó en total incluyendo costo del método y consulta?	COSTO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS ..... 9 9 9 9 5 → 319 NO SABE ..... 9 9 9 9 8 → 319	
315	¿Dónde tuvo lugar la esterilización?	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17  SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSML/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28  SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 32  OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
316	<div>VERIFICAR 313</div> <div><div>CÓDIGO 'A' MARCADO</div><div>CÓDIGO 'B' MARCADO</div></div> <div>Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación?</div> <div>Antes de la operación. ¿Le informaron a su esposo/compañero que no podría tener más hijos después de la operación?</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	
317	¿Cuánto pagó usted (su esposo/compañero) en total por la esterilización incluyendo el costo del método y la consulta?	<div>COSTO.....</div> <div>CUBIERTO POR EL SEGURO ..... 9 9 9 9 0</div> <div>GRATIS ..... 9 9 9 9 5</div> <div>NO SABE..... 9 9 9 9 8</div>	
318	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/ esterilizaron?	<div>MES.....</div> <div>AÑO.....</div>	320
319	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL MARCADO EN LA 313) la última vez?  SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma ininterrumpida?	<div>MES.....</div> <div>AÑO.....</div>	
320	VERIFICAR EN 219, 242, 318, 319, SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DEL INICIO DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN  <div>NO <input type="checkbox"/></div> <div>SI <input type="checkbox"/> →</div> <div>REGRESE A 318,319, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)</div>		
321	VERIFICAR 318 Y 319:  EL AÑO ES ANTES DE ENERO DEL 2018 <input type="checkbox"/>	EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2018 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>  ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO  PASE A 401      DESPUÉS PASE A → 322	
322	<div>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos 5 años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada.</div> <div>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DEL 2018. USE LOS NOMBRES DE LAS(OS) HIJAS(OS), FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</div> <div>ANOTE EN EL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO, ó "0" PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO</div> <div>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Inició el uso de anticonceptivos después de un parto/después de un aborto/ después de una Cesárea? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?</div>		
323	<div>VERIFICAR 313:</div> <div>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div> <div>SI MENCIONÓ VARIOS EN 313 MARCAR EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ EN PRIMER LUGAR</div>	<div>NO CÓDIGOS MARCADOS..... 0</div> <div>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 1</div> <div>ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 2</div> <div>PILDORAS/PASTILLAS..... 3</div> <div>DIU..... 4</div> <div>INYECCIONES..... 5</div> <div>IMPLANTE ..... 6</div> <div>ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 7</div> <div>CONDÓN MASCULINO..... 8</div> <div>CONDÓN FEMENINO ..... 9</div> <div>TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10</div> <div>MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11</div> <div>RITMO..... 12</div> <div>RETIRO..... 13</div> <div>OTRO MÉTODO..... 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>→ 332</div> <div>→ 326</div> <div>→ 401</div> <div>→ 334</div> <div>→ 334</div>
324	<div>¿Dónde obtuvo la primera vez (MÉTODO) que está usando actualmente?</div>  <div>SOLO PARA MELA/RITMO:</div> <div>¿Dónde aprendió sobre el MELA o Ritmo?</div>	<div>SUBSECTOR PUBLICO</div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:</div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11</div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12</div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... 13</div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14</div> <div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15</div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16</div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17</div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21</div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22</div> <div>CAJA PETROLERA..... 23</div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24</div> <div>CORDES..... 25</div> <div>CAJA DE CAMINOS..... 26</div> <div>COSSMIL/FFAA..... 27</div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28</div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31</div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32</div> <div>OTROS</div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... 41</div> <div>VISITA DOMICILIARIA..... 42</div> <div>FARMACIA ..... 43</div> <div>MEDICINA TRADICIONAL..... 44</div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45</div> <div>OTRO LUGAR:..... 96</div> <div>ESPECIFIQUE</div> <div>NO SABE ..... 98</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
326	<b>VERIFICAR 313:</b>  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS  SI MENCIONÓ VARIOS EN 313 MARCAR EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ EN PRIMER LUGAR	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 1 → 401 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 3 DIU..... 4 INYECCIONES..... 5 IMPLANTE ..... 6 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ..... 7 CONDÓN MASCULINO..... 8 → 331 CONDÓN FEMENINO ..... 9 → 331 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10 → 328 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 → 334 RITMO..... 12 → 334	
327	Usted consiguió (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) en (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 315 O 324) en (FECHA DE PREGUNTA 318 Y 319).  ¿En ese momento, alguien le informó sobre los <b>efectos secundarios o problemas que podría tener</b> por causa del método?	SI..... 1  NO..... 2	
328	<b>VERIFICAR 327</b>  CÓDIGO '1'  MARCADO      CÓDIGO '2'  MARCADO  En ese momento, ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?      Cuando obtuvo (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) de (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 315 O 324) ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?	SI..... 1 → 330  NO..... 2  NO SABE..... 8	
329	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre métodos de anticoncepcion que podría usar?	SI..... 1  NO..... 2	
330	<b>VERIFICAR 313:</b>  MARCAR EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:  SI MENCIONÓ VARIOS EN 313, MARCAR EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ EN PRIMER LUGAR	PÍLDORAS/PASTILLAS..... 3 DIU..... 4 INYECCIONES..... 5 IMPLANTE ..... 6 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 7 CONDÓN MASCULINO..... 8 CONDÓN FEMENINO ..... 9 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10  OTRO MÉTODO..... 96 → 334 (ESPECIFIQUE)	
331	¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17  <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSMI/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28  <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32  <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR:..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	334
16			



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
332	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar/ anticoncepción?	SI..... 1 NO..... 2 → 334	
333	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G  <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... H CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO ..... O  <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... P ONG/Iglesia (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... Q  <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA ..... T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Z	
334	<p>En los últimos doce meses, ¿Usted buscó y encontró información sobre anticoncepción / Planificación familiar:</p> <p>A En establecimiento de Salud Privado?</p> <p>B En establecimiento de Salud Público?</p> <p>C En Internet?</p> <p>D En su familia?</p> <p>X En otro sitio? (Especifique)</p>	<p style="text-align: right;"><b>SI NO</b></p> <p>EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO..... 1 2</p> <p>EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO..... 1 2</p> <p>EN INTERNET..... 1 2</p> <p>EN SU FAMILIA..... 1 2</p> <p>OTRO _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)</p>	

## SECCIÓN IV. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO

401	<b>VERIFICAR 232 O (208 = 0 PARA MUJERES QUE NUNCA TUVIERON HIJOS)</b>  <div> <div>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2018</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2018</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div></div> <div>→ PASE A 501</div> </div>			
402	<b>VERIFICAR 219 LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS NACIDAS/ OS DESDE ENERO DEL 2018</b> ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDA/O VIVA/O DESDE ENERO DEL 2018 COMIENCE CON LA ÚLTIMA NACIDA/O VIVA/O. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDAS/OS VIVAS/OS, UTILICE LA <b>SEGUNDA Y TERCERA</b> COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL.  Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de las nacidas/os vivas/os que nacieron desde ENERO de 2018. Hablaremos de cada niña/o por turno.			
403	<b>VERIFICAR 216 Y 219:</b>  PARA LAS/OS NACIDAS/OS VIVAS/OS  ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN	<div> <div>ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O</div> <div> <div>NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> <div> <div>NOMBRE</div> <div> <input type="text"/> </div> </div> </div>	<div> <div>PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O</div> <div> <div>NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> <div> <div>NOMBRE</div> <div> <input type="text"/> </div> </div> </div>	<div> <div>ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O</div> <div> <div>NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> <div> <div>NOMBRE</div> <div> <input type="text"/> </div> </div> </div>
404	<b>VERIFICAR 220, SI ESTA VIVA/O O MUERTA/O</b>	<div> <div>VIVA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>MUERTA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div> <div>VIVA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>MUERTA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div> <div>VIVA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>MUERTA/O</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada <b>en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijas/os?</b>	<div> <div>EN ESE MOMENTO.....</div> <div> <div>1</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 407)</div> </div> </div> <div> <div>MÁS ADELANTE.....</div> <div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>NO MÁS HIJAS/OS.....</div> <div> <div>3</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 407)</div> </div> </div>	<div> <div>EN ESE MOMENTO.....</div> <div> <div>1</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 425)</div> </div> </div> <div> <div>MÁS ADELANTE.....</div> <div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>NO MÁS HIJAS/OS.....</div> <div> <div>3</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 425)</div> </div> </div>	<div> <div>EN ESE MOMENTO.....</div> <div> <div>1</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 425)</div> </div> </div> <div> <div>MÁS ADELANTE.....</div> <div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>NO MÁS HIJAS/OS.....</div> <div> <div>3</div> <div>←</div> </div> <div> <div>(PASE A 425)</div> </div> </div>
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	<div> <div>MESES.....</div> <div> <div>1</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>AÑOS.....</div> <div> <div>2</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>998</div> </div> </div>	<div> <div>MESES.....</div> <div> <div>1</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>AÑOS.....</div> <div> <div>2</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>998</div> </div> </div>	<div> <div>MESES.....</div> <div> <div>1</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>AÑOS.....</div> <div> <div>2</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>998</div> </div> </div>
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE), ¿Hizo control prenatal?	<div> <div>SI.....</div> <div> <div>1</div> </div> </div> <div> <div>NO.....</div> <div> <div>2</div> <div>←</div> </div> </div> <div> <div>(PASE A 415)</div> </div>		
408	¿Quién le hizo el control prenatal?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	<div> <div>MÉDICO.....</div> <div> <div>A</div> </div> </div> <div> <div>ENFERMERA.....</div> <div> <div>B</div> </div> </div> <div> <div>AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....</div> <div> <div>C</div> </div> </div> <div> <div>PARTERA.....</div> <div> <div>D</div> </div> </div> <div> <div>FAMILIAR/AMIGA.....</div> <div> <div>E</div> </div> </div> <div> <div>OTRO:.....</div> <div> <div>X</div> </div> </div> <div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> </div>		
409	¿Dónde realizó el control prenatal para este embarazo?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	<div> <div>SUBSECTOR PÚBLICO</div> </div> <div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div> </div> <div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD.....</div> <div> <div>A</div> </div> </div> <div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO.....</div> <div> <div>B</div> </div> </div> <div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERVENCIÓN.....</div> <div> <div>C</div> </div> </div> <div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL.....</div> <div> <div>D</div> </div> </div> <div> <div>SEGUNDO NIVEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....</div> <div> <div>E</div> </div> </div> <div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....</div> <div> <div>F</div> </div> </div> <div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO.....</div> <div> <div>G</div> </div> </div> <div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> </div> <div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD.....</div> <div> <div>H</div> </div> </div> <div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA.....</div> <div> <div>I</div> </div> </div> <div> <div>CAJA PETROLERA.....</div> <div> <div>J</div> </div> </div> <div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL.....</div> <div> <div>K</div> </div> </div> <div> <div>CORDONES.....</div> <div> <div>L</div> </div> </div> <div> <div>CAJA DE CAMINOS.....</div> <div> <div>M</div> </div> </div> <div> <div>COSSMIL/FFAA.....</div> <div> <div>N</div> </div> </div> <div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO.....</div> <div> <div>O</div> </div> </div> <div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> </div> <div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL).....</div> <div> <div>P</div> </div> </div> <div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL).....</div> <div> <div>Q</div> </div> </div> <div> <div>OTROS</div> </div> <div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE.....</div> <div> <div>R</div> </div> </div> <div> <div>VISITA DOMICILIARIA.....</div> <div> <div>S</div> </div> </div> <div> <div>FARMACIA.....</div> <div> <div>T</div> </div> </div> <div> <div>MEDICINA TRADICIONAL.....</div> <div> <div>U</div> </div> </div> <div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE.....</div> <div> <div>V</div> </div> </div> <div> <div>OTRO LUGAR.....</div> <div> <div>X</div> </div> </div> <div> <div>ESPECIFIQUE</div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>Z</div> </div> </div>		
410	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando hizo su primer control prenatal?	<div> <div>MESES.....</div> <div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>98</div> </div> </div>		
411	¿Cuántos controles prenatales hizo durante el embarazo de (NOMBRE)?	<div> <div>Nº DE VECES.....</div> <div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div> <div> <div>NO SABE.....</div> <div> <div>98</div> </div> </div>		
412	Al menos en uno de los controles prenatales, le hicieron algo de lo siguiente:  A ¿La pesaron? B ¿La midieron (talla)? C ¿Le tomaron la presión arterial? D ¿Le hicieron un exámen de orina? E ¿Le hicieron un exámen de sangre? F ¿Le midieron la barriga? G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	<div> <div>SI</div> <div>NO</div> </div> <div> <div>LA PESARON.....</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>LA MIDIERON.....</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>TOMARON PRESIÓN ARTERIAL.....</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> </div> <div> <div>HICIERON EXÁMEN DE ORINA.....</div></div>		

		ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div>NOMBRE _____</div>	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div>NOMBRE _____</div>	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div>NOMBRE _____</div>
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna vacuna en el brazo para evitar que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 418)		
416	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces/ dosis le pusieron esa vacuna antitetánica?  SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES/ DOSIS..... <div></div> NO SABE..... 8		
417	VERIFICAR EN 416: NÚMERO DE VACUNAS	2 O MÁS VECES <div></div> OTRA <div></div> (PASE A 420)		
418	¿En algún momento antes o durante este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica para protegerla?	SI ANTES..... 1 SI DURANTE..... 2 NO..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 420)		
419	¿Cuántas vacunas antitetánicas recibió antes o durante el embarazo de (NOMBRE)?  SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES/ DOSIS..... <div></div> NO SABE..... 8		
420	¿En algún momento antes o durante este embarazo le pusieron una vacuna de la influenza para protegerla?	SI ANTES..... 1 SI DURANTE..... 2 NO..... 3 NO SABE..... 8		
421	Durante el embarazo, Usted consumió tabletas de:	ACIDO FOLICO ..... A HIERRO ..... B NINGUNO ..... C NO SABE..... D		
422	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
423	¿Colocaron al recién nacido sobre el abdomen de la madre inmediatamente después del parto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 425		
424	¿Por cuánto tiempo: unos pocos minutos, alrededor de media hora o una hora?	POR POCOS MINUTOS ..... 1 DURANTE MEDIA HORA ..... 2 DURANTE UNA HORA ..... 3		
425	¿Tiene usted el Carnet de Salud infantil y/o Libreta de Salud y Desarrollo Integral Infantil y/o Certificado de nacido vivo de (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES "SI", SOLICÍTELO Y ANOTE LA TALLA DE LA NIÑA/O.  SI NO TIENE CARNET PREGUNTE: ¿Cuánto midió (NOMBRE) al nacer?	TALLA EN EL CARNET..... 1 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> LONGITUD SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998	TALLA EN EL CARNET..... 1 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> ESTATURA SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998	TALLA EN EL CARNET..... 1 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> ESTATURA SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Centímetros</div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998
426	¿Tiene usted el Carnet de Salud infantil y/o Libreta de Salud y Desarrollo Integral Infantil y/o Certificado de nacido vivo de (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES "SI", SOLICÍTELO Y ANOTE EL PESO DE LA NIÑA/O.  SI NO TIENE CARNET PREGUNTE: ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	PESO EN EL CARNET..... 1 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998	PESO EN EL CARNET..... 1 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998	PESO EN EL CARNET..... 1 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <div>Kg.</div> <div></div> <div>Gr.</div> <div></div> <div></div> NO SABE..... 998
427	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Alguién más?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS  SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
428	¿Quién atendió al recién nacido al momento del parto?  INDAGUE: ¿Alguién más?  MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS  SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO ..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL)..... G  OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
429	¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?	<div><div>SUBSECTOR PÚBLICO</div><div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div><div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11</div><div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12</div><div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... 13</div><div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14</div><div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15</div><div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16</div><div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17</div><div>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</div><div>CAJA NACIONAL DE SALUD..... 21</div><div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA..... 22</div><div>CAJA PETROLERA..... 23</div><div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL..... 24</div><div>CORDES..... 25</div><div>CAJA DE CAMINOS..... 26</div><div>COSSMIL/FFAA..... 27</div><div>SEGURO UNIVERSITARIO..... 28</div><div>SUBSECTOR PRIVADO</div><div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 31</div><div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 32</div><div>IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 33</div><div>OTROS</div><div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... 41</div><div>VISITA DOMICILIARIA..... 42</div><div>FARMACIA..... 43</div><div>MEDICINA TRADICIONAL..... 44</div><div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45</div><div>OTRO LUGAR:..... 96</div><div>ESPECIFIQUE.....</div><div>NO SABE..... 98</div><div>(PASE A 433) ←</div></div>	<div><div>SUBSECTOR PÚBLICO</div><div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div><div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11</div><div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12</div><div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... 13</div><div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14</div><div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15</div><div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16</div><div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17</div><div>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</div><div>CAJA NACIONAL DE SALUD..... 21</div><div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA..... 22</div><div>CAJA PETROLERA..... 23</div><div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL..... 24</div><div>CORDES..... 25</div><div>CAJA DE CAMINOS..... 26</div><div>COSSMIL/FFAA..... 27</div><div>SEGURO UNIVERSITARIO..... 28</div><div>SUBSECTOR PRIVADO</div><div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 31</div><div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 32</div><div>IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 33</div><div>OTROS</div><div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... 41</div><div>VISITA DOMICILIARIA..... 42</div><div>FARMACIA..... 43</div><div>MEDICINA TRADICIONAL..... 44</div><div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45</div><div>OTRO LUGAR:..... 96</div><div>ESPECIFIQUE.....</div><div>NO SABE..... 98</div><div>(PASE A 433) ←</div></div>	<div><div>SUBSECTOR PÚBLICO</div><div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div><div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11</div><div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12</div><div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... 13</div><div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14</div><div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15</div><div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16</div><div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17</div><div>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</div><div>CAJA NACIONAL DE SALUD..... 21</div><div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA..... 22</div><div>CAJA PETROLERA..... 23</div><div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL..... 24</div><div>CORDES..... 25</div><div>CAJA DE CAMINOS..... 26</div><div>COSSMIL/FFAA..... 27</div><div>SEGURO UNIVERSITARIO..... 28</div><div>SUBSECTOR PRIVADO</div><div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 31</div><div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 32</div><div>IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... 33</div><div>OTROS</div><div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... 41</div><div>VISITA DOMICILIARIA..... 42</div><div>FARMACIA..... 43</div><div>MEDICINA TRADICIONAL..... 44</div><div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45</div><div>OTRO LUGAR:..... 96</div><div>ESPECIFIQUE.....</div><div>NO SABE..... 98</div><div>(PASE A 433) ←</div></div>
430	Usted considera que la atención de su parto fue adecuada?	SI..... 1 → 432 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 → 432 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 → 432 NO..... 2 NO SABE..... 8
431	¿Cuáles son las razones por las que considera una atención inadecuada de su parto?	<div><div>EL PERSONAL DE SALUD HACÍA BURLA O COMENTARIOS IRÓNICOS..... 1</div><div>LA TRATABAN CON SOBRENOMBRES EN UN TONO DESPECTIVO..... 2</div><div>LE HABLABAN DE MALA MANERA AL MOMENTO DE MANIFESTAR SUS EMOCIONES O INQUIETUDES DURANTE EL PARTO..... 3</div><div>LE PRACTICARON CESÁREA, TACTOS VAGINALES, O COMPRESIÓN ABDOMEN SIN SU CONSENTIMIENTO O SIN EXPLICACIÓN TÉCNICA ALGUNA..... 4</div><div>SE LE IMPIDIÓ EL CONTACTO INMEDIATO CON SU HIJO O HIJA RECÉN NACIDO DESPUÉS DEL PARTO?..... 5</div><div>OTRA..... 96</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>	<div><div>EL PERSONAL DE SALUD HACÍA BURLA O COMENTARIOS IRÓNICOS..... 1</div><div>LA TRATABAN CON SOBRENOMBRES EN UN TONO DESPECTIVO..... 2</div><div>LE HABLABAN DE MALA MANERA AL MOMENTO DE MANIFESTAR SUS EMOCIONES O INQUIETUDES DURANTE EL PARTO..... 3</div><div>LE PRACTICARON CESÁREA, TACTOS VAGINALES, O COMPRESIÓN ABDOMEN SIN SU CONSENTIMIENTO O SIN EXPLICACIÓN TÉCNICA ALGUNA..... 4</div><div>SE LE IMPIDIÓ EL CONTACTO INMEDIATO CON SU HIJO O HIJA RECÉN NACIDO DESPUÉS DEL PARTO?..... 5</div><div>OTRA..... 96</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>	<div><div>EL PERSONAL DE SALUD HACÍA BURLA O COMENTARIOS IRÓNICOS..... 1</div><div>LA TRATABAN CON SOBRENOMBRES EN UN TONO DESPECTIVO..... 2</div><div>LE HABLABAN DE MALA MANERA AL MOMENTO DE MANIFESTAR SUS EMOCIONES O INQUIETUDES DURANTE EL PARTO..... 3</div><div>LE PRACTICARON CESÁREA, TACTOS VAGINALES, O COMPRESIÓN ABDOMEN SIN SU CONSENTIMIENTO O SIN EXPLICACIÓN TÉCNICA ALGUNA..... 4</div><div>SE LE IMPIDIÓ EL CONTACTO INMEDIATO CON SU HIJO O HIJA RECÉN NACIDO DESPUÉS DEL PARTO?..... 5</div><div>OTRA..... 96</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>
432	¿Cuáles de los siguientes elementos de su cultura fueron respetados en la atención de su parto en el establecimiento de salud: A Permiten acompañamiento? B Realizan el parto en la posición deseada? C Le devolvieron la placenta? D Le dieron líquidos? X Otro elemento? (Especifique)	<div><div>SI NO</div><div>ACOMPañAMIENTO..... 1 2</div><div>POSICIÓN DESEADA..... 1 2</div><div>DEVOLUCIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>INGESTA DE LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>OTRA..... 1 2</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>	<div><div>SI NO</div><div>ACOMPañAMIENTO..... 1 2</div><div>POSICIÓN DESEADA..... 1 2</div><div>DEVOLUCIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>INGESTA DE LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>OTRA..... 1 2</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>	<div><div>SI NO</div><div>ACOMPañAMIENTO..... 1 2</div><div>POSICIÓN DESEADA..... 1 2</div><div>DEVOLUCIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>INGESTA DE LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>OTRA..... 1 2</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>
433		<div><div>VERIFICAR 427: OTRO</div><div>PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 435</div></div>	<div><div>VERIFICAR 427: OTRO</div><div>PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 435</div></div>	<div><div>VERIFICAR 427: OTRO</div><div>PARTERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 435</div></div>
434	Si le atendió una partera tradicional ¿Qué tipo de ayuda le dio durante su último parto: A Masajes? B Líquidos para tomar? C Manteo? D Revisión de la placenta? E Cuidó a las/os hijas/os? F Le dio caldo/sopa?	<div><div>SI NO</div><div>MASAJES..... 1 2</div><div>DIO A TOMAR LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>MANTEO..... 1 2</div><div>REVISIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS?..... 1 2</div><div>LE DIO CALDO/ SOPA..... 1 2</div><div>440</div></div>	<div><div>SI NO</div><div>MASAJES..... 1 2</div><div>DIO A TOMAR LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>MANTEO..... 1 2</div><div>REVISIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS?..... 1 2</div><div>LE DIO CALDO/ SOPA..... 1 2</div><div>440</div></div>	<div><div>SI NO</div><div>MASAJES..... 1 2</div><div>DIO A TOMAR LÍQUIDOS..... 1 2</div><div>MANTEO..... 1 2</div><div>REVISIÓN DE PLACENTA..... 1 2</div><div>CUIDÓ A LAS/OS HIJAS/OS?..... 1 2</div><div>LE DIO CALDO/ SOPA..... 1 2</div><div>440</div></div>
435	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>
436	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
437	Antes que le dieran de alta del parto de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud la examinó a usted?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
438	¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz/ tener su parto de (NOMBRE), tuvo usted su primer examen clínico/ control/ revisión?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE EN HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE EN DÍAS.	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>	<div><div>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></div><div>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></div><div>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></div><div>NO SABE..... 998</div></div>

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____
439	¿Quién la atendió en ese momento?  SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←
440	¿Por qué no tuvo a (NOMBRE) en un establecimiento de salud?  SONDEE: ¿Alguna otra razón?          MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MUY COSTOSO ..... A ESTABLECIMIENTO CERRADO ..... B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE ..... C NO CONFÍA EN EL SITIO/ MALA CALIDAD DEL SERVICIO ..... D MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES EMBARAZOS ..... E MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES PARTOS ..... F NO HAY PERSONAL FEMENINO ..... G NO EXISTE PERSONAL DE SALUD ..... H ESPOSO/ FAMILIA NO LO PERMITIÓ ..... I NO ERA NECESARIO ..... J NO ES LA COSTUMBRE ..... K OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE)	MUY COSTOSO ..... A ESTABLECIMIENTO CERRADO ..... B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE ..... C NO CONFÍA EN EL SITIO/ MALA CALIDAD DEL SERVICIO ..... D MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES EMBARAZOS ..... E MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES PARTOS ..... F NO HAY PERSONAL FEMENINO ..... G NO EXISTE PERSONAL DE SALUD ..... H ESPOSO/ FAMILIA NO LO PERMITIÓ ..... I NO ERA NECESARIO ..... J NO ES LA COSTUMBRE ..... K OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE)	MUY COSTOSO ..... A ESTABLECIMIENTO CERRADO ..... B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE ..... C NO CONFÍA EN EL SITIO/ MALA CALIDAD DEL SERVICIO ..... D MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES EMBARAZOS ..... E MALTRATO RECIBIDO EN ANTERIORES PARTOS ..... F NO HAY PERSONAL FEMENINO ..... G NO EXISTE PERSONAL DE SALUD ..... H ESPOSO/ FAMILIA NO LO PERMITIÓ ..... I NO ERA NECESARIO ..... J NO ES LA COSTUMBRE ..... K OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE)
441	¿A las cuántas horas o días de nacido, (NOMBRE) tuvo su primer control de salud? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA.   SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <div></div> <div></div> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <div></div> <div></div> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <div></div> <div></div> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <div></div> <div></div> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <div></div> <div></div> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <div></div> <div></div> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 998
442	¿Quién le hizo ese control a (NOMBRE)?  SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)
443	¿Dónde tuvo lugar ese primer exámen clínico/ control?	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98
444	¿A los cuántos días despues del parto de (NOMBRE) se realizó el segundo control?	CANTIDAD DE DÍAS ..... <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 98 → 447	CANTIDAD DE DÍAS ..... <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 98 → 447	CANTIDAD DE DÍAS ..... <div></div> <div></div> NO HIZO CONTROL/NO SABE ..... 98 → 447
445	¿Quién le realizó el segundo control?	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)	MÉDICO ..... 1 ENFERMERA ..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA ..... 3 PARTERA ..... 4  OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE)
446	¿Dónde tuvo lugar ese segundo exámen clínico/ control?	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	<b>SUBSECTOR PÚBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD ..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO ..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION ..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL ..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO ..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEG. SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES ..... 25 CAJA DE CAMINOS ..... 26 COSSMIL/FFAA ..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA ..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL ..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE ..... 45 OTRO LUGAR: ..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98
		21		

		ÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	PENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O	ANTEPENÚLTIMA/O NACIDA/O VIVA/O
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 216	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____
447	Después del parto ¿recibió usted una cápsula de <b>vitamina A</b> como ésta?  MOSTRAR CAPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448	Despues del parto ¿Usted tomó tabletas de hierro?  MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
449	¿Le ha vuelto la regla/ menstruación después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←
450	Al retorno de su regla, ¿Recibió sulfato ferroso?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
451	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←
452	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98
453	VERIFICAR EN 234 SI ESTÁ EMBARAZADA	<div>NO EMBARAZADA</div> <div></div> <div>↓</div> <div>EMBARAZADA O INSEGURA</div> <div></div> <div>↓</div> <div>(PASE A 455)</div>		
454	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 501) ←		
455	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?  SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98	MESES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 98

SECCIÓN V. ALIMENTACIÓN Y COBERTURA DE SALUD					
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
501	Durante las ultimas dos semanas , ¿usted donde consumió con <b>MAYOR</b> frecuencia las comidas principales?	DENTRO DEL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2			
502	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que, <b>usted consumió el día de ayer</b> durante el día o durante la noche, bien por separado o con otros alimentos.  <div><div>1. CEREALES, TUBERCULOS Y DERIVADOS</div><div>A Cereales y derivados:Arroz,fideo,quinua, pan,galletas,otros. B Leguminosas: Lenteja, poroto, frijol, tarhui y otros C Tuberculos: Papa,oca, yuca, chuño y otros</div><div>2. VERDURAS</div><div>D Color verde oscuro: Acelga, espinaca, apio, brocoli y otros E Color amarillo a naranja por dentro: zapallo, zanahoria, F Cualquier otra verdura</div><div>3. FRUTAS</div><div>G Color amarillo a naranja por dentro:papaya,mango,piña,otros H Cualquier otra fruta</div><div>4. LACTEOS Y DERIVADOS</div><div>I Leche, yogurt, queso y otros</div><div>5. CARNES, DERIVADOS Y HUEVOS</div><div>J Res, Hígado, Riñon, Corazón, K Pollo, Pescado, Cerdo, Cordero, Llama, Conejo y visceras L huevo</div><div>6. GRASAS Y DERIVADOS</div><div>M Aceite vegetal, oliva, girasol, maíz, soja y otros N manteca, cebo, margarina O mantequilla</div><div>7. AZUCARES</div><div>P Azucar blanca Q Azúcar morena, miel, chancaca y otros</div><div>8. OTROS</div><div>R Agua S Otros liquidos(te, mate,café)</div></div> <div><div>Usted tomó/comió:</div><div>SI NO NS</div><div>A 1 2 8 B 1 2 8 C 1 2 8 D 1 2 8 E 1 2 8 F 1 2 8 G 1 2 8 H 1 2 8 I 1 2 8 J 1 2 8 K 1 2 8 L 1 2 8 M 1 2 8 N 1 2 8 O 1 2 8 P 1 2 8 Q 1 2 8 R 1 2 8 S 1 2 8</div></div>				
503	Ahora me gustaría preguntarle a cerca del consumo en la ultima semana de los siguientes productos  A ¿Comida rápida? B ¿Bebidas azucaradas? C ¿Alimentos procesados?	<div>SI NO NS</div> <div>COMIDA RAPIDA ..... 1 2 8 Pollo broaster, Hamburguesa, Salchipapa, Hot dog, papas fritas y otras frituras</div> <div>BEBIDAS AZUCARADAS ..... 1 2 8 Bebidas con gas. Nectar. Juos envasados. Energizantes, Otros</div> <div>ALIMENTOS PROCESADOS..... 1 2 8 Tortas, queques, roscas, galletas dulces/ dulces/ saladas y otros</div>			
504	¿Ha oído hablar del SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) ?	SI..... 1 NO..... 2 → 507			
505	¿A quiénes atiende el SUS?	A TODAS LAS MUJERES..... A A MUJERES EMBARAZADAS..... B A MUJERES QUE RECIÉN HAN TENIDO HIJOS..... C A TODAS/OS LAS/OS NIÑAS Y NIÑOS..... D A NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS..... E A TODA LA POBLACIÓN..... F OTROS..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE A QUIENES..... Z			
506	¿Usted esta registrada al Sistema Único de Salud (SUS) ?	SI ..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
507	¿Desde el 2018, en algún momento usted ha recibido atención de salud por el Sistema Único de Salud (SUS)?	SI..... 1 → 509 NO..... 2			
508	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Sistema Único de Salud (SUS)?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENÍA DINERO..... J NO NECESITABA..... K NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE)			512

PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
<b>509</b>	La atención de salud que recibió fue:		<b>SI NO</b>	
A	¿Durante el embarazo?	EMBARAZO .....	1 2	
B	¿En el parto?	PARTO .....	1 2	
C	¿Después del parto?	POST PARTO .....	1 2	
D	¿Cómo persona con discapacidad?	PERSONA CON DISCAPACIDAD.....	1 2	
X	¿otra causa? (Especifique)	OTRA CAUSA .....	1 2	
		<u>ESPECIFIQUE</u>		
<b>510</b>	¿En qué establecimiento de salud recibió esa atención?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	<b>SUBSECTOR PUBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G  <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... H CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO ..... O  <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... P  ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... Q  <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA ..... T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X <u>ESPECIFIQUE</u> NO SABE ..... Z		
<b>511</b>	En la atención que recibió:		<b>SI NO</b>	
A	¿Le solucionaron su problema de salud?	SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1 2	
B	¿Le atendieron en su idioma?	EN SU IDIOMA.....	1 2	
C	¿Los médicos o enfermeras fueron amables con usted?	PERSONAL AMABLE .....	1 2	
D	¿Tuvo que pagar por algo?	PAGÓ POR ALGO .....	1 2	
E	¿Le derivaron a otro establecimiento de salud?	LE DERIVARON A OTRO ESTABLECIMIENTO .....	1 2	
<b>511 A</b>	VERIFICAR 208  SI TIENE HIJAS/OS <input type="checkbox"/>	NO TIENE HIJAS/OS <input type="checkbox"/>		→ <b>519</b>
<b>512</b>	Desde enero de 2018, en algún momento alguna de sus hijas e hijos recibió atención por el Sistema Único de Salud (SUS)?	SI..... 1 → NO ..... 2 NO SABE ..... 8		→ <b>514</b>
<b>513</b>	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) para su hijas e hijos?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ESTABA LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDABA MUY LEJOS..... G NO ABRIAN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO NECESITE..... K NO SABÍA DONDE PRESTABAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONABAN PROBLEMA DE SALUD..... M  OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE)		} <b>521</b>
<b>514</b>	¿Cuántos de sus hijas e hijos recibieron atención por el Sistema Único de Salud (SUS)?	NÚMERO DE HIJAS E HIJOS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>515</b>	La atención que recibieron fue:		<b>SI NO</b>	
A	¿Por enfermedad?	ENFERMEDAD .....	1 2	
B	¿Por accidente?	POR ACCIDENTE .....	1 2	
C	¿Para seguimiento de control y desarrollo (incluye vacunas)?	SEGUIMIENTO DE CONTROL Y DESARROLLO.....	1 2	
X	¿Otro? motivo (Especifique)	OTRO MOTIVO.....	1 2	
		(ESPECIFIQUE)		



	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
516	<p>¿En qué establecimiento de salud recibieron esa atención?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p><b>SUBSECTOR PUBLICO</b></p> <p>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:</p> <p>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B</p> <p>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C</p> <p>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D</p> <p>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E</p> <p>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F</p> <p>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G</p> <p><b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b></p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD ..... H</p> <p>CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... I</p> <p>CAJA PETROLERA..... J</p> <p>CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... K</p> <p>CORDES..... L</p> <p>CAJA DE CAMINOS..... M</p> <p>COSSML/FFAA..... N</p> <p>SEGURO UNIVERSITARIO ..... O</p> <p><b>SUBSECTOR PRIVADO</b></p> <p>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... P</p> <p>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... Q</p> <p><b>OTROS</b></p> <p>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... R</p> <p>VISITA DOMICILIARIA ..... S</p> <p>FARMACIA ..... T</p> <p>MEDICINA TRADICIONAL..... U</p> <p>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V</p> <p>OTRO LUGAR:..... X</p> <p>ESPECIFIQUE.....</p> <p>NO SABE ..... Z</p>																
517	<p>En la atención que recibieron sus hijas e hijos:</p> <p>A ¿Solucionaron el problema de salud de sus hijas/os?</p> <p>B ¿Le atendieron en su idioma?</p> <p>C ¿Los médicos o enfermeras fueron amables con sus hijas/os?</p> <p>D ¿Tuvo que pagar por algo?</p>	<table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>EN SU IDIOMA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PERSONAL AMABLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PAGÓ POR ALGO .....</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		SI	NO	SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2	EN SU IDIOMA.....	1	2	PERSONAL AMABLE .....	1	2	PAGÓ POR ALGO .....	1	2	
	SI	NO																
SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2																
EN SU IDIOMA.....	1	2																
PERSONAL AMABLE .....	1	2																
PAGÓ POR ALGO .....	1	2																
518	<p><b>VERIFICAR 507 Y 512:</b></p> <p>VEA SI 507 = 1 Ó 512=1</p> <p>(POR LO MENOS UN SI)</p>	<p>VEA SI 507= 2 Ó 512= 2</p>	521															
519	<p>¿Cómo calificaría la atención que recibió usted o sus hijas/os del Sistema Único de Salud (SUS): buena, regular o mala?</p>	<p>BUENA..... 1</p> <p>REGULAR..... 2</p> <p>MALA..... 3</p>	523															
520	<p>¿Cuáles son las razones por las que califica la atención como regular/ mala del Sistema Único de Salud (SUS)?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B</p> <p>PERSONAL POCO AMABLE..... C</p> <p>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D</p> <p>PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E</p> <p>EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... F</p> <p>EL CENTRO DE SALUD ES LEJOS..... G</p> <p>NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... H</p> <p>HAY QUE COMPRAR MEDICAMENTOS Y/O ..... I</p> <p>EXÁMENES DE LABORATORIOS U OTROS</p> <p>TIENE QUE PAGAR..... J</p> <p>MÉDICO RECOMIENDA CONSULTA PRIVADA..... K</p> <p>OTRA..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																
521	<p>¿Usted cuenta con algún otro tipo de seguro de salud que no sea el SUS?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	523															
522	<p>¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>CAJA DE SALUD ..... A</p> <p>SEGURO PRIVADO ..... B</p> <p>OTRO: ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																
523	<p>¿Usted ha recibido el bono Juana Azurduy,</p> <p>A Por atención a su persona?</p> <p>B Por atención a sus niñas/niños?</p>	<table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>POR ATENCIÓN A SU PERSONA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>POR ATENCIÓN A SUS NIÑAS/ NIÑOS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		SI	NO	POR ATENCIÓN A SU PERSONA.....	1	2	POR ATENCIÓN A SUS NIÑAS/ NIÑOS.....	1	2							
	SI	NO																
POR ATENCIÓN A SU PERSONA.....	1	2																
POR ATENCIÓN A SUS NIÑAS/ NIÑOS.....	1	2																

SECCIÓN VI. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	Actualmente, está usted casada o vive en unión con:	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 SÍ, VIVIENDO CON UNA MUJER..... 3 NO, NI CASADA NI EN UNIÓN..... 4	604
602	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	609
603	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	606
604	¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
605	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	¿Ha estado usted casada o en unión sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
607	<div>VERIFICAR 606:</div> <div>CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="text"/></div> <div>CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="text"/></div> <div>¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo o compañero?</div> <div>En qué mes y año empezó a vivir con su <b>primer</b> esposo o compañero?</div>	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9 9 9 8	609
608	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con su esposo/ compañero?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	VERIFICAR LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
610	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar  ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA HA TENIDO ..... 00 EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ ..... 9 5	616
610a	¿Qué edad tenía su pareja?	EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
610b	¿Esa relación sexual tenía su consentimiento?	SI..... 1 NO..... 2	
611	VERIFICAR 101A SI ENTREVISTADA TIENE 12 A 24 AÑOS 12-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/>		613
612	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
613	<p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>SI MENOS DE 12 MESES, REGISTRE RESPUESTA EN DÍAS, SEMANAS O MESES.</p> <p>SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, REGISTRE LA RESPUESTA EN AÑOS</p>	<div><div>DÍAS .....1</div><div>SEMANAS .....2</div><div>MESES .....3</div><div>AÑOS .....4</div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
614	<p>En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante toda la vida?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN</p>	<div><div>NÚMERO DE PERSONAS DE TODA LA VIDA.....</div><div></div><div></div></div> <div>NO SABE/ NO RECUERDA.....98</div>	
615	<p>En esta época se habla más abiertamente de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.</p> <p>¿Usted, ha tenido relaciones sexuales alguna vez con:</p> <div><div>A</div>Mujer?</div> <div><div>B</div>Hombre y Mujer?</div>	<div><div>SI</div><div>NO</div></div> <div>MUJER.....12</div> <div>HOMBRE Y MUJER.....12</div>	
616	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div>	701
617	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>SUBSECTOR PUBLICO</div><div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:</div><div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD.....A</div><div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO.....B</div><div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.....C</div><div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL.....D</div><div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....E</div><div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....F</div><div>HOSPITAL ESPECIALIZADO.....G</div><div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div><div>CAJA NACIONAL DE SALUD .....H</div><div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA .....I</div><div>CAJA PETROLERA.....J</div><div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL .....K</div><div>CORDES.....L</div><div>CAJA DE CAMINOS.....M</div><div>COSSML/FFAA.....N</div><div>SEGURO UNIVERSITARIO .....O</div><div>SUBSECTOR PRIVADO</div><div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO</div><div>P</div><div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL,</div><div>TERCER NIVEL) .....Q</div><div>OTROS</div><div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE .....R</div><div>VISITA DOMICILIARIA.....S</div><div>FARMACIA .....T</div><div>MEDICINA TRADICIONAL.....U</div><div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE.....V</div><div>OTRO LUGAR:.....X</div><div>ESPECIFIQUE</div><div>NO SABE .....Z</div></div>	
618	<p>Si usted quisiera ¿podría conseguir condón usted misma?</p>	<div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div>NO SABE/ INSEGURA .....8</div>	
619	<p>¿Puede usted decir "no" a su esposo/compañero si no quiere tener relaciones sexuales?</p>	<div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div>NO SABE/ INSEGURA .....8</div>	

SECCIÓN VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	VERIFICAR 312 Y 313: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO/NO SE HIZO LA PREGUNTA		ÉL O ELLA ESTERILIZADOS	714
702	VERIFICAR 234: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA  Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener una/un (otra/o) hija/o o preferiría no tener ningún (más) hija/o(s)?	CÓDIGO 1 EMBARAZADA  Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después de la/el hija/o que está esperando, ¿le gustaría tener otra/o hija o hijo preferiría no tener más hijas/os?	TENER (UNA/UN OTRO/O) HIJA/O ..... 1 NO MÁS HIJAS/OS NINGÚN HIJO ..... 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 3 INDECISA/NO SABE, PERO: NO EMBARAZADA O INSEGURA ..... 4 EMBARAZADA ..... 5	704 714 708 709
703	VERIFICAR 234: CÓDIGOS 2, 8: NO EMBARAZADA O INSEGURA  ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (una/un otra/o) hija/o?	CÓDIGO 1: EMBARAZADA  Después del nacimiento de la hija/o que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otra/o hija/o?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 PRONTO/AHORA..... 993 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO ..... 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	708 714 708
704	VERIFICAR 234: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA	CÓDIGO 1 EMBARAZADA		709
705	VERIFICAR 312 SI ESTA USANDO MÉTODO:  NO SE HIZO PREGUNTA NO USA ACTUALMENTE SI USA ACTUALMENTE			714
706	VERIFICAR LA RESPUESTA OBTENIDA EN 703, TIEMPO QUE QUIERE ESPERAR:  NO SE HIZO PREGUNTA 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS MENOS DE 24 MESES; MENOS DE 2 AÑOS			709
707	VERIFICAR 702: CÓDIGO 1 QUIERE TENER UNA/UN (OTRO/O) HIJA/O  Usted dice que no quiere tener una/un (otra/o) hija/o pronto, pero ud. no está usando ningún método para evitar quedar embarazada.  ¿Me podría decir por qué no está usando un método?  ¿Alguna otra razón?	CÓDIGO 2 NO QUIERE MÁS HIJOS  Usted me dijo que <b>no quería</b> tener (más) hijas/os, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada.  ¿Me podría decir por qué no está usando un método?  ¿Alguna otra razón?	NO EN UNIÓN ..... A  RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA ..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H  OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... I MARIDO SE OPONE..... J OTROS SE OPONEN..... K PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... L  FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... M NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... N  RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... O MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS ..... P USO INCONVENIENTE..... Q INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... R  RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... S MUY COSTOSO..... T OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
708	VERIFICAR EN 312 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: <div>NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></div>	SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	714
709	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	711 714
710	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 1 ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 2 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 3 DIU..... 4 INYECCIONES..... 5 IMPLANTE ..... 6 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 7 CONDÓN MASCULINO..... 8 CONDÓN FEMENINO..... 9 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13  OTRO MÉTODO ..... 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA / NO SABE ..... 98	714
711	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN ..... 11  RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FRECUENTE ..... 22  MENOPAUSICA/ HISTERECTOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26  OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 NO SABE LA FORMA ADECUADA DE USAR LOS METODOS ..... 43  RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE/INCOMODO..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54  RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS ..... 61 MUY COSTOSO..... 62  OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
712	VERIFICAR EN 711 SI LA RESPUESTA ES "NO EN UNIÓN" <div>CÓDIGO 11 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div>	OTRAS <input type="checkbox"/>	714
713	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
714	<div>VERIFICAR 220</div> <div>TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/></div> <div>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas/os y pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA</div>	<div>NINGUNO..... 00 → 716</div> <div>NÚMERO..... <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>OTRA RESPUESTA _____ 96 → 716 (ESPECIFIQUE)</div>	
715	¿Cuántas/os de estas/os hijas/os le habría gustado que fueran mujeres y cuántos varones, y para cuántos no le importaría el sexo?	<div>HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO</div> <div>NÚMERO <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</div>	
716	<div>Durante los últimos 12 meses:</div> <div>A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre anticoncepción/planificación familiar?</div> <div>B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre anticoncepción/planificación familiar?</div> <div>C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre anticoncepción/planificación familiar?</div> <div>D ¿Usted ha visto en Internet algo sobre anticoncepción/planificación familiar?</div> <div>X ¿Otros? (Especifique)</div>	<div>SI NO</div> <div>RADIO ..... 1 2</div> <div>TELEVISIÓN ..... 1 2</div> <div>PERIÓDICOS / REVISTAS ..... 1 2</div> <div>INTERNET ..... 1 2</div> <div>OTRO _____ 1 2 ESPECIFIQUE</div>	
717	<div>VERIFICAR 601:</div> <div>CÓDIGO 1 CÓDIGO 2,3 CÓDIGO 4</div> <div>SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> SI, VIVE CON UN HOMBRE SI, VIVE CON UNA MUJER <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div>		801
718	<div>VERIFICAR 313, SI USA ACTUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Ó</div> <div>305 = 2 Ó 312 = 2 Ó 234 = 1</div> <div>NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGOS 'B', 'H' O 'M' <input type="checkbox"/></div> <div>OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/></div>		<div>722</div> <div>720</div>
719	¿Su esposo/compañero sabe que usted está usando un método de anticoncepción/ planificación familiar?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	
720	¿Usted diría que el uso de anticoncepción/planificación familiar fue principalmente su decisión, principalmente de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos?	<div>ENTREVISTADA ..... 1</div> <div>PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) ..... 2</div> <div>DECISIÓN CONJUNTA ..... 3</div> <div>OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)</div>	
721	<div>VERIFICAR 313</div> <div>NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/></div>	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	801
722	¿Usted piensa que su pareja (esposo/compañero) desea el mismo número de hijas/os que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	<div>MISMO NÚMERO ..... 1</div> <div>MÁS HIJAS/OS ..... 2</div> <div>MENOS HIJAS/OS ..... 3</div> <div>NO SABE ..... 8</div>	

SECCIÓN VIII. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	<div>VERIFICAR 601, 602:</div> <div>EN 601, CÓDIGOS 1,2 ó 3 ACTUALMENTE CASADA/UNIDA</div> <div>EN 602, CÓDIGOS 1,2 ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA</div>	<div>EN 602, CÓDIGO 3 NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN/</div>	<div>803</div> <div>809</div>
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo/compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
803	¿Su (última) pareja (esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela o curso de alfabetización?	SI.....1 NO.....2	805
804	¿Cuál fue el curso o año de educación más alto que su pareja (esposo/compañero) aprobó y en qué nivel?	<div>NIVELCURSO</div> <div>NINGUNO.....10</div> <div>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....2</div> <div>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....3</div> <div>SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO</div> <div>BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....4</div> <div>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....5</div> <div>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....6</div> <div>SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR</div> <div>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....7</div> <div>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....8</div> <div>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</div> <div>PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....9</div> <div>SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....10</div> <div>EDUCACIÓN SUPERIOR</div> <div>NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....11</div> <div>UNIVERSIDAD</div> <div>LICENCIATURA.....12</div> <div>POSTGRADO.....13</div> <div>TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....14</div> <div>INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....15</div>	
805	<div>VERIFICAR 801:</div> <div>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA</div> <div>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA</div>		809
806	Durante la semana pasada su pareja (esposo/compañero), ¿trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones u otra razón?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....3	808
807	Principalmente, ¿su pareja es estudiante, responsable de labores/ tareas del hogar, jubilado o benemérito, enfermo o , persona con discapacidad o persona de edad avanzada?	<div>ESTUDIANTE.....1</div> <div>RESPONSABLE DE LABORES/TAREAS DEL HOGAR.....2</div> <div>JUBILADO/BENEMÉRITO.....3</div> <div>ENFERMO/PERSONA CON DISCAPACIDAD.....4</div> <div>PERSONA DE EDAD AVANZADA.....5</div> <div>OTRO.....6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	809
808	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue la ocupación principal de su pareja (esposo/compañero)?	<div>_____</div> <div>(ESCRIBA TEXTUALMENTE)</div>	
809	Durante la semana pasada , ¿Usted trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones maternidad u otra razón?	SI.....1 NO.....2	812
810	Durante la semana pasada, ¿Usted que gestiones hizo para buscar trabajo?	<div>BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ.....1</div> <div>BUSCÓ ANTES Y ESPERA RESPUESTA.....2</div> <div>BUSCO TRABAJO HABIENDO TRABAJADO ANTES?.....3</div> <div>ESPERA PERIODO DE MAYOR ACTIVIDAD.....4</div> <div>ACUDIO A LA BOLSA DE TRABAJO.....5</div> <div>REALIZO CONSULTAS CONTINUAS A PERIODICOS, AMIGOS Y EMPLEADORES.....6</div> <div>OTRAS CAUSAS.....7</div> <div>NO BUSCO TRABAJO.....8</div>	819
811	¿Es usted: estudiante, ama de casa o responsable del hogar, jubilada o benemérita, enferma o persona con discapacidad, o persona de edad avanzada?	<div>ESTUDIANTE.....1</div> <div>AMA DE CASA / RESPONSABLE DEL HOGAR.....2</div> <div>JUBILADA/BENEMÉRITA.....3</div> <div>ENFERMA/PERSONA CON DISCAPACIDAD.....4</div> <div>PERSONA DE EDAD AVANZADA.....5</div> <div>OTRO.....6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	820
812	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue su ocupación principal?	<div>_____</div> <div>(ESCRIBA TEXTUALMENTE)</div>	
813	<div>VERIFICAR 812:</div> <div>TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES</div> <div>NO TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES</div>		815
814	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	<div>TIERRA PROPIA.....1</div> <div>TIERRA DE LA FAMILIA.....2</div> <div>TIERRA ARRENDADA.....3</div> <div>TIERRA DE OTRA PERSONA.....4</div> <div>TIERRA DE LA COMUNIDAD.....5</div>	817

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																													
815	¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTRO NO FAMILIAR ..... 2 CUENTA PROPIA..... 3																																														
816	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																														
817	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																																														
818	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4																																														
819	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó usted?	NÚMERO DE MESES ..... <div></div>																																														
820	<div>VERIFICAR 601:</div> <div>ACTUALMENTE EN UNIÓN</div> <div></div>	<div>NO EN UNIÓN</div> <div></div>	826																																													
821	<div>VERIFICAR 818:</div> <div>CÓDIGOS 1, 2 MARCADOS</div> <div></div>	<div>NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS</div> <div></div>	824																																													
822	Quién decide cómo se utiliza el dinero que usted gana: ¿usted, principalmente su pareja(esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 PAREJA DECIDE ..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA ..... 3 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA ..... 4 NO TIENE INGRESOS..... 5 OTRA PERSONA ..... 6 (ESPECIFIQUE)																																														
823	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su pareja (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MAS DE LO QUE ÉL GANA ..... 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA ..... 2 MAS O MENOS LO MISMO ..... 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO CONTRIBUYE ..... 4 NO SABE ..... 8	825																																													
824	¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su pareja (esposo/compañero) gana: principalmente usted, su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE ..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO ..... 3 OTRA PERSONA ..... 6 (ESPECIFIQUE)																																														
825	Para cada una de las siguientes actividades, ¿me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo/compañero), ambos o alguien más.	<table><tr><th></th><th>ELLA</th><th>ESPOSO/ COMPA- ÑERO</th><th>AM- BOS</th><th>ELLA / OTRA PER- SONA</th><th>OTRA PER- SONA</th></tr><tr><td>A En el cuidado de su salud?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B Comprar algo caro para la casa, por ejemplo un televisor?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C En las compras diarias de la casa?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D Visitas a amigas suyas o a su familia?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		ELLA	ESPOSO/ COMPA- ÑERO	AM- BOS	ELLA / OTRA PER- SONA	OTRA PER- SONA	A En el cuidado de su salud?						B Comprar algo caro para la casa, por ejemplo un televisor?						C En las compras diarias de la casa?						D Visitas a amigas suyas o a su familia?																					
	ELLA	ESPOSO/ COMPA- ÑERO	AM- BOS	ELLA / OTRA PER- SONA	OTRA PER- SONA																																											
A En el cuidado de su salud?																																																
B Comprar algo caro para la casa, por ejemplo un televisor?																																																
C En las compras diarias de la casa?																																																
D Visitas a amigas suyas o a su familia?																																																
826	El año pasado 2022 ¿Ha sufrido algún tipo de accidente en la ciudad o en el campo:	<table><tr><th></th><th colspan="2">CIUDAD</th><th colspan="2">PUEBLO/ CAMPO</th></tr><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>SI</th><th>NO</th></tr><tr><td>A Accidente de tránsito?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B Accidente doméstico / dentro del hogar?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C Accidente deportivo?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D Accidente en el trabajo?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>E Accidente en desastre natural?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>F Accidente en alguna convulsión social?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>X Otro? (Especifique)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>PARA CADA PREGUNTA, SI ES "SI", SONDEE:</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>		CIUDAD		PUEBLO/ CAMPO			SI	NO	SI	NO	A Accidente de tránsito?					B Accidente doméstico / dentro del hogar?					C Accidente deportivo?					D Accidente en el trabajo?					E Accidente en desastre natural?					F Accidente en alguna convulsión social?					X Otro? (Especifique)					
	CIUDAD		PUEBLO/ CAMPO																																													
	SI	NO	SI	NO																																												
A Accidente de tránsito?																																																
B Accidente doméstico / dentro del hogar?																																																
C Accidente deportivo?																																																
D Accidente en el trabajo?																																																
E Accidente en desastre natural?																																																
F Accidente en alguna convulsión social?																																																
X Otro? (Especifique)																																																
827	<div>VERIFICAR EN 826:</div> <div>TUVO ACCIDENTE EN EL TRABAJO</div> <div></div>	<div>OTRAS ALTERNATIVAS</div> <div></div>	901																																													
828	Si tuvo un accidente de trabajo, ¿Quién cubrió los gastos incurridos:	<table><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr><tr><td>A Seguridad social?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B Empresa contratante?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C Usted misma?</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		SI	NO	NS	A Seguridad social?				B Empresa contratante?				C Usted misma?																																	
	SI	NO	NS																																													
A Seguridad social?																																																
B Empresa contratante?																																																
C Usted misma?																																																



SECCIÓN IX. VIH/SIDA E ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
901	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar del VIH /SIDA?:	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 918
902	¿Pueden las personas evitar contraer el VIH teniendo una sola pareja sexual fiel que no este infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
903	¿Pueden las personas protegerse del VIH, usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales:	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
904	¿Puede una persona contraer el VIH que causa el SIDA, compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
905	¿Puede una persona contraer el VIH por transfusiones sanguíneas, o por compartir jeringas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
906	¿Pueden las personas protegerse de contraer el VIH, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
907	¿Piensa usted que es posible que una persona que parece saludable, pueda tener el VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
908	En qué momento, puede transmitir la madre infectada al hijo, el VIH que provoca el SIDA:		
	A ¿Durante el embarazo?		
	B ¿Durante el parto?		
	C ¿Durante la Cesárea?		
	D ¿Durante la lactancia?		
909	¿Sabe usted de algún lugar, dónde la gente se puede hacer la prueba del VIH, que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 911
910	¿Cuál es ese lugar?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	<b>SUBSECTOR PUBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... H CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO ..... O <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... Q <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA ..... T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Z	

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
911	¿Compraría usted vegetales/verduras de alguien que estuviese infectado con el VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
912	¿Considera usted que niñas y niños que viven con el VIH deben asistir a la escuela con niñas y niños que no tienen el VIH?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
913	Si algún miembro de su familia contrajera el VIH que causa el SIDA, ¿Usted:	SI NO NS A Querría mantenerlo en secreto? MANTENERLO EN SECRETO..... 1 2 8 B Querría apoyarlo? APOYARLO ..... 1 2 8 C Estaría dispuesta a cuidarlo en su propia casa? DISPUESTA A CUIDARLO EN CASA ..... 1 2 8 D Lo expulsaría de su casa? LO EXPULSARÍA DE CASA ..... 1 2 8	
914	¿Se le debe hablar a los niños/as entre 12-14 años sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
915	Yo no quiero conocer los resultados, pero ¿alguna vez se ha realizado una prueba del VIH?	SI..... 1 NO..... 2	→ 917
916	¿La Última vez que se hizo una prueba del VIH recogió sus resultados?	SI..... 1 NO..... 2	} 918
917	¿Estaría dispuesto a realizarse una prueba del VIH?	SI..... 1 NO..... 2	
918	Aparte del VIH/SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que se pueden contagiar mediante las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	
919	VERIFICAR 610: HA TENIDO <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO <input type="checkbox"/> RELACIONES SEXUALES RELACIONES SEXUALES		→ 923
920	VERIFICAR 918: CÓDIGO 1 CÓDIGO 2 CONOCE ITS <input type="checkbox"/> NO CONOCE ITS <input type="checkbox"/>		→ 923
921	¿Ha tenido usted alguna infección de transmision sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
922	¿Sabe usted que las ITS: A Se pueden prevenir mediante el uso de condón? B Aumentan el riesgo de transmisión del VIH?	SI NO SE PUEDEN PREVENIR CON CONDÓN ..... 1 2 AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH ..... 1 2	
923	Las parejas no siempre estan de acuerdo en todo ¿Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con la pareja, esposo/ compañero: A Cuando ella sabe que él tiene una infección (ITS) que ella puede adquirir durante las relaciones sexuales? B Cuándo ella esta cansada y no quiere tener relaciones? C Cuándo ella sabe que el tiene relaciones con otra mujer?	SI NO NO SABE SABE QUE TIENE UNA ITS..... 1 2 8 ESTA CANSADA / NO QUIERE..... 1 2 8 RELACIONES CON OTRA PERSONA..... 1 2 8	

SECCION X. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	¿En los últimos 12 meses, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	→ 1003
1002	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	<b>SUBSECTOR PUBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSMIL/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR:..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	
1003	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado hipertensión arterial o "presión alta"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	→ 1005
1004	¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presion arterial?	SI..... 1 NO..... 2	
1005	¿En los últimos 12 meses, algún médico o personal de salud, le ha medido la glucosa ( azúcar en la sangre)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	→ 1007
1006	¿Dónde le midieron a usted la glucosa (azúcar en la sangre)?	<b>SUBSECTOR PUBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17 <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... 22 CAJA PETROLERA ..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSMIL/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO ..... 28 <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... 32 <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA ..... 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR:..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE ..... 98	

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1007	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado Diabetes o azúcar elevada en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	1009
1008	¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para su Diabetes o azúcar alta en su sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1009	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	
1010	Usted sabe ¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS ..... A COMPARTIENDO UTENSILIOS ..... B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS ..... C COMPARTIENDO ALIMENTOS ..... D POR CONTACTO SEXUAL ..... E POR PICADURA DE MOSQUITOS..... F OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	1013
1011	¿En su familia hay alguien con Tuberculosis diagnosticada?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1012	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PREFERIRÍA MANTENER EN SECRETO ..... 1 NO ..... 2 NO ESTA SEGURA/DEPENDEN ..... 3	
1013	¿Conoce usted alguna persona que tenga tos por más de 15 días en su familia o en su barrio/comunidad?	EN SU FAMILIA ..... 1 EN SU BARRIO/COMUNIDAD ..... 2 NO CONOCE ..... 3	1016
1014	Usted recibió y/ o compró medicamento para tratamiento de Tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1015	¿Donde recibió y/ o compró medicamento para tratamiento de la Tuberculosis?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	<b>SUBSECTOR PUBLICO</b> ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G <b>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</b> CAJA NACIONAL DE SALUD ..... H CAJA DE LA BANCA PRIVADA ..... I CAJA PETROLERA ..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL ..... K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO ..... O <b>SUBSECTOR PRIVADO</b> ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) ..... Q <b>OTROS</b> PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE ..... R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA ..... T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Y	
1016	¿Sabe que es el dengue, zika, chikungunya?	SI..... 1 NO..... 2	1020
1017	¿Conoce como se transmite el Dengue,zika, chikungunya?	PICADURA DE MOSQUITO..... A COMER ALGO EN MAL ESTADO ..... B CONTACTO CON UN ENFERMO ..... C OTRO:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Y	
1018	¿Qué medidas preventivas conoce para prevenir el dengue zika, chikungunya?	ELIMINACION DE CRIADEROS ..... A USO DE REPELENTE..... B DESECHOS DE AGUAS ESTANCADAS ..... C FUMIGACION DEL HOGAR ..... D USO DE MOSQUITEROS ..... E USO DE MALLA MILIMÉTRICA..... F OTRO:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Y	
1019	¿Cuáles son los síntomas que puede producir el dengue zika, chikungunya?	FIEBRE ..... A DOLOR DE CABEZA ..... B DOLOR DE MUSCULAR ..... C DOLOR RETROOCULAR ..... D SANGRADO DE NARIZ Y ENCÍAS ..... E ESCALOFRIOS ..... F OTRO:..... X ESPECIFIQUE NO SABE ..... Y	

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
1020	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el cuidado de su salud.</p> <p>Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar.</p> <p>Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, es para Ud. un gran problema:</p>	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>DÓNDE IR .....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CONSEGUIR PERMISO PARA IR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CONSEGUIR DINERO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>NO QUERER IR SOLA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>SOLO ATIENDEN HOMBRES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		SI	NO	DÓNDE IR .....	1	2	CONSEGUIR PERMISO PARA IR.....	1	2	CONSEGUIR DINERO.....	1	2	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....	1	2	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....	1	2	NO QUERER IR SOLA.....	1	2	SOLO ATIENDEN HOMBRES.....	1	2	QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .....	1	2	NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.....	1	2	
	SI	NO																															
DÓNDE IR .....	1	2																															
CONSEGUIR PERMISO PARA IR.....	1	2																															
CONSEGUIR DINERO.....	1	2																															
LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....	1	2																															
MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....	1	2																															
NO QUERER IR SOLA.....	1	2																															
SOLO ATIENDEN HOMBRES.....	1	2																															
QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .....	1	2																															
NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.....	1	2																															
1021	<table><tbody><tr><td>A</td><td>¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en el trabajo?</td><td>SI ..... 1 → NO ..... 2</td></tr><tr><td>B</td><td>¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en su vida social?</td><td>SI ..... 1 → NO ..... 2</td></tr><tr><td>C</td><td>¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en sus estudios?</td><td>SI ..... 1 → NO ..... 2</td></tr><tr><td>D</td><td>¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en su familia?</td><td>SI ..... 1 → NO ..... 2</td></tr></tbody></table>	A	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en el trabajo?	SI ..... 1 → NO ..... 2	B	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en su vida social?	SI ..... 1 → NO ..... 2	C	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en sus estudios?	SI ..... 1 → NO ..... 2	D	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en su familia?	SI ..... 1 → NO ..... 2	<p>1022 Me podría decir si...</p> <table><tbody><tr><td>¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?</td><td>SI ..... 1 NO ..... 2</td></tr><tr><td>¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?</td><td>SI ..... 1 NO ..... 2</td></tr><tr><td>¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?</td><td>SI ..... 1 NO ..... 2</td></tr><tr><td>¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?</td><td>SI ..... 1 NO ..... 2</td></tr></tbody></table>	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2											
A	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en el trabajo?	SI ..... 1 → NO ..... 2																															
B	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable, en su vida social?	SI ..... 1 → NO ..... 2																															
C	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en sus estudios?	SI ..... 1 → NO ..... 2																															
D	¿Se ha sentido nerviosa, tensa, irritable en su familia?	SI ..... 1 → NO ..... 2																															
¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2																																
¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2																																
¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2																																
¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?	SI ..... 1 NO ..... 2																																
1023	¿Se siente triste o llora con mucha frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2																															
1024	¿Ya no disfruta de actividades de las que antes disfrutaba?	SI..... 1 NO..... 2																															
1025	¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño, en acabar con su vida o en la muerte?	SI..... 1 NO..... 2																															
1026	¿En los últimos 12 meses usted ha tomado bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2 → 1030																															
1027	¿Con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas?	<p>Nº DE VASOS</p> <p>TODOS LOS DÍAS..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>UN DÍA A LA SEMANA 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A VECES.....3 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE VASOS QUE HA BEBIDO</p>																															
1028	¿Alguna vez, el consumo de bebidas alcohólicas ha interferido con sus actividades cotidianas en:	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Su trabajo?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sus estudios?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Su familia?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Su salud?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Otro? (Especifique)</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		SI	NO	Su trabajo?			Sus estudios?			Su familia?			Su salud?			Otro? (Especifique)															
	SI	NO																															
Su trabajo?																																	
Sus estudios?																																	
Su familia?																																	
Su salud?																																	
Otro? (Especifique)																																	
1029	¿Alguna vez, bajo el efecto del consumo de bebidas alcohólicas, usted ha provocado o ha cometido acciones que atentan contra otras personas tales como:	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Agresiones a su pareja?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agresiones a sus hijas/os?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agresiones a terceros?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Violaciones?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Accidentes / hechos de tránsito?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Intentos de suicidio?</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		SI	NO	Agresiones a su pareja?			Agresiones a sus hijas/os?			Agresiones a terceros?			Violaciones?			Accidentes / hechos de tránsito?			Intentos de suicidio?												
	SI	NO																															
Agresiones a su pareja?																																	
Agresiones a sus hijas/os?																																	
Agresiones a terceros?																																	
Violaciones?																																	
Accidentes / hechos de tránsito?																																	
Intentos de suicidio?																																	
1030	¿En los últimos 12 meses usted ha fumado?	SI..... 1 NO..... 2 → 1032																															

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1031	¿Con qué frecuencia ha fumado cigarrillos?  SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE HA FUMADO	<div>Nº DE CIGARRILLOS</div> <div>TODOS LOS DÍAS..... 1</div> <div>UN DIA A LA SEMANA..... 2</div> <div>A VECES..... 3</div>	
1032	VERIFICAR 208, 234, 239 Y 240 ALGUNA VEZ EMBARAZADA	NUNCA EMBARAZADA	1034
1033	¿Cuándo estaba embarazada usted fumaba?	SI..... 1 NO..... 2	
1034	¿Sábe que el humo del tabaco dentro de la casa provoca daños a su salud y a la de su familia?	SI..... 1 NO..... 2	
1035	¿En qué momento se lava las manos?	ANTES DE COMER..... A DESPUÉS DE UTILIZAR EL BAÑO ..... B DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑALES ..... C ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS ..... D ANTES DE DARLE DE COMER O DE LACTAR A SU HIJA/O ..... E OTRA ..... X (ESPECIFIQUE) EN NINGÚN MOMENTO..... Y	
1036	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	1038
1037	Mencione cuáles conoce:  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MARIHUANA ..... A COCAINA ..... B EXTASIS ..... C HACHIS..... D ANFETAMINAS ..... E INHALANTES( CLEFA) ..... F HEROÍNA ..... G LSD..... H TRANQUILIZANTES O PSICOESTIMULANTES..... I OTROS ..... X ESPECIFIQUE	
1038	¿Sabe usted que el cáncer también se da en las/os niñas/os?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1039	¿Sabe de alguna niña o algún niño en su familia o en su comunidad, que haya tenido cáncer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1040	¿Conoce o ha oído hablar de alguna niña o algún niño que haya fallecido por cáncer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1041	Entre las mujeres de su familia, ¿Ha tenido Cáncer de mama su: A Abuela (s)? B Madre? C Hermana (s)? D Tía (s)? E Hija (s)? X Otra? (Especifique)	<div>SI NO NS</div> <div>ABUELA (S)..... 1 2 8</div> <div>MADRE..... 1 2 8</div> <div>HERMANA (S)..... 1 2 8</div> <div>TÍA (S)..... 1 2 8</div> <div>HIJA(S) ..... 1 2 8</div> <div>OTRA ..... 1 2 8</div> <div>ESPECIFIQUE</div>	
1042	¿Recibió la vacuna antidiftérica-antitetánica (DT)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1043
1042a	¿Cuántas dosis de DT ha recibido?	Número de dosis	
1043	VERIFICAR EN 101A SI ENTREVISTADA TIENE 12 A 15 AÑOS  12-15 AÑOS 16 Y MAS AÑOS DE EDAD		1101
1044	¿Recibió la vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1101
1044a	¿Cuántas dosis de VPH ha recibido?	PRIMERA DOSIS..... 1 SEGUNDA DOSIS..... 2	

SECCIÓN XI. VIOLENCIA A LAS MUJERES										
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A	
1101	<b>VERIFICAR LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD. PRIVACIDAD OBTENIDA</b>									
					<b>PRESENCIA DE OTROS:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>			
A					MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2			
B					ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2			
C					OTROS HOMBRES.....	1	2			
D					OTRAS MUJERES.....	1	2			
	<b>LEA A LA ENTREVISTADA</b>									
	Yo sé que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la situación de las mujeres en Bolivia. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y su nombre no será anotado en ningún papel.									
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A	
1102	<b>VERIFICAR PREGUNTA 601 Y 602 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA</b> EN LOS ULTIMOS 12 MESES USTED HA TENIDO: ESPOSO/COMPAÑERO/NOVIO Ó PAREJA									
					<b>CÓDIGO 1</b>		<b>CÓDIGO 2</b>			
					ULTIMO ESPOSO/ COMPAÑERO/ PAREJA <input type="checkbox"/>		NO/NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/>	→	1132	
1103	Me gustaría conversar con usted acerca de las relaciones de pareja y consultar sobre la relación con su último esposo/compañero ó pareja  Para usted ¿quién sufre más violencia en las parejas?				LA MUJER..... 1 EL HOMBRE..... 2 AMBOS POR IGUAL..... 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8					
1104	Para usted ¿cuáles son los motivos más comunes para que exista violencia en una relación de pareja?				LOS CELOS..... A LA INFIDELIDAD..... B EL ABUSO DE ALCOHOL..... C LA POBREZA..... D EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA.... E PROBLEMAS CON LOS HIJOS/AS..... F INCUMPLIMIENTO DE RESP. DOMÉSTICAS..... G MACHISMO/SISTEMA PATRIARCAL..... H OTRAS..... X ESPECIFIQUE					
1105	Por favor dígame si en los últimos 12 meses se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su esposo/ compañero/ novio ó pareja (muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca)									
A	¿La acusaba de serle infiel?				LO ACUSABA DE SER INFIEL ..... 1 2 3 4					
B	¿La ha insultado, se dirigió a usted con palabras groseras o agresivas?				INSULTOS/PALABRAS GROSERA/ PALABRAS AGRESIVAS..... 1 2 3 4					
C	¿La ha encerrado, prohibido salir, que la visiten o ha limitado los contactos con su familia?				ENCERRADO/ PROHIBIR SALIR/ VISITAS A FAMILIA..... 1 2 3 4					
D	¿La ha avergonzado, menospreciado, insultado o humillado?				HUMILLADO/MENOSPRECIADO..... 1 2 3 4					
E	¿La amenaza(ba) con abandonarla?				AMENAZABA CON ABANDONARLA..... 1 2 3 4					
F	¿La amenaza(ba) con quitarle a sus hijos/os?				AMENAZABA QUITARLE HIJAS/OS..... 1 2 3 4					
G	¿Su pareja al enojarse rompe(rompía) objetos en el hogar con forma de amenaza?				ROMPIA OBJETOS COMO FORMA DE AMENAZA..... 1 2 3 4					
H	¿Su pareja la amenaza(ba) con no cumplir con su responsabilidad económica?				AMENAZA CON NO CUMPLIR CON LAS RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS. 1 2 3 4					
I	¿Su pareja controla sus recursos económicos, le quita libertad o le impide realizar actividades laborales?				CONTROL RECURSOS ECONO/ QUITA LIBERTAD/ IMPIDE ACT. LABORALES... 1 2 3 4					
J	¿La amenazaba con publicar fotos, videos con contenido sexual suyo en redes sociales?				PUBLICAR FOTOS/ VIDEOS CONTENIDO SEXUAL EN REDES SOCIALES..... 1 2 3 4					
K	¿La amenazaba con matarla?				AMENAZABA CON MATARLA..... 1 2 3 4					
X	¿Alguna otra? (Especifique)				OTRA..... 1 2 3 4 (ESPECIFIQUE)					
1106	VERIFICAR 1105 AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/>				TODOS CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/>				→	1108
1107	Como resultado de las situaciones mencionadas anteriormente Usted:									
A	¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?				MIEDO A REACCIÓN..... SI NO NS/NR 1 2 8					
B	¿Sintió desgano, tristeza o llanto frecuentes?				DESGANO, TRISTEZA, LLANTO..... 1 2 8					
C	¿Dejó de estudiar/ trabajar?				DEJÓ DE ESTUDIAR/ TRABAJAR ..... 1 2 8					
D	¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?				DEJÓ ACT. IMPORTANTES..... 1 2 8					
E	¿Ha pensado en abandonar su hogar?				PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR..... 1 2 8					
F	¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si misma o quitarse la vida?				LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA..... 1 2 8					
X	¿Alguna otra? (Especifique)				OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
1108	<p>Por favor dígame si en los <b>últimos 12 meses</b> se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su esposo/compañero/ novio ó pareja <b>(muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca)</b></p> <p>A ¿La ha empujado o jaloneado?</p> <p>B ¿La ha abofeteado, golpeado con las manos, puños o pie?</p> <p>C ¿La ha golpeado con algún objeto?</p> <p>D ¿La ha tratado de estrangular, quemar o alguna otra?</p> <p>E ¿La ha amenazado con armas (cuchillo, navaja o pistola)?</p> <p>F ¿La ha agredido con cuchillo, navaja, pistola o cualquier otra arma?</p> <p>G ¿Ha usado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales?</p> <p>H ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quería?</p> <p>I ¿La ha forzado a tener algún tipo de actividad sexual que usted no quería?</p> <p>X ¿Alguna otra? (Especifique)</p>	<table><tr><td></td><td>MUY A MENUDO</td><td>ALGUNA VEZ</td><td>UNA VEZ</td><td>NUNCA</td></tr><tr><td>EMPUJADO/ JALONEADO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>GOLPEADO CON MANO/ PIE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>GOLPEADO CON OBJETO .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR..</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>EXIGIDO TENER REL. SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>OTRA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td colspan="5">(ESPECIFIQUE)</td></tr></table>		MUY A MENUDO	ALGUNA VEZ	UNA VEZ	NUNCA	EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4	GOLPEADO CON MANO/ PIE .....	1	2	3	4	GOLPEADO CON OBJETO .....	1	2	3	4	TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR..	1	2	3	4	AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.	1	2	3	4	AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.	1	2	3	4	FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....	1	2	3	4	EXIGIDO TENER REL. SEXUALES.....	1	2	3	4	FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....	1	2	3	4	OTRA.....	1	2	3	4	(ESPECIFIQUE)					
	MUY A MENUDO	ALGUNA VEZ	UNA VEZ	NUNCA																																																											
EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON MANO/ PIE .....	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON OBJETO .....	1	2	3	4																																																											
TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR..	1	2	3	4																																																											
AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.	1	2	3	4																																																											
AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.	1	2	3	4																																																											
FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....	1	2	3	4																																																											
EXIGIDO TENER REL. SEXUALES.....	1	2	3	4																																																											
FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....	1	2	3	4																																																											
OTRA.....	1	2	3	4																																																											
(ESPECIFIQUE)																																																															
1109	<p><b>VERIFICAR 110</b></p> <p>AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>TODO CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/></p>	1132																																																												
1110	<p>¿Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>A SOLAS..... A</p> <p>EN PRESENCIA DE AMIGOS..... B</p> <p>EN PRESENCIA DE FAMILIARES..... C</p> <p>EN PRESENCIA DE LOS HIJOS..... D</p> <p>OTRAS PERSONAS..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																													
1111	<p>Como resultado de las situaciones mencionadas enteriormen-te Usted:</p> <p>A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?</p> <p>B ¿Sintió desgano, tristeza o llanto frecuentes?</p> <p>C ¿Tuv o moretones, marcas, dolores en el cuerpo, heridas o algún hueso quebrado?</p> <p>D ¿Tuv o pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</p> <p>E ¿Dejó de estudiar/ trabajar?</p> <p>F ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?</p> <p>G ¿Dejó de participar en org. sociales o políticas donde participaba?</p> <p>H ¿Se embarazó producto de la agresión?</p> <p>I ¿Ha pensado en abandonar su hogar?</p> <p>J ¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si misma o quitarse la vida?</p> <p>X ¿Alguna otra? (Especifique)</p>	<table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS/NR</td></tr><tr><td>MIEDO A REACCIÓN.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>MORETONES/ MARCAS/DOLORES</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SE EMBARAZÓ.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>OTRA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td></tr></table>		SI	NO	NS/NR	MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8	DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....	1	2	8	MORETONES/ MARCAS/DOLORES				HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....	1	2	8	PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA				ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....	1	2	8	DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....	1	2	8	DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....	1	2	8	PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....	1	2	8	SE EMBARAZÓ.....	1	2	8	PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8	LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....	1	2	8	OTRA.....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				
	SI	NO	NS/NR																																																												
MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8																																																												
DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....	1	2	8																																																												
MORETONES/ MARCAS/DOLORES																																																															
HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....	1	2	8																																																												
PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA																																																															
ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....	1	2	8																																																												
DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....	1	2	8																																																												
DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....	1	2	8																																																												
PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....	1	2	8																																																												
SE EMBARAZÓ.....	1	2	8																																																												
PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8																																																												
LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....	1	2	8																																																												
OTRA.....	1	2	8																																																												
(ESPECIFIQUE)																																																															
1112	<p>VERIFICAR 1108</p> <p>AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/></p>	<p>NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/></p>	1132																																																												
1113	<p>¿Cómo resultado de lo que su esposo/compañero/novio o pareja le hizo, usted fue al médico, establecimiento de salud y/o médico forense ?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1125																																																												
1114	<p>Cuando acudió al médico, establecimiento de salud. ¿La quisieron atender?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																													
1115	<p>El personal del establecimiento de salud, ¿le orientó para denunciar la agresión?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1125																																																												
1116	<p>¿Qué tipo de orientación le brindo el personal de salud?</p> <p>Apoyo y contención emocional</p> <p>Orientación sobre servicios de apoyo social, legal y psicológico</p> <p>Derivación inmediata a los servicios de apoyo social, legal y psico</p> <p>Otro</p>	<p>APOYO Y CONTENCIÓN EMOCIONAL..... A</p> <p>ORIENTACIÓN SERVICIOS..... B</p> <p>DERIVACIÓN SERVICIOS..... C</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																													
1117	<p>Después de la atención y una vez establecido el diagnóstico ¿le otorgaron un certificado médico?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																													
1118	<p><b>VERIFICAR 110</b></p> <p>PARA CÓDIGO (G, H, I) <input type="checkbox"/></p>	<p>CODIGO ≠ (G, H, I) <input type="checkbox"/></p>	1125																																																												



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1119	Cuando acudio al médico o establecimiento de salud. ¿Usted :  recibio: Apoyo o contencion emocional, anticoncepcion de emergencia, prevension de ITS VIH/SIDA Hepatitis B, atención a lesiones, le realizaron test de embarazo, Procedimiento ILE (Interrupción Legal del Embarazo) alguna otra?	APOYO/CONTENCIÓN EMOCIONAL..... A ANTICONCEPCIÓN EMERG..... B PREVEN. ITS/VIH/SIDA/Hepatitis B..... C ATENCIÓN LESIONES..... D TEST EMBARAZO..... E PROCEDIMIENTO ILE..... F OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
1120	VERIFICAR 111 PARA CÓDIGO H <div><div></div><div></div></div>	OTROS CÓDIGOS <div><div></div><div></div></div>	1125
1121	¿Decidio usted continuar con su embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	1125
1122	¿Realizó el procedimiento ILE en el sistema de salud público o privado?	SISTEMA DE SALUD PÚBLICO..... A SISTEMA DE SALUD PRIVADO..... B OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... Z	
1123	Cuando usted solicito el procedimiento ILE (interrupcion leg del embarazo) ¿Le brindaron el servicio?	SI..... 1 NO..... 2	
1124	¿Usted conoce alguna ley sobre el procedimiento ILE?	SI..... 1 NO..... 2	
1125	Cuando fue agredida por su esposo/compañero/novio o par ¿Pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1127
1126	¿A quiénes?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MADRE..... A PADRE..... B MADRASTRA..... C PADRASTRO..... D HERMANA..... E HERMANO..... F HIJA..... G HIJO..... H PARIENTES POLÍTICOS(SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... I REDES SOCIALES EN INTERNET ..... J VECINOS/AMIGOS..... K OTRAS PERSONAS..... X (ESPECIFIQUE)	
1127	Cuando la agredieron, ¿Ud. denunció la agresión?	SI..... 1 NO..... 2	1130
1127A	¿Cuánto tiempo transcurrió desde la agresión al momento en que realizó la denuncia?	HIZO LA DENUNCIA INMEDIATAMENTE A TRANCURRIDOS 3 A 7 DÍAS B DESPÜES DE VARIAS SEMANAS C OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
1128	¿A qué institución acudió?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... A SERVICIO LEGAL INTEGRAL MUNICIPAL (SLIMs)..... B DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (DNA).. C IDIF - MEDICO FORENSE..... D SEDEGES ..... E MINISTERIO DE JUSTICIA (SIJ-PLU)..... F MINISTERIO DE JUSTICIA (SEPDAVI)..... G FELCV..... H POLICÍA ..... I AUTORIDADES COMUNITARIAS/ORIGINARIAS..... J ONG..... K MINISTERIO PÚBLICO - FISCALIA..... L OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
1129	¿Qué tipo de apoyo recibió?  MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A PSICOLÓGICO ..... B LEGAL ..... C SOCIAL(INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) ..... D COMUNITARIO ..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO RECIBIÓ APOYO ..... Y	1131

1130	<p>¿Por qué no hizo la denuncia?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div>NO SABÍA DONDE IR ..... A</div> <div>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN ..... B</div> <div>ES NORMAL ..... C</div> <div>YO TENIA LA CULPA ..... D</div> <div>MIEDO A LA SEPARACIÓN..... E</div> <div>MIEDO A QUEDARSE SOLA..... F</div> <div>MIEDO A REPRESALIAS..... G</div> <div>MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA</div> <div>SUSTENTO ECONÓMICO..... H</div> <div>PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR..... I</div> <div>NO CREÍA EN LA JUSTICIA ..... J</div> <div>PENSÉ QUE ME COBRARÍAN..... K</div> <div>RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L</div> <div>POR NO AFECTAR A LOS HIJOS ..... M</div> <div>MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS ..... N</div> <div>OTRO..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
1131	<p>Según su opinión, los hechos de violencia sexual suceden, habitualmente en:</p>	<div>ESPACIOS PÚBLICOS</div> <div>(plazas, calles, transporte)..... A</div> <div>LUGARES DE ESTUDIO Y/O TRABAJO..... B</div> <div>LA PROPIA CASA..... C</div> <div>CASA DE FAMILIARES..... D</div> <div>EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros)..... E</div> <div>OTRO..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
1132	<p>Por favor dígame si <b>en los últimos 12 meses</b>, alguna persona que no sea su pareja o sea desconocida ¿La agredió de alguna manera?</p>	<div>SI, LA INSULTO/ USO PALABRAS ..... 1</div> <div>SI, GROSERAS O AGRESIVAS..... 2</div> <div>LA AGREDIÓ FÍSICAMENTE..... 3</div> <div>NO..... 4</div> <div>OTRO..... 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	→ 1135
1133	<p>¿Quién la agredió?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div>PADRE/ MADRE..... A</div> <div>PADRASTRO/ MADRASTRA..... B</div> <div>HERMANO/ A..... C</div> <div>HIJO/ A..... D</div> <div>PARIENTES POL. (SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... E</div> <div>TIO/ A..... F</div> <div>CUÑADO/A..... G</div> <div>EX ESPOSO/COMPAÑERO/PAREJA..... H</div> <div>JEFE/ A..... I</div> <div>PROFESOR/ A ..... J</div> <div>CATEDRÁTICO/ A..... K</div> <div>COMPAÑERO/A DE TRABAJO..... L</div> <div>VECINOS/AMIGOS..... M</div> <div>DIRIGENTE ..... N</div> <div>DESCONOCIDO/ A..... O</div> <div>OTRO..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
1134	<p>¿Dónde la agredieron?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div>ESPACIO PUBLICO (plazas, calles, transporte).... A</div> <div>EN SU TRABAJO ..... B</div> <div>EN LA ESCUELA/ COLEGIO ..... C</div> <div>EN LA UNIVERSIDAD ..... D</div> <div>EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros)..... E</div> <div>EN INSTITUCIÓN POLICIAL / MILITAR..... F</div> <div>ORGANIZACIÓN SOCIAL/PARTIDO POLITICO..... G</div> <div>OTRO LUGAR..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
1135	<p>¿Durante los últimos 12 meses ha sido forzada a tener relaciones sexuales por alguna persona diferente a su esposo/ compañero/ novio ó pareja?</p>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div>	→ 1142
1136	<p>¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div>PADRE/ MADRE..... A</div> <div>PADRASTRO/ MADRASTRA..... B</div> <div>HERMANO/ A..... C</div> <div>HIJO/ A..... D</div> <div>PARIENTES POL. (SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... E</div> <div>TIO/ A..... F</div> <div>CUÑADO/A..... G</div> <div>EX ESPOSO/COMPAÑERO/PAREJA..... H</div> <div>JEFE/ A..... I</div> <div>PROFESOR/ A ..... J</div> <div>CATEDRÁTICO/ A..... K</div> <div>COMPAÑERO/A DE TRABAJO..... L</div> <div>VECINOS/AMIGOS..... M</div> <div>DIRIGENTE ..... N</div> <div>DESCONOCIDO/ A..... O</div> <div>OTRO..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NINGUNO/ NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1137	<p>¿Donde la forzaron a tener relaciones sexuales?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>ESPACIO PUBLICO (plazas, calles, transporte)....</div><div>EN SU TRABAJO .....</div><div>EN LA ESCUELA/ COLEGIO .....</div><div>EN LA UNIVERSIDAD .....</div><div>EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros) .....</div><div>EN INSTITUCIÓN POLICIAL / MILITAR .....</div><div>ORGANIZACIÓN SOCIAL/PARTIDO POLITICO.....</div><div>OTRO LUGAR _____</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>E</div><div>F</div><div>G</div><div>X</div></div>	
1138	<p>Cuando la forzaron a tener relaciones sexuales</p> <p>¿Ud. denunció la agresión?</p>	<div><div>SI.....</div><div>NO.....</div></div> <div><div>1</div><div>2</div></div>	→ 1141
1139	<p>¿A qué institución acudió?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....</div><div>SERVICIO LEGAL INTEGRAL MUNICIPAL (SLIMs).....</div><div>DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (DNA)..</div><div>IDIF - MEDICO FORENSE.....</div><div>SEDEGES .....</div><div>MINISTERIO DE JUSTICIA (SIJ-PLU).....</div><div>MINISTERIO DE JUSTICIA (SEPDAPI).....</div><div>FELCV.....</div><div>POLICÍA .....</div><div>AUTORIDADES COMUNITARIAS/ORIGINARIAS.....</div><div>ONG.....</div><div>MINISTERIO PÚBLICO - FISCALIA.....</div><div>OTRA _____</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>E</div><div>F</div><div>G</div><div>H</div><div>I</div><div>J</div><div>K</div><div>L</div><div>X</div></div>	
1140	<p>¿Qué tipo de apoyo recibió?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>MÉDICO.....</div><div>PSICOLÓGICO .....</div><div>LEGAL .....</div><div>SOCIAL(INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) .....</div><div>COMUNITARIO .....</div><div>OTRO _____</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NO RECIBIÓ APOYO .....</div></div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>E</div><div>X</div><div>Y</div></div>	→ 1142
1141	<p>¿Por qué no hizo la denuncia?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>NO SABÍA DONDE IR .....</div><div>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN .....</div><div>ES NORMAL .....</div><div>YO TENIA LA CULPA .....</div><div>MIEDO A LA SEPARACIÓN.....</div><div>MIEDO A QUEDARSE SOLO.....</div><div>MIEDO A REPRESALIAS.....</div><div>MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA</div><div>SUSTENTO ECONÓMICO.....</div><div>PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR.....</div><div>NO CREÍA EN LA JUSTICIA .....</div><div>PENSÉ QUE ME COBRARÍAN.....</div><div>RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE.....</div><div>POR NO AFECTAR A LOS HIJOS .....</div><div>MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS .....</div><div>OTRO _____</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>E</div><div>F</div><div>G</div><div>H</div><div>I</div><div>J</div><div>K</div><div>L</div><div>M</div><div>N</div><div>X</div></div>	
1142	<p>¿Observó usted alguna vez agresiones físicas entre sus padres?</p>	<div><div>SI.....</div><div>NO.....</div><div>NO RESPONDE .....</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div>	
1143	<p>VERIFICAR PREGUNTA 221 Ó 208 = 0</p> <div><div>AL MENOS UN HIJO MENOR DE 18</div><div></div><div>↓</div></div> <div><div>NINGÚN HIJO/</div><div>AL MENOS UN HIJO DE 18 AÑOS O MÁS</div><div></div><div>→</div></div>		1149
1144	<p>¿Quién cuida a sus hijas(os) la mayor parte del tiempo?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<div><div>PADRE .....</div><div>MADRE .....</div><div>PADRASTRO .....</div><div>MADRASTRA .....</div><div>ABUELO .....</div><div>ABUELA.....</div><div>HERMANO/A MAYOR .....</div><div>TRABAJADOR/A DEL HOGAR.....</div><div>MAESTRO (A) PARVULARIA/ EDUCADORAS ..</div><div>TUTOR/ A .....</div><div>OTRO: _____</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NADIE .....</div></div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>E</div><div>F</div><div>G</div><div>H</div><div>I</div><div>J</div><div>X</div><div>Y</div></div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1145	<p>¿Alguna persona castiga a sus hijas(os) en el hogar a título de educación, disciplina o corrección?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>PADRE ..... A</p> <p>MADRE ..... B</p> <p>PADRASTRO ..... C</p> <p>MADRASTRA ..... D</p> <p>ABUELO ..... E</p> <p>ABUELA..... F</p> <p>HERMANA..... G</p> <p>HERMANO ..... H</p> <p>TIO/ TIA ..... I</p> <p>TUTOR/ TUTORA ..... J</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE/ NO LOS CASTIGAN..... Z</p>	1149
1146	VERIFICAR 1145	PADRE(A) MADRE (B) SI 1145 ≠ A, B	
1146a	VERIFICAR 203a o 205a TIENE HIJOS VARONES	NO TIENE HIJOS VARONES	1147a
1147	<p><b>HIJOS VARONES</b></p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p> <p>A. En qué forma castiga a su esposo/compañero a sus <b>hijos varones</b>?</p> <p>B. En qué forma castiga Ud. a sus <b>hijos varones</b>?</p> <p>C. En qué forma castiga esa persona a sus <b>hijos varones</b>?</p> <p>INDAGUE: INDAGUE: INDAGUE:</p> <p>¿De alguna otra forma? ¿De alguna otra forma? ¿De alguna otra forma?</p> <p>JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS ..... A ..... A ..... A</p> <p>GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B ..... B ..... B</p> <p>GRITOS..... C ..... C ..... C</p> <p>INSULTOS..... D ..... D ..... D</p> <p>PRIVÁNDOLOS DE ALIMENTACIÓN ..... E ..... E ..... E</p> <p>DEJÁNDOLOS ENCERRADOS ..... F ..... F ..... F</p> <p>PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... G ..... G ..... G</p> <p>DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA ..... H ..... H ..... H</p> <p>ECHÁNDOLES AGUA ..... I ..... I ..... I</p> <p>QUITÁNDOLES LA ROPA QUE LES GUSTA..... J ..... J ..... J</p> <p>IGNORÁNDOLOS MÁS DE UN DÍA..... K ..... K ..... K</p> <p>QUITÁNDOLES RECREOS Y MESADAS ..... L ..... L ..... L</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA ..... M ..... M ..... M</p> <p>PROHIBIENDO EL USO O DECOMISANDO EL CEL N ..... N ..... N ..... N</p> <p>SACUDON /ZARANDEO..... O ..... O ..... O</p> <p>OTRA:..... X ..... X ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)</p>		1149
1147a	VERIFICAR 203b o 205b TIENE HIJAS MUJERES	NO TIENE HIJAS MUJERES	
1148	<p><b>HIJAS MUJERES</b></p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p> <p>A. En qué forma castiga a su esposo/compañero a sus <b>hijas mujeres</b>?</p> <p>B. En qué forma castiga Ud. a sus <b>hijas mujeres</b>?</p> <p>C. En qué forma castiga esa persona a sus <b>hijas mujeres</b>?</p> <p>INDAGUE: INDAGUE: INDAGUE:</p> <p>¿De alguna otra forma? ¿De alguna otra forma? ¿De alguna otra forma?</p> <p>JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS ..... A ..... A ..... A</p> <p>GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B ..... B ..... B</p> <p>GRITOS..... C ..... C ..... C</p> <p>INSULTOS..... D ..... D ..... D</p> <p>PRIVÁNDOLOS DE ALIMENTACIÓN ..... E ..... E ..... E</p> <p>DEJÁNDOLOS ENCERRADOS ..... F ..... F ..... F</p> <p>PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... G ..... G ..... G</p> <p>DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA ..... H ..... H ..... H</p> <p>ECHÁNDOLES AGUA ..... I ..... I ..... I</p> <p>QUITÁNDOLES LA ROPA..... J ..... J ..... J</p> <p>IGNORÁNDOLOS MÁS DE UN DÍA..... K ..... K ..... K</p> <p>QUITÁNDOLES RECREOS Y MESADAS ..... L ..... L ..... L</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA ..... M ..... M ..... M</p> <p>PROHIBIENDO EL USO O DECOMISANDO EL CELULAR N ..... N ..... N ..... N</p> <p>SACUDON /ZARANDEO..... O ..... O ..... O</p> <p>OTRA:..... X ..... X ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)</p>		1149
1149	<p>Generalmente, ¿en qué forma la castigan o castigaban a sus padres o personas con las que creció?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>U. JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS .... A</p> <p>GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B</p> <p>GRITOS..... C</p> <p>INSULTOS..... D</p> <p>PRIVÁNDOLO DE ALIMENTACIÓN ..... E</p> <p>DEJÁNDOLO ENCERRADO ..... F</p> <p>PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO ..... G</p> <p>DEJÁNDOLO FUERA DE CASA ..... H</p> <p>ECHÁNDOLE AGUA ..... I</p> <p>QUITÁNDOLE LA ROPA..... J</p> <p>IGNORÁNDOLO MÁS DE UN DÍA..... K</p> <p>QUITÁNDOLE SU RECREO O MESADA..... L</p> <p>PROHIBIENDOLE ALGO QUE LE GUSTA ..... M</p> <p>SACUDONES ..... N</p> <p>OTRA:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LO CASTIGABAN..... Y</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1150	¿Cree Ud. que para educar a las/os hijas/os es necesario algún castigo?  SI ES "SI", PREGUNTE: ¿A menudo o algunas veces?  SI ES "NO", MARQUE NUNCA	A MENUDO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3	
1151	En su opinión se justifica que el padre o la madre castigue o lastime de manera física o verbal a sus hijas/os :  A ¿Cuando son desobedientes? B ¿Cuando hacen renegar? C ¿Cuando llegan tarde a la casa? D ¿Cuando no cumplen con las tareas familiares? E ¿Cuando lloran mucho? F ¿Cuándo embarazan a una niña/adolescente?	SI NO NS DESOBEDIENTES..... 1 2 8 HACEN RENEGAR ..... 1 2 8 LLEGAN TARDE A CASA..... 1 2 8 NO CUMPLEN ..... 1 2 8 LLORA ..... 1 2 8 EMBARAZAN A UNA NIÑA/ ADOLESCENTE ..... 1 2 8	
1152	¿Cuál de los siguientes actos considera usted como violencia contra una/un niña/ niño/ adolescente:  A Toqueteo sin consentimiento? B Convencerle o persuadirle de tener relaciones sexuales? C Realizar otras actividades sexuales? D Presionarle a traves de amenazas a tener relaciones sexual E Tener relaciones sexuales sin consentimiento?	SI NO TOQUETEO..... 1 2 CONVENCER PARA TENER SEXO..... 1 2 OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES ..... 1 2 AMENAZAS PARA TENER SEXO..... 1 2 RELACIONES SEXUALES ..... 1 2	
1153	¿Alguna de sus hijas o alguno de sus hijos ha vivido alguna estas situaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1154	Según usted. ¿Quiénes sufren violencia <b>muy frecuentemente, frecuentemente, con poca frecuencia, nunca?</b>  A Niñas/niños B Adolescentes C Jovenes D Mujeres E Hombres F Personas Adultas Mayores G Población GLBTIQ H Personas con discapacidad	Muy frecuentemente Frecuentemente Con poca frecuencia Nunca 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	
1155	Si usted supiera que en su familia hay alguna persona que esta sufriendo violencia ¿Cómo piensa que se debería afrontar este problema?  Buscando ayuda, sola Buscando apoyo de su familia Buscando apoyo de los servicios de atención (SLIM - DNA - POLICIA - FISCALIA) Buscando apoyo del personal de salud Buscando apoyo de las ONGs u organizaciones sociales Otro  No sabe/no responde	AYUDA SOLA..... A APOYO FAMILIA..... B  APOYO SERVICIOS..... C APOYO PERSONAL SALUD..... D APOYO ONGs/ORG. SOC..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
1156	VERIFICAR PREGUNTA 101A  DE 18 A 29 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓	12 - 17 AÑOS Ó MAYOR O IGUAL A 30 AÑOS <input type="checkbox"/> →	1158
1157	¿Por favor dígame si alguna vez ha sido forzada por alguna persona (pareja o diferente a su pareja) a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años?	SI..... 1 NO..... 2	
1158	¿Alguna vez alguien le habló sobre la prevención de la violencia en el sistema de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1159	Durante el periodo de cuarentena total (encierro)¿ha sufrido violencia física, psicológica o sexual?	SI..... 1 NO..... 2	
1160	¿Conoce alguna ley que protege los derechos de las personas que sufren violencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1161	ENTREVISTADOR TUVO QUE INTERRUPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTRA PERSONA QUE TRATABA DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA?  A B C	SI UNA VEZ SI MAS DE UNA VEZ NO ESPOSO/COMPAÑERO/PAREJA 1 2 3 OTRO HOMBRE ADULTO ..... 1 2 3 MUJER ADULTA ..... 1 2 3	
1162	AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.		
1163	HORA DE FINALIZACIÓN:	HORA..... MINUTOS.....	

**OBSERVACIONES DEL/LA ENTREVISTADOR/ A**  
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)

Comentarios acerca de  
la entrevista:


Comentarios sobre  
preguntas específicas:


**OBSERVACIONES DEL/DE LA SUPERVISOR/A DE CAMPO**


Nombre del/de la Supervisor/a de Campo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL/ LA SUPERVISOR/A GENERAL**


Nombre del/de la Supervisor/a General \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.

LA COLUMNA DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE CON NACIMIENTOS, EMBARAZOS, TERMINACIONES Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

N NACIMIENTOS

E EMBARAZOS

T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO

1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA

2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA

3 PÍLDORAS/ PASTILLAS

4 DIU

5 INYECCIONES

6 IMPLANTES

7 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA(PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)

8 CONDÓN /PRESERVATIVO

9 CONDON FEMENINO

U TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA

V MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)

W RITMO, OVULACIÓN(ABSTINENCIA PERIÓDICA, BILLINGS)

X RETIRO

Y OTRO: \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

COL. DE REVISIÓN

COL 1

	12	DIC		1
	11	NOV		2
	10	OCT		3
	9	SEP		4
	2	8	AGO	5 2
	0	7	JUL	6 0
	2	6	JUN	7 2
	3	5	MAY	8 3
	4	ABR		9
	3	MAR		10
	2	FEB		11
	1	ENE		12
	12	DIC		13
	11	NOV		14
	10	OCT		15
	9	SEP		16
	2	8	AGO	17 2
	0	7	JUL	18 0
	2	6	JUN	19 2
	2	5	MAY	20 2
	4	ABR		21
	3	MAR		22
	2	FEB		23
	1	ENE		24
	12	DIC		25
	11	NOV		26
	10	OCT		27
	9	SEP		28
	2	8	AGO	29 2
	0	7	JUL	30 0
	2	6	JUN	31 2
	1	5	MAY	32 1
	4	ABR		33
	3	MAR		34
	2	FEB		35
	1	ENE		36
	12	DIC		37
	11	NOV		38
	10	OCT		39
	9	SEP		40
	2	8	AGO	41 2
	0	7	JUL	42 0
	2	6	JUN	43 2
	0	5	MAY	44 0
	4	ABR		45
	3	MAR		46
	2	FEB		47
	1	ENE		48
	12	DIC		49
	11	NOV		50
	10	OCT		51
	9	SEP		52
	2	8	AGO	53 2
	0	7	JUL	54 0
	1	6	JUN	55 1
	9	5	MAY	56 9
	4	ABR		57
	3	MAR		58
	2	FEB		59
	1	ENE		60
	12	DIC		61
	11	NOV		62
	10	OCT		63
	9	SEP		64
	2	8	AGO	65 2
	0	7	JUL	66 0
	1	6	JUN	67 1
	8	5	MAY	68 8
	4	ABR		69
	3	MAR		70
	2	FEB		71
	1	ENE		72

47