







SECCIÓN I. CUIDADOR PRINCIPAL										
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA MINUTOS								
102	Anote el nombre, fecha de nacimiento y edad en meses de las/os niñas/os menores a 6 años	A B C NOMBRE FECHA DE NAC. Edad en meses			A B C NOMBRE FECHA DE NAC. Edad en meses			A B C NOMBRE FECHA DE NAC. Edad en meses		
Cuidador Principal: Persona con la cual el niño(o) menor de seis años, se queda la mayor parte del tiempo (descanso, alimentación, desarrollo y situaciones de aprendizaje)										
103	ENTREVISTADORA : VERIFICAR 7 (EN BOLETA HOGAR) Y ASIGNE CÓDIGOS CORRESPONDIENTES	A MADRE 201 B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR C GUARDERIA/Centro Infantil → FIN D NO MIEMBRO DEL HOGAR			A MADRE 201 B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR C GUARDERIA (Centro Infantil) → FIN D NO MIEMBRO DEL HOGAR			A MADRE 201 B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR C GUARDERIA (Centro Infantil) → FIN D NO MIEMBRO DEL HOGAR		
104	¿Cuál es la relación o parentesco del C.P. con el niño/a (NOMBRE)?	PADRE..... 2 TIO(A)..... 3 HERMANO(A)..... 4 ABUELO (A)..... 5 OTRO PARIENTE..... 6 OTRO NO PARIENTE..... 7 NIÑERA..... 8			PADRE..... 2 TIO(A)..... 3 HERMANO(A)..... 4 ABUELO (A)..... 5 OTRO PARIENTE..... 6 OTRO NO PARIENTE..... 7 NIÑERA..... 8			PADRE..... 2 TIO(A)..... 3 HERMANO(A)..... 4 ABUELO (A)..... 5 OTRO PARIENTE..... 6 OTRO NO PARIENTE..... 7 NIÑERA..... 8		
105		VERIFICAR 103 y 104 SI PREG 103 = B y PREG 104 = 2 → PASE A 201. SI PREG 103 = B y PREG 104 = 3, 4, 5, 6, 7, 8 → PASE A 113			VERIFICAR 103 y 104 SI PREG 103 = B y PREG 104 = 2 → PASE A 201. SI PREG 103 = B y PREG 104 = 3, 4, 5, 6, 7, 8 → PASE A 113			VERIFICAR 103 y 104 SI PREG 103 = B y PREG 104 = 2 → PASE A 201. SI PREG 103 = B y PREG 104 = 3, 4, 5, 6, 7, 8 → PASE A 113		
106	REGISTRE NOMBRE Y SEXO DEL/LA ENTREVISTADO/A	NOMBRE HOMBRE..... 1 MUJER..... 2			NOMBRE HOMBRE..... 1 MUJER..... 2			NOMBRE HOMBRE..... 1 MUJER..... 2		
107	¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO		
108	¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....			EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....			EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....		
109	¿Usted sabe leer y escribir?	SI..... 1 NO..... 2 → 111			SI..... 1 NO..... 2 → 111			SI..... 1 NO..... 2 → 111		
110	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó?	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			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			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		
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2			SI..... 1 NO..... 2			SI..... 1 NO..... 2		
113	En el último mes ¿cuánto tiempo pasó con (NOMBRE)? REGISTRE LAS HORAS O LOS DÍAS EXACTOS SI ES NINGÚN TIEMPO, REGISTRE "00"	HORAS AL DÍA..... A DÍAS AL MES..... B			HORAS AL DÍA..... A DÍAS AL MES..... B			HORAS AL DÍA..... A DÍAS AL MES..... B		
114	Durante ese tiempo: ¿Cuales de las siguientes actividades realizo con (NOMBRE)...	SI NO A leyó libros o miró los dibujos de un libro? ¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2 B le contó cuentos? ¿LE CONTÓ CUENTOS ? 1 2 C le cantó canciones? ¿LE CANTÓ CANCIONES 1 2 D fue a pasear fuera de la vivienda? ¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA? 1 2 E jugó al aire libre o dentro la vivienda? ¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA? 1 2 F pintó dibujos? ¿PINTÓ DIBUJOS? 1 2 G miró televisión? ¿MIRÓ TELEVISIÓN? 1 2 H la/o bañó? ¿LA/O BAÑÓ ? 1 2 I la/o alimentó? ¿LA/O ALIMENTÓ? 1 2 J se reunió con otros niños/as? ¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS? 1 2 K realizo actividades educativas? ¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2 X otros? (Especifique) OTROS 1 2 ESPECIFIQUE			SI NO A leyó libros o miró los dibujos de un libro ?..... 1 2 B le contó cuentos ? 1 2 C le cantó canciones 1 2 D FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA? 1 2 E ¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA? 1 2 F ¿PINTÓ DIBUJOS? 1 2 G ¿MIRÓ TELEVISIÓN? 1 2 H ¿LA/O BAÑÓ ? 1 2 I ¿LA/O ALIMENTÓ? 1 2 J ¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS? 1 2 K ¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2 X OTROS 1 2 ESPECIFIQUE			SI NO A leyó libros o miró los dibujos de un libro ?..... 1 2 B ¿LE CONTÓ CUENTOS ? 1 2 C ¿LE CANTÓ CANCIONES 1 2 D ¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA? 1 2 E ¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA? 1 2 F ¿PINTÓ DIBUJOS? 1 2 G ¿MIRÓ TELEVISIÓN? 1 2 H ¿LA/O BAÑÓ ? 1 2 I ¿LA/O ALIMENTÓ? 1 2 J ¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS? 1 2 K ¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2 X ¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2 OTROS 1 2 ESPECIFIQUE		

SECCIÓN II. CUIDADO, ATENCIÓN Y BUEN TRATO																												
SECCIÓN II - A: CUIDADO Y ATENCIÓN																												
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS																								
201	Dígame, Ud. bajo cual de las siguientes condiciones, esta al cuidado del niño/a (NOMBRE) Existe formas y condiciones acordadas de ambas partes cuando se deja al niño(a) al cuidado de otras personas.	GUARDA NATURAL (HUO/HUA)..... 1 DEJADO A SU CUIDADO VERBALMENTE..... 2 DEJADO A SU CUIDADO LEGALMENTE..... 3 OTRA SITUACIÓN..... 4 (ESPECIFIQUE)	GUARDA NATURAL (HUO/HUA)..... 1 DEJADO A SU CUIDADO VERBALMENTE..... 2 DEJADO A SU CUIDADO LEGALMENTE..... 3 OTRA SITUACIÓN..... 4 (ESPECIFIQUE)	GUARDA NATURAL (HUO/HUA)..... 1 DEJADO A SU CUIDADO VERBALMENTE..... 2 DEJADO A SU CUIDADO LEGALMENTE..... 3 OTRA SITUACIÓN..... 4 (ESPECIFIQUE)																								
202	¿Vive la Madre de (NOMBRE) en el hogar?	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 3 → 205	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 3 → 205	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 8 → 205																								
203	¿En el ultimo mes cuánto tiempo paso (NOMBRE) con su Madre? REGISTRE LAS HORAS O LOS DÍAS EXACTOS SI ES NINGÚN TIEMPO, REGISTRE "00" Y PASE A 205	<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>									<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>									<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>								
204	Durante ese tiempo: ¿Cuáles de las siguientes actividades realizo (NOMBRE) con su Madre? A ¿leyó libros o miró los dibujos de un libro? B ¿le contó cuentos? C ¿le cantó canciones D ¿fue a pasear fuera de la vivienda? E ¿jugó al aire libre o dentro la vivienda? F ¿pintó dibujos? G ¿miró televisión? H ¿la/o bañó? I ¿la/o alimentó? J ¿se reunió con otros niños/as? K ¿realizo actividades educativas? X ¿otros? (Especifique)	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>																								
205	¿Vive el Padre de (NOMBRE) en el hogar?	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 3 → 208	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 3 → 208	SI..... 1 NO..... 2 FALLECIO..... 3 → 208																								
206	En el ultimo mes cuánto tiempo paso (NOMBRE) con su Padre? REGISTRE LAS HORAS O LOS DÍAS EXACTOS SI ES NINGÚN TIEMPO, REGISTRE "00" Y PASE A 208	<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>									<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>									<div>Tiempo</div> <div>HORAS AL DÍA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DÍAS AL MES..... B <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>								
207	Durante ese tiempo: ¿Cuales de las siguientes actividades realizo (NOMBRE) con su Padre? A ¿leyó libros o miró los dibujos de un libro? B ¿le contó cuentos? C ¿le cantó canciones D ¿fue a pasear fuera de la vivienda? E ¿jugó al aire libre o dentro la vivienda? F ¿pintó dibujos? G ¿miró televisión? H ¿la/o bañó? I ¿la/o alimentó? J ¿se reunió con otros niños/as? K ¿realizo actividades educativas? X ¿otros? (Especifique)	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>	<div>SI NO</div> <div>¿LEYÓ LIBROS O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO ?..... 1 2</div> <div>¿LE CONTÓ CUENTOS ?..... 1 2</div> <div>¿LE CANTÓ CANCIONES..... 1 2</div> <div>¿FUE A PASEAR FUERA DE LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿JUGÓ AL AIRE LIBRE O DENTRO LA VIVIENDA?..... 1 2</div> <div>¿PINTÓ DIBUJOS?..... 1 2</div> <div>¿MIRÓ TELEVISIÓN?..... 1 2</div> <div>¿LA/O BAÑÓ?..... 1 2</div> <div>¿LA/O ALIMENTÓ?..... 1 2</div> <div>¿SE REUNIÓ CON OTROS NIÑOS/AS?..... 1 2</div> <div>¿REALIZO ACTIVIDADES EDUCATIVAS?..... 1 2</div> <div>OTROS..... 1 2</div> <div>ESPECIFIQUE</div>																								
208	¿Cuántos libros infantiles tiene para (NOMBRE) ? Si no tiene ningún libro poner 00 ENTONCES PASAR A LA 210	<div>N° libros</div> <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<div>N° libros</div> <table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<div>N° libros</div> <table><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
209	¿Qué tipo de uso le da usted a los libros, para la Estimulación Temprana de (NOMBRE)? Estimulacion temprana: Actividades dinámicas para potenciar habilidades de los niños	DESCRIBIR DIBUJOS..... A LEER CUENTOS INFANTILES..... B NO USA..... C OTRO..... X ESPECIFIQUE	DESCRIBIR DIBUJOS..... A LEER CUENTOS INFANTILES..... B NO USA..... C OTRO..... X ESPECIFIQUE	DESCRIBIR DIBUJOS..... A LEER CUENTOS INFANTILES..... B NO USA..... C OTRO..... X ESPECIFIQUE																								
210	Mencione cuáles son los objetos con los que (NOMBRE) juega cuando está en casa.	JUGUETES CASEROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA..... A JUGUETES FABRICADOS; COMPRADOS DE TIENDAS..... B OBJETOS DEL HOGAR; FUENTES, OLLAS, ETC..... C OBJETOS DEL EXTERIOR DEL HOGAR; PALOS, PIEDRAS, TIERRA, HOJAS, ETC..... D CELULAR, TABLET, COMPUTADORA..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE	JUGUETES CASEROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA..... A JUGUETES FABRICADOS; COMPRADOS DE TIENDAS..... B OBJETOS DEL HOGAR; FUENTES, OLLAS, ETC..... C OBJETOS DEL EXTERIOR DEL HOGAR; PALOS, PIEDRAS, TIERRA, HOJAS, ETC..... D CELULAR, TABLET, COMPUTADORA..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE	JUGUETES CASEROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA..... A JUGUETES FABRICADOS; COMPRADOS DE TIENDAS..... B OBJETOS DEL HOGAR; FUENTES, OLLAS, ETC..... C OBJETOS DEL EXTERIOR DEL HOGAR; PALOS, PIEDRAS, TIERRA, HOJAS, ETC..... D CELULAR, TABLET, COMPUTADORA..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE																								
211	A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa. ¿Cuántos días en la última semana fue: A (NOMBRE) dejado/a solo/a durante mas de una hora? B (NOMBRE) dejado al cuidado de otro niño/a; es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora? SI LA RESPUESTA ES NINGÚN DIA REGISTRE "0" SI ES " NO SABE" REGISTRE "8"	<div>N° DE DÍAS</div> <div>DEJADO SOLO DURANTE MAS DE UNA HORA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DEJADO AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A; ES DECIR, CON ALGUIÉN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA..... B <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div>					<div>N° DE DÍAS</div> <div>DEJADO SOLO DURANTE MAS DE UNA HORA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DEJADO AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A; ES DECIR, CON ALGUIÉN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA..... B <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div>					<div>N° DE DÍAS</div> <div>DEJADO SOLO DURANTE MAS DE UNA HORA..... A <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div> <div>DEJADO AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A; ES DECIR, CON ALGUIÉN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA..... B <table><tr><td></td><td></td></tr></table></div>																

SECCIÓN II - B: BUEN TRATO													
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
212	Quando (NOMBRE) se siente triste o tiene algun problema usted.... lo/a abraza para consolarlo/consolarla? busca identificar el origen de ese sentimiento? realiza actividades para hacerlo/hacerla reir? realiza actividades para distraerlo? Otro?	LOLA ABRAZA PARA CONSOLARLO/CONSOLARLA..... A BUSCA IDENTIFICAR EL ORIGEN DE ESE SENTIMIENTO..... B REALIZA ACTIVIDADES PARA HACERLO/HACERLA REIR..... C REALIZA ACTIVIDADES PARA DISTRAERLO..... D OTRO..... X ESPECIFIQUE				LOLA ABRAZA PARA CONSOLARLO/CONSOLARLA..... A BUSCA IDENTIFICAR EL ORIGEN DE ESE SENTIMIENTO..... B REALIZA ACTIVIDADES PARA HACERLO/HACERLA REIR..... C REALIZA ACTIVIDADES PARA DISTRAERLO..... D OTRO..... X ESPECIFIQUE				LOLA ABRAZA PARA CONSOLARLO/CONSOLARLA..... A BUSCA IDENTIFICAR EL ORIGEN DE ESE SENTIMIENTO..... B REALIZA ACTIVIDADES PARA HACERLO/HACERLA REIR..... C REALIZA ACTIVIDADES PARA DISTRAERLO..... D OTRO..... X ESPECIFIQUE			
213	¿Usted realiza alguna de estas acciones con (NOMBRE) como muestras de cariño... A le dedica tiempo de calidad? B le enseña reglas que lo ayudan a entender ¿qué está bien y qué está mal? C aprovecha momentos para conocer mejor su personalidad? D Lola estimula cuando hace cosas positivas o importantes? X Otro? (Especifique)	LE DEDICA TIEMPO DE CALIDAD..... SI NO 1 2 LE ENSEÑA REGLAS QUE LO AYUDAN A ENTENDER..... 1 2 APROVECHA MOMENTOS PARA CONOCER MEJOR SU PERSONALIDAD..... 1 2 LOLA ESTIMULA CUANDO HACE COSAS POSITIVAS O IMPORTANTES..... 1 2 OTRO..... 1 2 ESPECIFIQUE				LE DEDICA TIEMPO DE CALIDAD..... SI NO 1 2 LE ENSEÑA REGLAS QUE LO AYUDAN A ENTENDER..... 1 2 APROVECHA MOMENTOS PARA CONOCER MEJOR SU PERSONALIDAD..... 1 2 LOLA ESTIMULA CUANDO HACE COSAS POSITIVAS O IMPORTANTES..... 1 2 OTRO..... 1 2 ESPECIFIQUE				LE DEDICA TIEMPO DE CALIDAD..... SI NO 1 2 LE ENSEÑA REGLAS QUE LO AYUDAN A ENTENDER..... 1 2 APROVECHA MOMENTOS PARA CONOCER MEJOR SU PERSONALIDAD..... 1 2 LOLA ESTIMULA CUANDO HACE COSAS POSITIVAS O IMPORTANTES..... 1 2 OTRO..... 1 2 ESPECIFIQUE			
214	Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños/las niñas la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si Ud. o cualquier otro adulto más del hogar ha usado estos métodos	SI NO A ¿Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (nombre) le gusta, o no le permitió salir de la casa?..... 1 2 B ¿Le explicó a (nombre) por qué estuvo mal su comportamiento?..... 1 2 C ¿Lola sacudió?..... 1 2 D ¿Le gritó o le vociferó?..... 1 2 E ¿Le dio otra cosa que hacer?..... 1 2 F ¿Le dio una tunda, lo/a golpeó, lo/a nalguéó sólo con la mano?..... 1 2 G ¿Lola golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro?..... 1 2 H ¿Lola llamó tonta/o, perezosa/o u otra cosa parecida?..... 1 2 I ¿Lola golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza, o en las orejas?..... 1 2 J ¿Lola golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna?..... 1 2 K ¿Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo?..... 1 2 X ¿Otro? (Especifique)..... 1 2 ESPECIFIQUE				SI NO LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (NOMBRE) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA..... 1 2 LE EXPLICÓ A (NOMBRE) POR QUÉ ESTUVO MAL SU COMPORTAMIENTO..... 1 2 LOLA SACUDIÓ..... 1 2 LE GRITÓ O LE VOCIFERÓ..... 1 2 LE DIO OTRA COSA QUE HACER..... 1 2 LE DIO UNA TUNDA, LO/A GOLPEÓ, LO/A NALGUÉÓ SÓLO CON LA MANO..... 1 2 LOLA GOLPEÓ EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO..... 1 2 LOLA LLAMÓ TONTA/O, PEREZOSA/O U OTRA COSA PARECIDA..... 1 2 LOLA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA, O EN LAS OREJAS..... 1 2 LOLA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA..... 1 2 LE DIO UNA PALIZA; ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO..... 1 2 OTRO..... 1 2 ESPECIFIQUE				SI NO LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (NOMBRE) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA..... 1 2 LE EXPLICÓ A (NOMBRE) POR QUÉ ESTUVO MAL SU COMPORTAMIENTO..... 1 2 LOLA SACUDIÓ..... 1 2 LE GRITÓ O LE VOCIFERÓ..... 1 2 LE DIO OTRA COSA QUE HACER..... 1 2 LE DIO UNA TUNDA, LO/A GOLPEÓ, LO/A NALGUÉÓ SÓLO CON LA MANO..... 1 2 LOLA GOLPEÓ EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO..... 1 2 LOLA LLAMÓ TONTA/O, PEREZOSA/O U OTRA COSA PARECIDA..... 1 2 LOLA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA, O EN LAS OREJAS..... 1 2 LOLA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA..... 1 2 LE DIO UNA PALIZA; ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO..... 1 2 OTRO..... 1 2 ESPECIFIQUE			
215	¿Cómo es la relación entre los miembros del hogar?	BUENA..... 1 MALA..... 2 REGULAR..... 3 NO SABE..... 8				BUENA..... 1 MALA..... 2 REGULAR..... 3 NO SABE..... 8				BUENA..... 1 MALA..... 2 REGULAR..... 3 NO SABE..... 8			
216	¿Cree usted que para criar o educar correctamente a (NOMBRE), en algún momento se le debe castigar físicamente?.	SI..... 1 NO..... 2 → ##				SI..... 1 NO..... 2 → ##				SI..... 1 NO..... 2 → ##			
217	¿Cuándo cree usted que se le debe castigar? INDAGAR NO LEA LAS OPCIONES	CUANDO SON DESOBEDIENTES..... A CUANDO TOCAN O DESORDENAN TODO..... B CUANDO NO AYUDAN EN LAS TAREAS..... C CUANDO LLORAN MUCHO..... D CUANDO NO QUIEREN COMER..... E CUANDO NO SE QUEDAN QUIETOS..... F CUANDO JUEGAN..... G OTRO..... X ESPECIFIQUE				CUANDO SON DESOBEDIENTES..... A CUANDO TOCAN O DESORDENAN TODO..... B CUANDO NO AYUDAN EN LAS TAREAS..... C CUANDO LLORAN MUCHO..... D CUANDO NO QUIEREN COMER..... E CUANDO NO SE QUEDAN QUIETOS..... F CUANDO JUEGAN..... G OTRO..... X ESPECIFIQUE				CUANDO SON DESOBEDIENTES..... A CUANDO TOCAN O DESORDENAN TODO..... B CUANDO NO AYUDAN EN LAS TAREAS..... C CUANDO LLORAN MUCHO..... D CUANDO NO QUIEREN COMER..... E CUANDO NO SE QUEDAN QUIETOS..... F CUANDO JUEGAN..... G OTRO..... X ESPECIFIQUE			
218	De que manera castigan a (NOMBRE) para educarlo(a), corregirlo(a), o disciplinarlo? INDAGAR NO LEA LAS OPCIONES	JALÓN DE OREJAS/PALMADAS..... A GRITOS/INSULTOS..... B PRIVANDOLE DE ALIMENTOS..... C ENCERRÁNDOLE..... D ECHANDOLE AGUA..... E QUITÁNDOLE JUGUETES..... F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... G HABLANDOLE/EXPLICÁNDOLE..... H SACUDÓN..... I LO GOLPEA CON CINTURÓN U OTRO OBJETO..... J NO LO CASTIGAN..... K OTRO..... X ESPECIFIQUE				JALÓN DE OREJAS/PALMADAS..... A GRITOS/INSULTOS..... B PRIVANDOLE DE ALIMENTOS..... C ENCERRÁNDOLE..... D ECHANDOLE AGUA..... E QUITÁNDOLE JUGUETES..... F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... G HABLANDOLE/EXPLICÁNDOLE..... H SACUDÓN..... I LO GOLPEA CON CINTURÓN U OTRO OBJETO..... J NO LO CASTIGAN..... K OTRO..... X ESPECIFIQUE				JALÓN DE OREJAS/PALMADAS..... A GRITOS/INSULTOS..... B PRIVANDOLE DE ALIMENTOS..... C ENCERRÁNDOLE..... D ECHANDOLE AGUA..... E QUITÁNDOLE JUGUETES..... F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... G HABLANDOLE/EXPLICÁNDOLE..... H SACUDÓN..... I LO GOLPEA CON CINTURÓN U OTRO OBJETO..... J NO LO CASTIGAN..... K OTRO..... X ESPECIFIQUE			
219	¿Usted sabe qué tipo de señales podrían ayudar a identificar si (NOMBRE) sufre o sufrió algún tipo de maltrato?.	SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 221				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 221				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 221			
220	Cuál de las siguientes señales identificó en (NOMBRE) ¿Rechazó alguna persona? ¿Tristeza? ¿Irritabilidad? ¿Miedo, odio? ¿Cambio de conducta? ¿Rechazo a las caricias? ¿Pérdida de apetito? ¿Aislamiento social? ¿Evitar ciertas situaciones (guardería, parque)? ¿Problemas de sueño? ¿Regresión de conducta (mojar la cama)? ¿Señales físicas de agresión? ¿Otro? (Especifique)	RECHAZÓ ALGUNA PERSONA..... A TRISTEZA..... B IRRITABILIDAD..... C MIEDO, ODIIO..... D CAMBIO DE CONDUCTA..... E RECHAZO A LAS CARICIAS..... F PÉRDIDA DE APETITO..... G AISLAMIENTO SOCIAL..... H EVITAR CIERTAS SITUACIONES (guardería, parque)..... I PROBLEMAS DE SUEÑO..... J REGRESIÓN DE CONDUCTA (mojar la cama)..... K SEÑALES FÍSICAS DE AGRESIÓN..... L OTRO..... X ESPECIFIQUE				RECHAZÓ ALGUNA PERSONA..... A TRISTEZA..... B IRRITABILIDAD..... C MIEDO, ODIIO..... D CAMBIO DE CONDUCTA..... E RECHAZO A LAS CARICIAS..... F PÉRDIDA DE APETITO..... G AISLAMIENTO SOCIAL..... H EVITAR CIERTAS SITUACIONES (guardería, parque)..... I PROBLEMAS DE SUEÑO..... J REGRESIÓN DE CONDUCTA (mojar la cama)..... K SEÑALES FÍSICAS DE AGRESIÓN..... L OTRO..... X ESPECIFIQUE				RECHAZÓ ALGUNA PERSONA..... A TRISTEZA..... B IRRITABILIDAD..... C MIEDO, ODIIO..... D CAMBIO DE CONDUCTA..... E RECHAZO A LAS CARICIAS..... F PÉRDIDA DE APETITO..... G AISLAMIENTO SOCIAL..... H EVITAR CIERTAS SITUACIONES (guardería, parque)..... I PROBLEMAS DE SUEÑO..... J REGRESIÓN DE CONDUCTA (mojar la cama)..... K SEÑALES FÍSICAS DE AGRESIÓN..... L OTRO..... X ESPECIFIQUE			
221	¿Alguna vez identificaron algún tipo de maltrato o agresión hacia (NOMBRE) de parte de alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 301				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 301				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE 301			
222	¿Quién fue la persona que maltrató a (NOMBRE)?	MADRE..... A PADRE..... B TIO(A)..... C HERMANO(A)..... D ABUELO (A)..... E OTRO PARIENTE..... F OTRO NO PARIENTE..... G ESPECIFIQUE				MADRE..... A PADRE..... B TIO(A)..... C HERMANO(A)..... D ABUELO (A)..... E OTRO PARIENTE..... F OTRO NO PARIENTE..... G ESPECIFIQUE				MADRE..... A PADRE..... B TIO(A)..... C HERMANO(A)..... D ABUELO (A)..... E OTRO PARIENTE..... F OTRO NO PARIENTE..... G ESPECIFIQUE			
223	¿Se denunció el maltrato o agresión hacia (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE A 301				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE A 301				SI..... 1 NO..... 2 ↩ PASE A 301			
224	¿Ante quién denunció? A Autoridades comunitarias originarias B Defensoría de la niñez y adolescencia C FELCV D Policía E SLIM F Fiscalía G Juzgado H Centro de Salud I ONG X Otro (Especifique)	AUTORIDADES COMUNITARIAS ORIGINARIAS..... SI NO 1 2 DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA..... 1 2 FELCV..... 1 2 POLICÍA..... 1 2 SLIM..... 1 2 FISCALÍA..... 1 2 JUZGADO..... 1 2 CENTRO DE SALUD..... 1 2 ONG..... 1 2 OTRO..... 1 2 (ESPECIFIQUE)				AUTORIDADES COMUNITARIAS ORIGINARIAS..... SI NO 1 2 DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA..... 1 2 FELCV..... 1 2 POLICÍA..... 1 2 SLIM..... 1 2 FISCALÍA..... 1 2 JUZGADO..... 1 2 CENTRO DE SALUD..... 1 2 ONG..... 1 2 OTRO..... 1 2 (ESPECIFIQUE)				AUTORIDADES COMUNITARIAS ORIGINARIAS..... SI NO 1 2 DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA..... 1 2 FELCV..... 1 2 POLICÍA..... 1 2 SLIM..... 1 2 FISCALÍA..... 1 2 JUZGADO..... 1 2 CENTRO DE SALUD..... 1 2 ONG..... 1 2 OTRO..... 1 2 (ESPECIFIQUE)			

SECCIÓN III. NUTRICION				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
301	¿Ha sido amamantado (NOMBRE) alguna vez?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 309) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 309) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 309) ←
302	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) se le amamantó? SI MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" DE 1 A 23 HORAS, ANOTE EN HORAS SI ES 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE..... 00 HORAS 1 DÍAS 2	INMEDIATAMENTE..... 00 HORAS 1 DÍAS 2	INMEDIATAMENTE..... 00 HORAS 1 DÍAS 2
303	¿Durante los primeros tres días después de nacer (NOMBRE) ¿se le dio otros líquidos diferente de la leche materna?	SI 1 NO 2 (PASE A 306) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 306) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 306) ←
304	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días después de nacer? A Agua sola B Otras leches (vaca, cabra, oveja, etc.) C Leches maternizadas, fórmula, lata, etc. D Líquidos (jugos, infusiones, otros líquidos) X Otro (Especifique)	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 OTRAS LECHES (vaca, cabra, oveja, etc.) 1 2 8 LECHES MATERINIZADAS, FORMULA, LATA, etc. 1 2 8 LIQUIDOS (jugos, infusiones, otros líquidos) 1 2 8 OTRO 1 2 8 ESPECIFIQUE	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 OTRAS LECHES (vaca, cabra, oveja, etc.) 1 2 8 LECHES MATERINIZADAS, FORMULA, LATA, etc. 1 2 8 LIQUIDOS (jugos, infusiones, otros líquidos) 1 2 8 OTRO 1 2 8 ESPECIFIQUE	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 OTRAS LECHES (vaca, cabra, oveja, etc.) 1 2 8 LECHES MATERINIZADAS, FORMULA, LATA, etc. 1 2 8 LIQUIDOS (jugos, infusiones, otros líquidos) 1 2 8 OTRO 1 2 8 ESPECIFIQUE
306	¿Durante cuántos meses se le dió el pecho a (NOMBRE), o todavía se le está dando? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES TODAVÍA SE LE ESTÁ DANDO 96 NO SABE 98	MESES AÚN LE ESTÁ DANDO 96 NO SABE 98	MESES AÚN LE ESTÁ DANDO 96 NO SABE 98
307	¿Cuántas veces se le dió el pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy?	NÚMERO DE VECES ANOCHE.....	NÚMERO DE VECES ANOCHE.....	NÚMERO DE VECES ANOCHE.....
308	¿Cuántas veces se le dió el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 am a 6 pm).	NÚMERO DE VECES AYER.....	NÚMERO DE VECES AYER.....	NÚMERO DE VECES AYER.....
309	¿Durante el día y la noche de ayer (NOMBRE) consumió otro líquido o alimento que no fuera leche materna?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
310	¿A qué edad comenzó a darle a (NOMBRE), otros líquidos o alimentos además de la leche materna o leche de fórmula ? (SI MENOS DE 1 MES ANOTE "0")	NÚMERO DE MESES NO SABE 8 AÚN NO RECIBE..... 7 → 313	NÚMERO DE MESES NO SABE 8 AÚN NO RECIBE..... 7 → 313	NÚMERO DE MESES NO SABE 8 AÚN NO RECIBE..... 7 → 313
311	¿El día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
312	¿Por qué no se le dió, o por qué ya no se le da pecho/amamantó a (NOMBRE)? MARCAR TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	NO TENIA LECHE A MADRE ENFERMA B NIÑO ENFERMO C PROBLEMAS DE PEZÓN D EL NIÑO RECHAZO E NO SABE F YA NO TOMA LECHE MATERNA G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	NO TENIA LECHE A MADRE ENFERMA B NIÑO ENFERMO C PROBLEMAS DE PEZÓN D EL NIÑO RECHAZO E NO SABE F YA NO TOMA LECHE MATERNA G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	NO TENIA LECHE A MADRE ENFERMA B NIÑO ENFERMO C PROBLEMAS DE PEZÓN D EL NIÑO RECHAZO E NO SABE F YA NO TOMA LECHE MATERNA G OTRO: X (ESPECIFIQUE)
313	¿Recibió recomendaciones o consejos del personal de salud acerca de la lactancia materna?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 314A) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 314A) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 314A) ←
314	¿Qué recomendaciones o consejos recibió del personal de salud en relación a la lactancia materna?	INMEDIATA(Dentro la primera hora) 1 EXCLUSIVA(Hasta los 6 meses)..... 2 PROLONGADA(Hasta los 2 años o más)..... 3 DARLE HASTA QUE EU/LA NIÑO/A QUIERA. 4 OTRAS 5 (ESPECIFIQUE)	INMEDIATA(Dentro la primera hora) 1 EXCLUSIVA(Hasta los 6 meses)..... 2 PROLONGADA(Hasta los 2 años o más)..... 3 DARLE HASTA QUE EU/LA NIÑO/A QUIERA. 4 OTRAS 5 (ESPECIFIQUE)	INMEDIATA(Dentro la primera hora) 1 EXCLUSIVA(Hasta los 6 meses)..... 2 PROLONGADA(Hasta los 2 años o más)..... 3 DARLE HASTA QUE EU/LA NIÑO/A QUIERA. 4 OTRAS 5 (ESPECIFIQUE)
314A	VERIFICAR 310	AÚN NO RECIBE → 401 NÚMERO DE MESES O NO SABE → 315	AÚN NO RECIBE → 401 NÚMERO DE MESES O NO SABE → 315	AÚN NO RECIBE → 401 NÚMERO DE MESES O NO SABE → 315
315	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos y alimentos que (NOMBRE) tomó el día de ayer durante el día o la noche. A ¿Agua sola? B ¿Leche en polvo? C ¿Otras leches? D ¿Alimentos fortificados? E ¿Avena, quinoa, maizena? F ¿Jugo de frutas? G ¿Chicha (maíz, arroz, mango)? H ¿Caldos/sopas? I ¿Gaseosas? X ¿Otros líquidos(té, café)?	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 LECHE EN POLVO 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 ALIMENTOS FORTIFICADOS 1 2 8 AVENA, QUINUA, MAIZENA 1 2 8 JUGO DE FRUTAS 1 2 8 CHICHA (MAIZ, ARROZ, MANGO) 1 2 8 CALDOS/ SOPAS 1 2 8 GASEOSAS 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS(TÉ, CAFÉ)..... 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 LECHE EN POLVO 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 ALIMENTOS FORTIFICADOS 1 2 8 AVENA, QUINUA, MAIZENA 1 2 8 JUGO DE FRUTAS 1 2 8 CHICHA (MAIZ, ARROZ, MANGO) 1 2 8 CALDOS/ SOPAS 1 2 8 GASEOSAS 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS(TÉ, CAFÉ)..... 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA 1 2 8 LECHE EN POLVO 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 ALIMENTOS FORTIFICADOS 1 2 8 AVENA, QUINUA, MAIZENA 1 2 8 JUGO DE FRUTAS 1 2 8 CHICHA (MAIZ, ARROZ, MANGO) 1 2 8 CALDOS/ SOPAS 1 2 8 GASEOSAS 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS(TÉ, CAFÉ)..... 1 2 8
316	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE), recibió en el día de ayer durante el día o durante la noche, bien separado o con otros alimentos 1. CEREALES, TUBERCULOS Y DERIVADOS A Cereales y derivados: arroz, fideo, quinoa, pan, galletas, otros. B Leguminosas: lenteja, poroto, frijol, tarwi y otros C Tubérculos: papa, oca, yuca, chuño y otros 2. VERDURAS D Color verde oscuro: acelga, espinaca, apio, brócoli y otros E Color amarillo a naranja por dentro: zapallo, zanahoria F Cualquier otra verdura 3. FRUTAS G Color amarillo a naranja por dentro: papaya, mango, pifa, otros H Cualquier otra fruta 4. LACTEOS Y DERIVADOS I Leche, yogurt, queso y otros 5. CARNES, DERIVADOS Y HUEVOS J Res, hígado, riñon, corazón K Pollo, pescado, cerdo, cordero, llama, conejo y vísceras L Huevo 6. GRASAS M Aceite vegetal, oliva, girasol, maíz, soja y otros N Manteca, cebo, margarina O Mantecilla 7. AZUCARES P Azúcar blanca Q Azúcar morena, miel, chancaca y otros 8. OTROS R Sólo toma leche materna S Otros líquidos (te, mate, café) T Agua	SI NO NS 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 T 1 2 8	SI NO NS 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 T 1 2 8	SI NO NS 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 T 1 2 8
317	Ahora me gustaría preguntarle acerca del consumo en la última semana de los siguientes productos. A ¿Comida rápida? B ¿Bebidas azucaradas? C ¿Alimentos procesados?	COMIDA RAPIDA..... SI NO NS 1 2 8 Pollo broaster, Hamburguesa, Salchipapa, Hot dog, papas fritas y otras frituras BEBIDAS AZUCARADAS 1 2 8 Bebidas con gas, Nectar, Jugos envasados, Energizantes, Otros ALIMENTOS PROCESADOS 1 2 8 Tortas, queques, roscas, galletas dulces/ dulces/ saladas y otros	COMIDA RAPIDA..... SI NO NS 1 2 8 Pollo broaster, Hamburguesa, Salchipapa, Hot dog, papas fritas y otras frituras BEBIDAS AZUCARADAS 1 2 8 Bebidas con gas, Nectar, Jugos envasados, Energizantes, Otros ALIMENTOS PROCESADOS 1 2 8 Tortas, queques, roscas, galletas dulces/ dulces/ saladas y otros	COMIDARAPIDA..... SI NO NS 1 2 8 Pollo broaster, Hamburguesa, Salchipapa, Hot dog, papas fritas y otras frituras BEBIDAS AZUCARADAS 1 2 8 Bebidas con gas, Nectar, Jugos envasados, Energizantes, Otros ALIMENTOS PROCESADOS 1 2 8 Tortas, queques, roscas, galletas dulces/ dulces/ saladas y otros
319	Cuántas veces (NOMBRE) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos ayer, durante el día o durante la noche? SI ES 7 VECES O MÁS, REGISTRE "7"	NÚMERO DE VECES..... NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE 8

SECCIÓN IV. SALUD GENERAL					
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
401	¿Durante los últimos 12 meses (NOMBRE) presentó algunos problemas frecuentes en la salud?	SI 1 NO 2 ➔ 403	SI 1 NO 2 ➔ 403	SI 1 NO 2 ➔ 403	
402	¿Cuáles han sido las enfermedades o problemas más frecuentes que (NOMBRE) ha presentado en los últimos 12 meses? MARCAR LAS MENCIONADAS	PROBLEMAS RESPIRATORIOS..... A PROBLEMAS GASTROINTESTINALES..... B PROBLEMAS RENALES..... C PROBLEMAS DE CRECIMIENTO..... D PROBLEMAS VISUALES..... E PROBLEMAS AUDITIVOS..... F ENFERMEDADES DE LA PIEL..... G PROBLEMAS TRAUMATOLÓGICOS..... H PROBLEMAS DENTALES..... I PROBLEMAS NEUROLÓGICOS..... J RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR..... K OTRO _____ X ESPECIFIQUE _____	PROBLEMAS RESPIRATORIOS..... A PROBLEMAS GASTROINTESTINALES..... B PROBLEMAS RENALES..... C PROBLEMAS DE CRECIMIENTO..... D PROBLEMAS VISUALES..... E PROBLEMAS AUDITIVOS..... F ENFERMEDADES DE LA PIEL..... G PROBLEMAS TRAUMATOLÓGICOS..... H PROBLEMAS DENTALES..... I PROBLEMAS NEUROLÓGICOS..... J RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR..... K OTRO _____ X ESPECIFIQUE _____	PROBLEMAS RESPIRATORIOS..... A PROBLEMAS GASTROINTESTINALES..... B PROBLEMAS RENALES..... C PROBLEMAS DE CRECIMIENTO..... D PROBLEMAS VISUALES..... E PROBLEMAS AUDITIVOS..... F ENFERMEDADES DE LA PIEL..... G PROBLEMAS TRAUMATOLÓGICOS..... H PROBLEMAS DENTALES..... I PROBLEMAS NEUROLÓGICOS..... J RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR..... K OTRO _____ X ESPECIFIQUE _____	
403	¿Usted diría que la salud de (NOMBRE) es excelente, muy buena, buena, regular, mala, muy mala?	EXCELENTE..... 1 MUY BUENA 2 BUENA..... 3 REGULAR 4 MALA..... 5 MUY MALA..... 6	EXCELENTE..... 1 MUY BUENA 2 BUENA..... 3 REGULAR 4 MALA..... 5 MUY MALA..... 6	EXCELENTE..... 1 MUY BUENA 2 BUENA..... 3 REGULAR 4 MALA..... 5 MUY MALA..... 6	
404	SEÑALES DE RIESGO Observe si (Nombre) presenta las siguientes alteraciones: A B C D E F G H I OBSERVACIÓN DIRECTA DEL ENTREVISTADOR IMPORTANTE VER LAS CARTILLAS	SI NO HENDIDURA PALPEBRAL OBLICUA 1 2 HIPERTELORISMO(OJOS SEPARADOS) 1 2 IMPLANTACIÓN BAJA DE LAS OREJAS..... 1 2 LABIO LEPORINO 1 2 HENDIDURA O FISURA PALATINA 1 2 CUELLO CORTO O LARGO 1 2 PLIEGUE PALMAR ÚNICO 1 2 QUINTO DEDO DE LA MANO CORTO O CURVO 1 2 NINGUNO 1	SI NO HENDIDURA PALPEBRAL OBLICUA 1 2 HIPERTELORISMO(OJOS SEPARADOS) 1 2 IMPLANTACIÓN BAJA DE LAS OREJAS..... 1 2 LABIO LEPORINO 1 2 HENDIDURA O FISURA PALATINA 1 2 CUELLO CORTO O LARGO 1 2 PLIEGUE PALMAR ÚNICO 1 2 QUINTO DEDO DE LA MANO CORTO O CURVO 1 2 NINGUNO 1	SI NO HENDIDURA PALPEBRAL OBLICUA 1 2 HIPERTELORISMO(OJOS SEPARADOS) 1 2 IMPLANTACIÓN BAJA DE LAS OREJAS..... 1 2 LABIO LEPORINO 1 2 HENDIDURA O FISURA PALATINA 1 2 CUELLO CORTO O LARGO 1 2 PLIEGUE PALMAR ÚNICO 1 2 QUINTO DEDO DE LA MANO CORTO O CURVO 1 2 NINGUNO 1	
405	VERIFICAR 102 SI LA/EL NIÑA/O ES MAYOR 23 MESES	NIÑA/O MAYOR: 23 MESES  (PASE A 406) NIÑA/O MENOR A 24 MESES  (PASE A 501)	NIÑA/O MAYOR: 23 MESES  (PASE A 406) NIÑA/O MENOR A 24 MESES  (PASE A 501)	NIÑA/O MAYOR: 23 MESES  (PASE A 406) NIÑA/O MENOR A 24 MESES  (PASE A 501)	
406	¿(NOMBRE) puede caminar en una superficie irregular, por ejemplo, una calle accidentada o inclinada sin caerse?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
407	¿(NOMBRE) puede saltar levantando ambos pies del suelo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
408	¿(NOMBRE) puede vestirse, es decir, ponerse un pantalón y una polera, sin ayuda?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
409	¿(NOMBRE) puede abrochar y desabrochar botones sin ayuda?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
410	¿(NOMBRE) puede decir 10 o más palabras, como "mamá" o "pelota"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
411	¿(NOMBRE) puede hablar usando oraciones de 3 o más palabras que van juntas, por ejemplo, "Yo quiero agua" o "La casa es grande"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 413	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 413	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 413	
412	¿(Nombre) puede hablar usando oraciones de 5 o más palabras que van juntas, por ejemplo, "La casa es muy grande"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
413	¿(NOMBRE) puede usar correctamente cualquiera de las palabras "yo", "tú", "ella" o "él", por ejemplo, "Yo quiero agua" o "Él come arroz"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
6					

SECCIÓN V. INMUNIZACION Y SUPLEMENTO DE MICRONUTRIENTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
501	<p>¿Tiene usted el carnet de vacunas, carnet /libreta de salud de desarrollo integral infantil u otros comprobantes de vacunación de (NOMBRE)?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verlo por favor?</p>	<p>SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 502)</p> <p>SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 504)</p>	<p>SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 502)</p> <p>SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 504)</p>	<p>SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 502)</p> <p>SÍ, NO VISTO..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 504)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
502	<p>1) COPIE DEL CARNET DE SALUD INFANTIL Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA.</p> <p>2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA'; SI EL CARNET O COMPROBANTE MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.</p> <p>3) SI TRES O MÁS DOSIS DE VITAMINA A, REGISTRE LAS FECHAS PARA LA ÚLTIMA Y LA PENÚLTIMA DOSIS.</p> <table><tr><td>VACUNAS</td><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIPOLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIPOLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIPOLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PENTAVALENTE 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PENTAVALENTE 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PENTAVALENTE 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTINEUMOCÓCICA 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTINEUMOCÓCICA 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTINEUMOCÓCICA 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIAMARÍLICA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DE 18 A 23 MESES:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIAMARÍLICA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SRP 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SRP 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIPOLIO 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PENTAVALENTE 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>LOS 4 AÑOS:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ANTIPOLIO 5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PENTAVALENTE 5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>MICRONUTRIENTES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PRIMERA DOSIS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SEGUNDA DOSIS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Unica dosis de Vit. A en menores de un año</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>CHISPITAS NUTRICIONALES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PRIMERA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SEGUNDA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TERCERA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>CUARTA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>QUINTA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALIMENTO COMPLEMENTARIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NUTRIBEBE/ KALPAWAWA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ULTIMA ENTREGA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				VACUNAS	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	BCG										ANTIPOLIO 1										ANTIPOLIO 2										ANTIPOLIO 3										PENTAVALENTE 1										PENTAVALENTE 2										PENTAVALENTE 3										ANTIROTAVIRUS 1										ANTIROTAVIRUS 2										ANTINEUMOCÓCICA 1										ANTINEUMOCÓCICA 2										ANTINEUMOCÓCICA 3										ANTIAMARÍLICA										ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1										ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 2										DE 18 A 23 MESES:										ANTIAMARÍLICA										SRP 1										SRP 2										ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1										ANTIPOLIO 4										PENTAVALENTE 4										LOS 4 AÑOS:										ANTIPOLIO 5										PENTAVALENTE 5										MICRONUTRIENTES										VITAMINA A										PRIMERA DOSIS										SEGUNDA DOSIS										Unica dosis de Vit. A en menores de un año										CHISPITAS NUTRICIONALES										PRIMERA ENTREGA										SEGUNDA ENTREGA										TERCERA ENTREGA										CUARTA ENTREGA										QUINTA ENTREGA										ALIMENTO COMPLEMENTARIO										NUTRIBEBE/ KALPAWAWA										ULTIMA ENTREGA									
VACUNAS	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
BCG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIPOLIO 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIPOLIO 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIPOLIO 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PENTAVALENTE 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PENTAVALENTE 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PENTAVALENTE 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIROTAVIRUS 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIROTAVIRUS 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTINEUMOCÓCICA 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTINEUMOCÓCICA 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTINEUMOCÓCICA 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIAMARÍLICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
DE 18 A 23 MESES:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIAMARÍLICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
SRP 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
SRP 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIINFLUENZA ESTACIONAL 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIPOLIO 4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PENTAVALENTE 4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
LOS 4 AÑOS:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ANTIPOLIO 5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PENTAVALENTE 5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
MICRONUTRIENTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
VITAMINA A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PRIMERA DOSIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
SEGUNDA DOSIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Unica dosis de Vit. A en menores de un año																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
CHISPITAS NUTRICIONALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PRIMERA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
SEGUNDA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
TERCERA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
CUARTA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
QUINTA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ALIMENTO COMPLEMENTARIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
NUTRIBEBE/ KALPAWAWA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ULTIMA ENTREGA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
503	<p>¿Recibió (NOMBRE) vacunas y nutrientes que no están registradas en este Carnet de Salud Infantil y/o libreta de Salud y Desarrollo Integral Infantil, Carnet de Vacunas y/o comprobante de vacunación, incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación?</p> <p>SI RESPONDE "NO" SONDEE SOBRE VACUNAS EN BLANCO EN 502</p>	<p>SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 502. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA)</p> <p>(LUEGO PASE A 516)</p> <p>NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)</p>	<p>SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 502. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA)</p> <p>(LUEGO PASE A 516)</p> <p>NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)</p>	<p>SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS Y NUTRIENTES QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 502. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA)</p> <p>(LUEGO PASE A 516)</p> <p>NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 513)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
504	<p>Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:</p> <p>¿La vacuna BCG contra las formas graves de tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz y se aplica habitualmente al nacer?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
505	<p>¿Recibió (NOMBRE) una vacuna ANTIPOLIO que puede ser una inyección que se pone en el muslo, o gotas de aplicación vía oral?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 507)</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 507)</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 507)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS
506	¿Cuántas veces le dieron la vacuna ANTIPOLIO a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8
507	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en el muslo junto a la vacuna POLIO?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509)
508	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna PENTAVALENTE a (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 8
509	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna antirotavirus, un líquido que se da en la boca con jeringa en 2 dosis, la primera a los 2 meses de edad hasta los 3 meses y la segunda a los 4 meses hasta los 8 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
510	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna Neumococo, una inyección que se coloca en el muslo, entre los 2,4 y 6 meses de edad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
511	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna antiamentlica (AA) Amarilla, una inyección que se coloca en el brazo derecho, entre los 12 y 23 meses de edad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
512	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el sarampión (SRP), que se coloca en el brazo izquierdo, entre los 12 a 23 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
513	VERIFICAR 502	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A (PASE A 515)	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A (PASE A 515)	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A NO TIENE CARNET/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A (PASE A 515)
514	Según el CARNET de Vacunación, (NOMBRE) recibió una cápsula de Vitamina A (como ésta) en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE DEL CARNET) ¿Ha recibido (NOMBRE) otra cápsula de VITAMINA A desde esa fecha?	SI..... 1 (PASE A 516) NO..... 2 NO SABE 3 517	SI..... 1 (PASE A 516) NO..... 2 NO SABE 3 517	SI..... 1 (PASE A 516) NO..... 2 NO SABE 3 517
515	¿Ha recibido (NOMBRE) una cápsula de VITAMINA A (como ésta/ alguna de éstas)? MOSTRAR CÁPSULAS	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 517	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 517	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 517
516	¿Hace cuántos meses que (NOMBRE) tomó la última cápsula de VITAMINA A?	NÚMERO DE MESES..... NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES..... NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES..... NO SABE..... 98
517	¿Durante el año 2022 (NOMBRE) tomó Chispitas Nutricionales?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 519)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 519)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 519)
518	¿Con qué frecuencia le dió Ud. las Chispitas nutricionales a (NOMBRE) diario, día por medio o 2 veces o menos por semana?	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3
519	¿(NOMBRE) consume o consumió el Alimento Complementario Nutribebé?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521)
520	¿Cuántas veces recibe o recibió (NOMBRE) el alimento complementario Nutribebé en un año?	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES..... NO SABE..... 98
521	¿Conoce la correcta preparación del Alimento Complementario Nutribebé?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
522	¿Considera que el Nutribebé contribuye a la salud y nutrición de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
523	¿Durante el año 2022 (NOMBRE) tomó jarabe de hierro?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
524	¿(NOMBRE) ha tomado algun medicamento para los parásitos intestinales, (bichos, gusanera)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

SECCIÓN VI. ENFERMEDADES AGUDAS (NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS).				
SECCIÓN VI - A: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
601	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy? DIARREA: MÁS DE TRES DEPOSICIONES LÍQUIDAS AL DÍA O CON FRECUENCIA MAYOR A LO NORMAL DE HECES SUELTAS O LÍQUIDAS	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)
602	¿Había sangre en la caquita?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8
603	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿le dio la misma cantidad de líquidos que de costumbre, le dio más o le dio menos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8
604	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿le dio la misma cantidad de comida que de costumbre, le dio más o le dio menos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8
605	¿Buscó usted consejo o tratamiento para curar la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 610)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 610)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 610)
606	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR..... X ESPECIFIQUE..... Y NO SABE..... Y	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR..... V ESPECIFIQUE..... Y NO SABE..... Y	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR..... V ESPECIFIQUE..... Y NO SABE..... Y
607	VERIFICAR 606 EL NÚMERO DE CÓDIGOS	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 609)	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 609)	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 609)
608	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 606	PRIMER LUGAR.....	PRIMER LUGAR.....	PRIMER LUGAR.....
609	¿Cuántos días después que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	NÚMERO DE DÍAS.....	NÚMERO DE DÍAS.....	NÚMERO DE DÍAS.....
610	¿(NOMBRE) todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
611	Desde que empezó la diarrea, le dio a (NOMBRE) A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida? o B ¿Suero casero de agua, sal y azúcar?	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8
612	¿Le dio algo más a (NOMBRE) para tratarle la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 614)
613	¿Qué le dieron a ((NOMBRE) para tratarle la diarrea?	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO..... A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA)..... B TABLETAS /JARABE DE ZINC..... C OTRA PASTILLA O JARABE..... D NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE..... E INYECCIONES ANTIBIÓTICA..... F NO ANTIBIÓTICA..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... H INTRAVENOSA (IV)..... I OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO..... A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA)..... B TABLETAS /JARABE DE ZINC..... C OTRA PASTILLA O JARABE..... D NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE..... E INYECCIONES ANTIBIÓTICA..... F NO ANTIBIÓTICA..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... H INTRAVENOSA (IV)..... I OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO..... A ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA)..... B TABLETAS /JARABE DE ZINC..... C OTRA PASTILLA O JARABE..... D NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE..... E INYECCIONES ANTIBIÓTICA..... F NO ANTIBIÓTICA..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... H INTRAVENOSA (IV)..... I OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE)

SECCIÓN VI-B: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA(IRA)				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
614	¿Ha estado (NOMBRE) enferma(o) con tos en algún momento durante las últimas dos semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 701) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 701) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 701) ←
615	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8
616	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo tos, ¿le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la tos, le dió más o le dió menos líquidos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA LÍQUIDO..... 4 NO SABE 8
617	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo tos, ¿le dió la misma cantidad de comida que de costumbre, le dió más o le dió menos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8
618	¿Buscó usted tratamiento para curar la tos de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 623) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 623) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 623) ←
619	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la Tos? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SUBSECTOR PÚBLICO 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 SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPSIOTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE..... NO SABE..... Y	SUBSECTOR PÚBLICO 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 SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPSIOTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE..... NO SABE..... Y	SUBSECTOR PÚBLICO 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 SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO 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 COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO..... O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPSIOTRO AGENTE..... R VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA..... S MEDICINA TRADICIONAL..... T NO ACUDIÓ A NINGÚN E.S.NO FUE..... U OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE..... NO SABE..... Y
620	VERIFICAR 619 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 622)	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 622)	DOS O MÁS CÓDIGOS SÓLO UN CÓDIGO (PASE A 622)
621	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 619	PRIMER LUGAR.....	PRIMER LUGAR.....	PRIMER LUGAR.....
622	¿Cuántos días después que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento para la tos? SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	NÚMERO DE DÍAS.....	NÚMERO DE DÍAS.....	NÚMERO DE DÍAS.....
623	¿(NOMBRE) todavía está enfermo(a) con tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
624	¿Le dió algo más a (NOMBRE) para tratarle la tos?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 701) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 701) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 701) ←
625	¿Qué le dió para tratar la tos?	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO (amoxicilina, cotrimoxazol, etc.)..... A OTRA PASTILLA O JARABE(paracetamol ibuprofeno, aspirina, etc.) B NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE C INYECCIÓN ANTIBIÓTICA (penicilina, etc.)..... D NO ANTIBIÓTICA (dexametazona, etc.)..... E NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... F INTRAVENOSA (IV)..... G OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... H OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO (amoxicilina, cotrimoxazol, etc.)..... A OTRA PASTILLA O JARABE(paracetamol ibuprofeno, aspirina, etc.) B NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE C INYECCIÓN ANTIBIÓTICA (penicilina, etc.)..... D NO ANTIBIÓTICA (dexametazona, etc.)..... E NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... F INTRAVENOSA (IV)..... G OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... H OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA O JARABE ANTIBIÓTICO (amoxicilina, cotrimoxazol, etc.)..... A OTRA PASTILLA O JARABE(paracetamol ibuprofeno, aspirina, etc.) B NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE C INYECCIÓN ANTIBIÓTICA (penicilina, etc.)..... D NO ANTIBIÓTICA (dexametazona, etc.)..... E NO SABE TIPO DE INYECCIÓN..... F INTRAVENOSA (IV)..... G OTRO TIPO DE TRATAMIENTO REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS..... H OTRO X (ESPECIFIQUE)

SECCIÓN VII. EDUCACIÓN Y ESTIMULACIÓN				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
701	¿Durante éste año (NOMBRE) asiste a algun centro o establecimiento de educación inicial (preescolar) o de aprendizaje temprano?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 703) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 703) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 703) ←
702	¿A qué tipo de establecimiento asiste (NOMBRE)?:	CENTRO INFANTIL PÚBLICO/GUARDERÍA..... 1 CENTRO INFANTIL PRIVADO/GUARDERÍA..... 2 CENTRO INFANTIL DE CONVENIO (GUARDERÍA)..... 3 NIVEL INICIAL PÚBLICO..... 4 NIVEL INICIAL PRIVADO..... 5 NIVEL INICIAL DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PÚBLICO..... 7 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADO..... 8 PARVULARIO..... 9 NIDO..... 10 NINGUNO..... 11 OTRO..... 96 ESPECIFIQUE	CENTRO INFANTIL PÚBLICO/GUARDERÍA..... 1 CENTRO INFANTIL PRIVADO/GUARDERÍA..... 2 CENTRO INFANTIL DE CONVENIO (GUARDERÍA)..... 3 NIVEL INICIAL PÚBLICO..... 4 NIVEL INICIAL PRIVADO..... 5 NIVEL INICIAL DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PÚBLICO..... 7 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADO..... 8 PARVULARIO..... 9 NIDO..... 10 NINGUNO..... 11 OTRO..... 96 ESPECIFIQUE	CENTRO INFANTIL PÚBLICO/GUARDERÍA..... 1 CENTRO INFANTIL PRIVADO/GUARDERÍA..... 2 CENTRO INFANTIL DE CONVENIO (GUARDERÍA)..... 3 NIVEL INICIAL PÚBLICO..... 4 NIVEL INICIAL PRIVADO..... 5 NIVEL INICIAL DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PÚBLICO..... 7 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADO..... 8 PARVULARIO..... 9 NIDO..... 10 NINGUNO..... 11 OTRO..... 96 ESPECIFIQUE
703	¿(NOMBRE) realiza actividades físicas, al menos por 30 min, como saltar, correr, jugar pelota,etc ?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 705) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 705) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 705) ←
704	Durante la última semana: (NOMBRE) ¿Cuántos días realizó actividades físicas, por 30 min. o más?	NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA <input type="text"/> <input type="text"/>
705	¿Alguna vez (NOMBRE) asistió a algún programa de educación para la primera infancia? (por ejemplo del municipio, de alguna ONG u otros)	SI..... 1 NOM. DEL PROGRAMA..... NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 707) ←	SI..... 1 NOM. DEL PROGRAMA..... NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 707) ←	SI..... 1 NOM. DEL PROGRAMA..... NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 707) ←
706	¿(NOMBRE) asiste actualmente a programas de educacion para la primera infancia?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
707	¿En los últimos 3 meses, (NOMBRE) ha utilizado teléfono celular?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 709) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 709) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 709) ←
708	¿Para qué lo utilizó?	ESCUCHAR MÚSICA..... A JUGAR..... B CLASES VIRTUALES..... C USAR INTERNET..... D VER VIDEOS, PELÍCULAS..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE	ESCUCHAR MÚSICA..... A JUGAR..... B CLASES VIRTUALES..... C USAR INTERNET..... D VER VIDEOS, PELÍCULAS..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE	ESCUCHAR MÚSICA..... A JUGAR..... B CLASES VIRTUALES..... C USAR INTERNET..... D VER VIDEOS, PELÍCULAS..... E OTRO..... X ESPECIFIQUE
709	¿Durante los últimos 3 meses, con que frecuencia (NOMBRE) ha utilizado; laptop, computadora de escritorio, tablet, etc.?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4
710	¿Durante los últimos 3 meses (NOMBRE) ha utilizado el internet?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4 (PASE A LA 712) ←	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4 (PASE A LA 712) ←	UNA VEZ AL DÍA..... 1 UNA VEZ POR SEMANA PERO NO TODOS LOS DÍAS..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 NO USA..... 4 (PASE A LA 712) ←
711	¿Para cuál de las siguientes actividades (NOMBRE) uso internet en los últimos 3 meses? Descargar videos Descargar aplicaciones Descargar juegos Jugar juegos en línea Descargar música Descargar películas Cursos virtuales Ver películas (netflix u otros) Ver tutoriales de estimulación temprana Otro (Especifique)	DESCARGAR VIDEOS..... A. DESCARGAR APLICACIONES..... B DESCARGAR JUEGOS..... C JUGAR JUEGOS EN LÍNEA..... D DESCARGAR MÚSICA..... E DESCARGAR PELÍCULAS..... F CURSOS VIRTUALES..... G VER PELÍCULAS (NETFLIX U OTROS)..... H VER TUTORIALES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	DESCARGAR VIDEOS..... A. DESCARGAR APLICACIONES..... B DESCARGAR JUEGOS..... C JUGAR JUEGOS EN LÍNEA..... D DESCARGAR MÚSICA..... E DESCARGAR PELÍCULAS..... F CURSOS VIRTUALES..... G VER PELÍCULAS (NETFLIX U OTROS)..... H VER TUTORIALES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	DESCARGAR VIDEOS..... A. DESCARGAR APLICACIONES..... B DESCARGAR JUEGOS..... C JUGAR JUEGOS EN LÍNEA..... D DESCARGAR MÚSICA..... E DESCARGAR PELÍCULAS..... F CURSOS VIRTUALES..... G VER PELÍCULAS (NETFLIX U OTROS)..... H VER TUTORIALES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)
712	AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS			
713	HORA DE FINALIZACIÓN:	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>		

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

Comentarios acerca de
la entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A DE CAMPO

Nombre del/de la Supervisor/a de Campo: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A GENERAL

Nombre del/a Supervisor/a General: _____ Fecha: _____