

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
101	ANOTE LA HORA.	HORAS MINUTOS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
102	Para empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar. Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo, en la capital, en una cabecera departamental, en un municipio, en una aldea o caserío, finca o en el extranjero? NOMBRE DEL LUGAR: _____	EN LA CAPITAL 1 CABECERA DEPARTAMENTAL..... 2 CABECERA MUNICIPAL..... 3 ALDEA, CASERIO..... 4 FINCA.....5 EN EL EXTRANJERO.....6					
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES NO SABE MES 98 AÑO NO SABE AÑO 98					
106	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS					
106A	COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN. SI COINCIDE <input type="checkbox"/> NO COINCIDE <input type="checkbox"/>						
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO.....2	→109A				
108	¿Cuál es el último año de estudios que usted ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR..... PRIMARIA..... SECUNDARIA..... SUPERIOR/UNIVERSITARIA..... NO SABE..... 98	<table border="1"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	0	1	2	3
0							
1							
2							
3							
109A	¿Ha asistido o asiste a una escuela/centro de enseñanza técnica para recibir cursos de capacitación? (IFES, INTECAP, CARE, IGLESIAS, OTRAS ORGANIZACIONES, ETC.	SI..... 1 NO.....2	→110				
109B	¿Qué cursos ha recibido en los últimos cinco años o recibe actualmente? SI MENCIONA MAS DE UN CURSO MARQUE CADA CURSO MENCIONADO.	COMPUTACION.....A REPOSTERIA.....B CORTE Y CONFECCION.....C FLORISTERIA.....D BORDADOS.....E CULTORA DE BELLEZA.....F CERAMICA.....G AUXILIAR DE ENFERMERIA.....H COCINA.....I MECANOGRAFIA.....J PINTURA.....K OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)					
110	VEA 106: TIENE 24 AÑOS O MENOS: <input type="checkbox"/> TIENE 25 AÑOS O MAS: <input type="checkbox"/> →113						
110A	VEA 107: ASISTIO A LA ESCUELA: <input type="checkbox"/> NO ASISTIO A LA ESCUELA: <input type="checkbox"/> →113						
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza formal: escuela, escuela técnica, instituto, colegio, universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→113				
111A	Ud dijo que dejó de ir a la escuela, ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de ir a estudiar?	EDAD A LA QUE DEJO DE ESTUDIAR.....					

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
119A	¿Cuál es la religión que profesan en este hogar? (Es decir, que practica la mayoría de miembros de este hogar)	CATOLICA 01 EVANGELICA..... 02 PROTESTANTE..... 03 COSTUMBRISTA (MAYA)..... 04 NINGUNA 05 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
119B	¿Cuál es la religión que usted profesa? (Practica o comulga)	CATOLICA.....01 EVANGELICA.....02 PROTESTANTE.....03 COSTUMBRISTA (MAYA).....04 NINGUNA.....05 → 120 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
119C	¿Cada cuánto asiste usted a la iglesia o a reuniones religiosas?	DIARIAMENTE 1 2 A 4 VECES POR SEMANA..... 2 UNA VEZ POR SEMANA..... 3 2 A 3 VECES AL MES..... 4 UNA VEZ AL MES 5 UNA VEZ AL AÑO 6 NUNCA 7	
120 VEA LA PREGUNTA 4 EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: LA MUJER ENTREVISTADA "NO" VIVE PERMANENTEMENTE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> LA MUJER ENTREVISTADA VIVE PERMANENTEMENTE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> → 201			
121	Ahora me gustaría preguntarle acerca del sitio en el cual usted vive permanentemente. ¿Vive permanentemente en la capital, en una cabecera departamental, en cabecera municipal, en una aldea, en un caserío, en una finca, o en el extranjero? ANOTE NOMBRE DEL LUGAR: _____ _____	EN LA CAPITAL..... 1 CABECERA DEPARTAMENTAL..... 2 CABECERA MUNICIPAL..... 3 ALDEA/ CASERIO..... 4 FINCA..... 5 EN EL EXTRANJERO..... 6 → 123	
122	¿En qué departamento y municipio está localizado? SI ES EN EL EXTRANJERO ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS EN "DEPARTAMENTO" Y REGISTRE "00" EN EL CUADRO DE "MUNICIPIO"	DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____	
123	Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del hogar en el cual usted vive habitualmente? ¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar?	RED PUBLICA ACUEDUCTO..... 11 → 125 CHORRO PUBLICO..... 12 OTRA FUENTE POR TUBERIA..... 21 → 125 PILA PUBLICA/TANQUE PUBLICO..... 22 POZO MECANICO/MANUAL (BROCAL)..... 23 → 125 RIO/ACEQUIA/MANANTIAL..... 31 AGUA DE LLUVIA..... 41 → 125 CAMION O TANQUE AGUATERO..... 51 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
124	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver hasta su hogar? (A PIE)	MINUTOS..... EN EL SITIO..... 996	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
125	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su casa?	INODORO CONECTADO AL ALCANTARILLADO PRIVADO..... 11 COMPARTIDO..... 12 INODORO CONECTADO A FOSA SEPTICA..... 21 LETRINA, POZO CIEGO, ESCUSADO..... 22 NO TIENE SANITARIO..... 31 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
126	¿Tiene en su hogar: Luz eléctrica? Radio? Televisor? Teléfono? Refrigeradora?	SI NO LUZ ELECTRICA..... 1 2 RADIO..... 1 2 TELEVISOR..... 1 2 TELEFONO..... 1 2 REFRIGERADORA..... 1 2	
127	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su hogar?	PISO NATURAL/TIERRA/ARENA..... 11 PISO RUSTICO/TABLAS DE MADERA..... 21 LADRILLO DE CEMENTO..... 22 MADERA LUSTRADA..... 31 MOSAICO..... 32 CERAMICA..... 33 CEMENTO..... 34 LADRILLO DE TIERRA..... 35 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
128	¿Algún miembro de los que viven en su hogar tiene: Bicicleta? Motocicleta? Carro? (Automóvil) Tractor?	SI NO BICICLETA..... 1 2 MOTOCICLETA..... 1 2 CARRO..... 1 2 TRACTOR..... 1 2	
129	¿La casa donde actualmente viven es propia, alquilada, prestada...o?	PROPIA.....01 ALQUILADA.....02 PRESTADA.....03 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. REPRODUCCION

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que usted ha dado a luz. Fíjese que no me refiero a hijos criados o adoptados por usted. ¿Ha tenido alguna hija o hijo que ha nacido vivo(o)?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNO') ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNA')	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿De los hijos que tuvo, ¿hay algún hijo o hija que ahora no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	¿Cuántos hijos (varones) no viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNO') ¿Cuántas hijas (mujeres) no viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNA')	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Dio alguna vez a luz a un niño o niña que nació vivo pero que falleció después? SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE: (¿Tuvo algún hijo o hija que lloró o dio alguna señal de vida, pero que sólo sobrevivió por algunas horas o días?)	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNO') ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNA')	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	=SI NUNCA HA DADO A LUZ ('NO' EN 201 Y 206), ANOTE '00'. =SUME LAS RESPUESTAS DADAS EN 203, 205, 207 Y ANOTE TOTAL =ANOTE '00' SI LA SUMA ES CERO	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VEA 208: Sólo para estar segura de que tengo la información correcta: usted tuvo en TOTAL ____ nacidos durante toda su vida. ¿Está correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DE SER NECESARIO INDAGUE Y CORRIJA 201-208		
210	VEA 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS: <input type="text"/>	NINGUN NACIDO VIVO: <input type="text"/>	227

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero (el mayor) que tuvo. ANOTE EN 212 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y PROSIGA HASTA LA 220 SEGUN CORRESPONDA.

212 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo etc.) hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	214 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	216 ¿(NOMBRE) esta vivo?	217 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	218 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) vive con usted?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: EN 'DIAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MAS AÑOS. SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	220 DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJO ANTERIOR. ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MAS?	221 ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?										
0 1	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PROXIMO HIJO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
0 2	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 3	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 4	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 5	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 6	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 7	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
0 8	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2

SI ES SOLO UN NIÑO VIVO, PASE A PREG. 223.

212 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo etc.) hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y CON UNA LLAVE	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	214 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	215 ¿En qué mes, y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	216 (NOMBRE) ¿esta vivo?	217 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	218 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) vive con usted?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: EN 'DIAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MAS AÑOS. SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	220 DEL AÑO DE NACIMIENTO DE (NOMBRE) RESTE EL AÑO DE NACIMIENTO DEL HIJO ANTERIOR. ¿ES LA DIFERENCIA 4 O MAS?	221 ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
0 9	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
1 0	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
1 1	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
1 2	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
1 3	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
1 4	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	MES. <input type="text"/> AÑO. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	<input type="text"/> EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI.... 1 NO.... 2 (PASE AL SIGUIENTE)	SI.... 1 NO.... 2
222	CALCULE EL INTERVALO PARA EL ULTIMO NACIMIENTO RESTANDO EL AÑO DE NACIMIENTO DEL AÑO DE LA ENTREVISTA. ¿Es la diferencia 4 o más años?							SI..... 1 → PASE A 223 NO..... 2 → PASE A 224	
223	¿Hubo otros nacidos vivos desde el nacimiento de (ULTIMO MACIDO VIVO)?							SI.....1 NO.....2	
224	COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS DE MAS ARRIBA Y MARQUE CON UNA "X": NUMERO ES EL MISMO <input type="checkbox"/> NUMERO ES DIFERENTE <input type="checkbox"/> (INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS) A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI: A) PARA CADA HIJO NACIDO VIVO: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 215) → <input type="text"/> B) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 217) → <input type="text"/> C) PARA CADA HIJO FALLECIDO: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 219) → <input type="text"/> D) PARA HIJOS FALLECIDOS ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 219): SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES → <input type="text"/>								
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 1990 SI NO HUBO NACIMIENTOS, REGISTRE "0"							<input type="text"/>	
226	PARA CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1990, ANOTE UNA 'N' EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "N". REGRESE Y CONTINUE CON 227								

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
227	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 230 NO ESTA SEGURA..... 3 → 230	
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
228A ANOTE "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES DE EMBARAZO.			
229	¿Cuándo quedó embarazada, quería usted quedar embarazada EN ESE ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA tener más hijos?	ENTONCES 1 MAS TARDE..... 2 NO MAS HIJOS..... 3	
230	¿Ha tenido alguna vez un embarazo el cual terminó en un nacido muerto, en una pérdida o en un aborto?	SI..... 1 NO..... 2 → 236	
231	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos, o esa pérdida o aborto?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
232	VEA 231: ULTIMO EMBARAZO TERMINO EN O DESPUES DE ENERO DE 1990 <input type="text"/>	ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1990 <input type="text"/>	236
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó?	MESES..... <input type="text"/>	
233A VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO.			
234	¿Ha tenido algún otro embarazo que terminó en un nacido muerto, en pérdida, o en un aborto?	NACIDO MUERTO..... 1 PERDIDA O ABORTO..... 2 NO..... 3 → 236	
235 VAYA AL CALENDARIO Y PREGUNTE POR FECHA Y DURACION DE OTROS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN NACIDO MUERTO, PERDIDA O ABORTO. ANOTE UNA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES A PARTIR DE ENERO DE 1990.			
236	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla? INDAGUE: (¿El tiempo de la última regla?) SI LE DAN LA FECHA, ANOTE LA Y LUEGO HAGA EL CALCULO DE DIAS, SEMANAS, MESES ETC. FECHA: _____	ESTA MENSTRUANDO..... 0 <input type="text"/> HACE DIAS..... 1 <input type="text"/> HACE SEMANAS..... 2 <input type="text"/> HACE MESES..... 3 <input type="text"/> HACE AÑOS..... 4 <input type="text"/> EN MENOPAUSIA..... 9 9 4 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 9 9 5 NUNCA MENSTRUO..... 9 9 6 NO SABE..... 9 9 8	
237	Entre una regla y otra ¿sabe usted que hay días en los cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI 1 NO 2 → 300 NO SABE..... 8 → 300	
238	¿En cuáles días entre una regla y otra, cree usted que la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada? _____	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 02 EN LA MITAD ENTRE UNA REGLA Y LA OTRA... 03 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA..... 04 EN CUALQUIER MOMENTO 05 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

SECCION 3: ANTICONCEPCION

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE AL PREGUNTAR 301. PARA CADA METODO NO MENCIONADO PREGUNTE 302 Y LEA EL NOMBRE DEL METODO Y LA DESCRIPCION, SI ES NECESARIO. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO; EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDE. LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

300			
Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para cuidarse y demorar o evitar un embarazo			
301. ¿Que métodos conoce Ud. o de cuales ha escuchado hablar?		302	303
INDAGUE: ¿Algún otro método?		¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	¿Ha usado Ud. alguna vez o está usando (METODO)?
	SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO CONOCE
01. PASTILLAS, PILDORAS Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.	1	2	3
02. DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una T de cobre con un médico o una enfermera	1	2	3
03. INYECCION Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazada.	1	2	3
04. NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 6 pílulas pequeñas los cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años	1	2	3
05. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3
06. PRESERVATIVO (CONDON) Los hombres pueden usar un preservativo (jebe, condón) durante las relaciones sexuales	1	2	3
07. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS-OPERACION) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2	3
08. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA-OPERACION) Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2	3
09. RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MUCOSA CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA La parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse	1	2	3
10. RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1	2	3
11. OTROS METODOS Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método?	1		3
SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO		ESPECIFIQUE	
304		308	
NI UN SOLO "SI" EN 303 (MUNCA HA USADO)		POR LO MENOS UN "SI" EN 303 (ALGUNA VEZ HA USADO)	
305	¿Alguna vez usted o su esposo/compañero, han usado algo o hecho algo para que no quede embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada)?		307
	SI.....	NO.....	1 2
306	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
306A	PASE A 332		
307	Qué ha usado o qué ha hecho?		
307A	CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).		

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
308	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted usó un método o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada).</p> <p>¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar o demorar quedar embarazada?</p> <p>_____</p>	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 NORPLANT (IMPLANTES).....04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS.....05 PRESERVATIVO (CONDON).....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO).....09 RETIRO.....10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
308A	¿Estuvo satisfecha (contenta) con el primer método que usó?	SI.....1 NO.....2 INDIFERENTE.....3 NO RECUERDA.....4	
309	¿Cuántos hijos tenía ud. cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE "00".	NUMERO DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	VEA 303: LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	313A
311	VEA 227: NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	326
312	¿Actualmente está usted o su marido (compañero) usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	SI 1 NO..... 2 → 326	
312A	¿Están satisfechos (contentos) los dos con el método que están usando actualmente, o sólo uno de ustedes está satisfecho? (INDAGUE SI ES NECESARIO QUIEN ESTA SATISFECHO)	LOS DOS SATISFECHOS..... 01 LOS DOS INSATISFECHOS..... 02 SOLO EL SATISFECHO..... 03 SOLO ELLA SATISFECHA..... 04 INDIFERENTES LOS DOS..... 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
313	¿Qué método está(n) usando? ¿Qué está(n) haciendo para que usted no quede embarazada? TEXTUALMENTE: _____ _____ _____ 313A PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE EL "07"	PILDORA..... 01 DIU..... 02 → 325 INYECCIONES 03 → 325 NORPLANT (IMPLANTES) 04 → 325 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 05 → 325 PRESERVATIVO (CONDON)..... 06 → 325 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 316B ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 → 316B ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO)..... 09 → 324 RETIRO..... 10 → 325 OTRO _____ 96 → 325 (ESPECIFIQUE)	
314	¿Puede mostrarme las píldoras (la caja/la tira/el sobre) que está usando actualmente? SI MOSTRO LA CAJA, CIRCULE "1" ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA Y PASE A 316.	MOSTRO LAS PILDORAS..... 1 NOMBRE DE LA MARCA: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> → 316 NO PUDO MOSTRARLAS..... 2	
315	¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente? ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA (O MUESTRE LA FOTO)	NOMBRE DE LA MARCA: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A									
316	¿Cuánto le cuesta una caja (tira/sobre) de píldoras?	COSTO CAJA 1 TIRA/SOBRE 2 GRATIS..... 9 NO SABE..... 9 <table border="1" data-bbox="1133 155 1219 296"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr> </table>				9	9	6	9	9	8	
9	9	6										
9	9	8										
316A	¿Consultó usted con un médico antes de empezar a usarlas?	SI.....1 NO.....2	→325									
316B	¿Dónde tuvo lugar la operación de esterilización? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO (M.S.P.A.S.) 11 HOSPITAL PRIVADO 21 CLINICA PRIVADA 22 CLINICA APROFAM..... 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98										
317 VEA 313: SI EL HOMBRE ESTA ESTERILIZADO PASE A 319B.												
317A	¿Conversó usted con su esposo/marido la idea de esterilizarse (prepararse)? Si, es SI, ¿Quién inició la conversación del tema?	SI, ESPOSA INICIO.....1 SI, ESPOSO INICIO.....2 NO.....3	→317C									
317B	¿Cuál fue la reacción de su esposo/marido acerca de la idea de esterilizarse (prepararse)? _____ RESPUESTA TEXTUAL	DE APOYO DESDE COMIENZO.....01 INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO.....02 NEUTRAL.....03 OPUESTO.....04 NO SABE.....08 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)										
317C	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo? Si la respuesta es SI pregunta: ¿Fue éste un parto por cesárea?	SI, PARTO POR CESAREA.....1 SI, PARTO NORMAL.....2 NO.....3										
317D	¿Cree usted que la esterilización (operación) impide la posibilidad de tener más hijos?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→317F									
317E	¿Por qué cree usted que podrá tener más hijos? _____ RESPUESTA TEXTUAL	ESTERILIZACION ES REVERSIBLE.....01 ESTERILIZACION PUEDE FALLAR.....02 HA ESCUCHADO RUMORES QUE MUJERES ESTERILIZADAS PUEDEN EMBARAZARSE.....03 CONOCE MUJERES QUE SE HAN EMBARAZADO DESPUES DE ESTERILIZADAS.....04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98										
317F	¿Tal y como están las cosas ahora, está satisfecha con la decisión de haberse esterilizado (preparado)?	SI1 NO.....2	→317H									
317G	¿Por qué no está usted satisfecha? _____ RESPUESTA TEXTUAL	QUIERE TENER MAS HIJOS.....01 ESPOSO QUIERE TENER MAS HIJOS.....02 RAZONES DE SALUD ASOCIADAS CON OPERACION...03 CAMBIO EN EL ESTADO MARITAL.....04 OPERACION FALLO.....05 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)										
317H	Dada la situación actual, si tuviera que elegir de nuevo, ¿cree que usted tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2										
318	¿Se arrepiente usted de haberse operado para no tener mas hijos?	SI.....1 NO.....2	→319A									

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A								
319	¿Por qué se arrepiente? (se arrepintió)	MUJER QUIERE OTRO HIJO 01 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO 02 EFECTOS SECUNDARIOS 03 HIJO HA MUERTO 04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)									
319A	¿Le recomendaría la esterilización femenina (la operación) a un familiar o amigo?	SI.....1 NO.....2	→320								
319B	Dadas las presentes circunstancias, si tuviera que elegir de nuevo, cree que su esposo tomaría la misma decisión de hacerse operar para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2									
319C	¿Lamenta usted que su esposo/marido se haya operado para no tener (más) hijos?	SI.....1 NO.....2	→320								
319D	¿Por qué lo lamenta?	MUJER QUIERE OTRO HIJO.....01 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO.....02 EFECTOS SECUNDARIOS.....03 HIJO HA MUERTO.....04 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)									
320	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?	MES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
320A	¿Qué edad tenía cuando fue operada(o)?	EDAD A LA QUE FUE OPERADA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
321	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION DE LA PREGUNTA 313 EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O HASTA ENERO DE 1990.										
321A	<p>VEA 320:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 330B</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>ESTERILIZADA EN/O DESPUES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 326</p> </td> </tr> </table>			<p>ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 330B</p>	<p>ESTERILIZADA EN/O DESPUES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 326</p>						
<p>ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 330B</p>	<p>ESTERILIZADA EN/O DESPUES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 326</p>										
324	¿Cómo calcula usted en que días no puede tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CALENDARIO/CUENTA DIAS 01 TEMPERATURA DEL CUERPO 02 MOCO CERVICAL/(BILLINGS) 03 TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL 04 NO METODO ESPECIFICO 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)									
325	<p>VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 313 EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método?</p>										
326	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años, durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para demorar o evitar que usted quede embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1990. LA COLUMNA 1 DEBE QUEDAR SIN MESES EN BLANCO.</p> <p>USE LOS NOMBRE DE HIJOS(A), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2, ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES CORRESPONDIENTE AL ULTIMO MES DE USO, PARA CADA PERIODO DE USO.</p> <p>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 1 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 2.</p> <p>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE ACCIDENTAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 1: ¿Cuándo fué la última vez que usó un método? ¿Qué método era ése? ¿Cuándo comenzó a usar ése método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Cuánto tiempo usó entonces el método?</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS, COLUMNA 2: ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</p> <p>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</p>										

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A																									
328	<p>VEA 313: SI LA PREGUNTA 313 NO SE HIZO, CIRCULE "00" (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON)</p> <p>SI LA PREGUNTA 313 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.</p>	<p>NO SE PREGUNTO 313 00 → 332</p> <p>PILDORA 01</p> <p>DIU 02</p> <p>INYECCIONES 03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS 05</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA 07 → 330B</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA 08 → 330B</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) 09 → 333</p> <p>RETIRO 10 → 333</p> <p>OTRO _____ 96 → 333 (ESPECIFIQUE)</p>																										
329	<p>¿Dónde consiguió (EL METODO) la última vez?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO (M.S.P.A.S)..... 11</p> <p>CENTRO DE SALUD (M.S.P.A.S)..... 12</p> <p>PUESTO DE SALUD (M.S.P.A.S)..... 13</p> <p>IGSS 14</p> <p>PROMOTOR DE SALUD 15</p> <p>DISTRIBUID COMUNITARIA APROFAM..... 16</p> <p>HOSPITAL PRIVADO 21</p> <p>CLINICA PRIVADA 22</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 23</p> <p>APROFAM 24</p> <p>FARMACIA..... 25</p> <p>OTRO PRIVADO _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... 31</p> <p>OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>																										
329A	<p>¿Con respecto a (METODO) cuánto se ha gastado durante el último año en la compra del método, en consultas, en exámenes complementarios (de laboratorio), en otros gastos relacionados con el método?</p> <p>SI NO SE ACUERDA CUANTO PAGO POR ITEM, PIDALE QUE ESTIME EL TOTAL PAGADO.</p>	<p>POR COMPRA DEL METODO...1</p> <p>POR CONSULTAS.....2</p> <p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS.3</p> <p>OTROS GASTOS.....4</p> <p>TOTAL PAGADO.....5</p> <table border="1" data-bbox="1068 1142 1195 1318"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																										
329B	<p>¿Quién le atendió en ese lugar?</p>	<p>MEDICO..... 01</p> <p>ENFERMERA GRADUADA..... 02</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERIA..... 03</p> <p>E.P.S/R DE MEDICINA..... 04</p> <p>FARMACEUTICO..... 05</p> <p>VOLUNTARIO/PROMOTOR..... 06</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>																										
329C	<p>¿Le dieron recomendaciones para el uso de ese método?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO RECUERDA.....8</p>																										
329D	<p>¿Quedó satisfecha y/o contenta por la forma como fue atendida?</p>	<p>SATISFECHA.....1</p> <p>INSATISFECHA.....2</p> <p>INDIFERENTE.....3</p>																										
330A	<p>¿Sabe de algún otro lugar en donde hubiera podido obtenerlo (METODO)?</p>	<p>SI.....1 → 331</p> <p>NO.....2 → 335</p>																										

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
330B	¿Al momento de la operación, sabía usted de algún otro lugar en donde podría haberse hecho operar?	SI..... 1 NO..... 2	→335
331	<p>La gente selecciona el lugar para obtener servicios de planificación familiar por diferentes razones.</p> <p>En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA COLUMNA DE RESPUESTAS.</p> <p>_____</p>	MAS CERCANO A LA CASA 11 CERCANO AL MERCADO/TRABAJO 12 TRANSPORTE DISPONIBLE 13 PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE 21 INSTALACIONES MAS LIMPIAS 22 OFRECE MEJOR PRIVACIDAD 23 MENOR TIEMPO DE ESPERA 24 HORAS PROLONGADAS DE ATENCION 25 PUEDE USAR OTROS SERVICIO AHI 26 MENOR COSTO 31 QUERIA ANONIMIDAD 41 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
331A PASE A 335			
332	<p>¿Cuál es la principal razón por la cual usted no está usando un método de anticoncepción?</p> <p>ESCRIBA AQUI TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y LUEGO CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA COLUMNA.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	NO ESTA CASADA O UNIDA..... 11 HISTERECTOMIZADA..... 14 →401 NO TIENE RELACIONES..... 21 SEXO INFRECUENTE..... 22 MENOPAUSICA..... 23 →401 SUBFERTIL/INFERTIL..... 24 POSTPARTO/LACTANCIA..... 25 DESEA MAS HIJOS..... 26 ESTA EMBARAZADA..... 27 OPOSICION DE ELLA..... 31 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS..... 33 POR RAZONES RELIGIOSAS..... 34 NO CONOCE METODO..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 LEJANIA..... 53 MUY COSTOSO..... 54 INCONVENIENTE PARA USAR..... 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO..... 56 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
333	¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	→335

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
336	¿Ha ido a una institución de salud en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 → 338	
337	¿Alguien en la institución que usted visitó le habló sobre métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
338	¿Cree que la lactancia materna afecta la posibilidad de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 401 NO SABE..... 8 → 401	
338A	¿Cree usted que la lactancia aumenta o disminuye las posibilidades de quedar embarazada?	AUMENTA POSIBILIDAD..... 1 → 401 DISMINUYE POSIBILIDAD..... 2 NO AFECTA LA POSIBILIDAD..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	
339	VEA 210: UNO O MAS HIJOS: <input type="checkbox"/>	SIN HIJOS: <input type="checkbox"/> → 401	
340	¿Usted ha utilizado alguna vez la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	
341	VEA 311 Y 313: NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA O NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EMBARAZADA O ESTERILIZADA → 401	
342	¿Está usted utilizando en la actualidad la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	VEA 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1990 O SIN HIJOS <input type="checkbox"/>	
467			
402 ANOTE EN 403 EN CADA COLUMNA, EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1990. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO. SI HAY MAS NACIDOS, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES. ANOTE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO.			
403 VEA 212 PARA:			
NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/>	
404 DE LA PREGUNTA 216 →			
	VIV <input type="checkbox"/> MUERT <input type="checkbox"/>	VIV <input type="checkbox"/> MUERT <input type="checkbox"/>	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. (Hablabamos por turno, sobre cada niño).			
405	¿Cuándo usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería quedar embarazada ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 (PASE A 407) ← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 (PASE A 407) ← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
407	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE), fue al control de su embarazo con alguien? (control prenatal, atención prenatal)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409A) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409A) ←
407A	¿Con quién fue? ¿Fue con alguien más? SONDEE PARA AVERIGUAR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE PERSONAS QUE VID.	DOCTOR A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	DOCTOR A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)
407B	¿A donde fue a control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)? SI MENCIONO MAS DE UN LUGAR MARQUE CADA LUGAR MENCIONADO Y PREGUNTE: ¿Cuál fue el lugar más frecuentado? →	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) CODIGO → <input type="text"/>	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) CODIGO → <input type="text"/>
407C	¿Cuánto tiempo se demora en llegar, en carro, al lugar más frecuentado?	HORAS.....1 <input type="text"/> MINUTOS.....2 <input type="text"/> OTRO.....9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....9 <input type="text"/> <input type="text"/>	HORAS.....1 <input type="text"/> MINUTOS.....2 <input type="text"/> OTRO.....9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....9 <input type="text"/> <input type="text"/>
407D	¿Durante una visita típica a este lugar cuanto tiempo tuvo que esperar para que le dieran consulta?	HORAS.....1 <input type="text"/> MINUTOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....9 <input type="text"/> <input type="text"/>	HORAS.....1 <input type="text"/> MINUTOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....9 <input type="text"/> <input type="text"/>

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____																																																
407E	¿Cuánto pagó usted (u otra persona) directamente en total por transporte, consulta, medicinas y exámenes para el control del embarazo de (NOMBRE)? ANOTE "0" SI NO PAGO NADA. SI NO SE ACUERDA CUANTO PAGO POR ITEM, ESTIME EL TOTAL PAGADO.	TRANSPORTE.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> CONSULTAS.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> MEDICINAS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> OTROS MEDICAMEN...4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> EXAMENES COMPLE...5 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TOTAL.....6 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																	
407F	¿Estaba usted afiliada (o era beneficiaria) al IGSS u otro tipo de seguro médico durante el embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																
408	¿Cuántos semanas de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control prenatal de (NOMBRE) por primera vez? LOS MESES QUE LE DIGAN MULTIPLIQUELOS POR 4 Y ESA CANTIDAD ANOTE.	SEMANAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98			SEMANAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98																																														
409	¿Cuántas visitas de control prenatal tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)? (CONTROL PRENATAL= CONTROL DEL EMBARAZO= ATENCION PRENATAL)	NUMERO DE VISITAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98 (PASE A 410) ←			NUMERO DE VISITAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98 (PASE A 410) ←																																														
409A	¿Por que razón no vio a alguien para el control del embarazo de (NOMBRE)?	DISTANCIA AL LUGAR CONSULTA... 01 CONTROLES EN SU CASA..... 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION.. 05 INSTITUCION ESTABA CERRADA..... 06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR DE CONSULTA.. 01 CONTROLES EN SU CASA..... 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION... 05 INSTITUCION ESTABA CERRADA..... 06 LA FAMILIA NO LE PERMITIO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																
410	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), le colocaron una inyección en el brazo para que el niño no tenga tetanos (convulsiones después de nacido)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8																																																
411	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo?	NUMERO DE VECES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> NO SABE..... 8		NUMERO DE VECES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> NO SABE..... 8																																															
412	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS).....11 CENTRO DE SALUD (MSPAS).....12 PUESTO DE SALUD (MSPAS).....13 IGSS.....14 HOSPITAL O CENTRO PRIVADO.....21 EN CASA DE _____ 23 (ESPECIFIQUE) EN SU CASA.....31 (PASE A 413) ← OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS).....11 CENTRO DE SALUD (MSPAS).....12 PUESTO DE SALUD (MSPAS).....13 IGSS.....14 HOSPITAL O CENTRO PRIVADO.....21 EN CASA DE _____ 23 (ESPECIFIQUE) EN SU CASA.....31 (PASE A 413) ← OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																
412A	¿Cuánto tiempo se demora en llegar, en carro, al lugar donde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HORAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> OTRO..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>6</td></tr></table> NO SABE..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	6	9	8	HORAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> OTRO..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>6</td></tr></table> NO SABE..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	6	9	8																																
9	6																																																		
9	8																																																		
9	6																																																		
9	8																																																		
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE. SONDEE LA ESPECIFICACION DE LA COMADRONA "CAT O EMPIRICA (NO ADIESTRADA)".	DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y																																																

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____																																																																																																																																																																																																				
413A	¿Cuanto pagó usted (u otra persona) directamente <u>en total</u> por transporte, parto, medicinas, exámenes y el hospital para el parto de (NOMBRE)? ANOTE "00000" SI NO PAGO NADA. SI NO SE ACUERDA CUANTO PAGO POR ITEM, ESTIME EL TOTAL PAGADO.	TRANSPORTE..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PARTO.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> MEDICINAS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ESTADIA HOS/CS...4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> EXAMENES COMPLE..5 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> OTROS GASTOS.....6 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TOTAL.....7 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																					
413B	¿Estaba usted afiliada (beneficiaria) al IGSS u otro tipo de seguro médico durante el parto de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																																				
414	¿Durante el parto de (NOMBRE), USTED recuerda si tuvo lo siguiente?																																																																																																																																																																																																						
414A	¿Parto (prolongado con las contracciones o dolores de parto fuertes y regulares que duran 12 horas o más?	PARTO PROLONGADO 12 + HORAS..... 1 PARTO MENOS DE 12 HORAS 2	PARTO PROLONGADO 12 + HORAS..... 1 PARTO MENOS DE 12 HORAS 2																																																																																																																																																																																																				
414B	¿Hemorragia vaginal MAS abundante que la normal que hay después del parto?	CON HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 1 SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 2	CON HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 1 SIN HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 2																																																																																																																																																																																																				
414C	¿Fiebre alta y secreción vaginal con mal olor?	CON FIEBRE Y SECRECION..... 1 SIN FIEBRE Y SECRECION..... 2	CON FIEBRE Y SECRECION..... 1 SIN FIEBRE Y SECRECION..... 2																																																																																																																																																																																																				
414D	¿Convulsiones o ataques con o sin desmayo?	CON CONVULSIONES 1 SIN CONVULSIONES 2	CON CONVULSIONES 1 SIN CONVULSIONES 2																																																																																																																																																																																																				
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre)	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																																				
416	¿Cuando (NOMBRE) nació, era él/ella: MAS GRANDE que el promedio (lo normal) PROMEDIO (lo normal), MAS PEQUEÑO que el promedio (lo normal) o MUY PEQUEÑO?	MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 1 PROMEDIO (LO NORMAL)..... 2 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 3 MUY PEQUEÑO..... 4 NO SABE..... 8	MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 1 PROMEDIO (LO NORMAL)..... 2 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 3 MUY PEQUEÑO..... 4 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																																				
417	¿Fue pesado (NOMBRE) cuando nació?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 419) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 420) ←																																																																																																																																																																																																				
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? COPIE EL PESO DEL CARNET DE SALUD SI LA MADRE SE LO PUEDE MOSTRAR.	LBS S/N CARNET... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> LBS S/N MADRE.... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	9	9	8	LBS S/N CARNET... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> LBS S/N MADRE.... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	9	9	8																																																																																																																																																																																
9	9	9	8																																																																																																																																																																																																				
9	9	9	8																																																																																																																																																																																																				
419	¿Le volvió su menstruación desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 421) ← (PASE A 422) ←																																																																																																																																																																																																					
420	¿Le volvió su menstruación entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424) ←																																																																																																																																																																																																				
421	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación?)	MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98			MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98 (PASE A 424) ←																																																																																																																																																																																																		
422	VEA 227: LA MUJER "NO" ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	LA MUJER SI ESTA EMBARAZADA O INSEGURA: <input type="checkbox"/>	424																																																																																																																																																																																																				
423	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425) ←																																																																																																																																																																																																					
424	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA..... 98			MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE/NO RECUERDA..... 98																																																																																																																																																																																																		

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
425	¿Le dió pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431) ←			
426	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS. SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS. DE OTRA MANERA, ANOTE DÍAS	INMEDIATAMENTE..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 1 <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/>
427	VEA 404: ESTA VIVO EL NIÑO:	ESTA VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)	ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)	ESTA VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)	ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 429)
428	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 432) ←			
429	¿Por cuantos meses le dió sólo pecho a..... ... (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98			
429A	¿Cuántos meses le dió pecho y otros alimentos tales como la leche artificial, atoles, o jugos de frutas, etc?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98			
430	¿Por qué dejó de darle de mamar a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 DEBIA TRABAJAR..... 06 NIÑO NO QUERIA..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 POR CONSEJOS MEDICOS..... 11 POR ESTETICA..... 12 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 DEBIA TRABAJAR..... 06 NIÑO NO QUERIA..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 POR CONSEJOS MEDICOS..... 11 POR ESTETICA..... 12 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 DEBIA TRABAJAR..... 06 NIÑO NO QUERIA..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 POR CONSEJOS MEDICOS..... 11 POR ESTETICA..... 12 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 DEBIA TRABAJAR..... 06 NIÑO NO QUERIA..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 POR CONSEJOS MEDICOS..... 11 POR ESTETICA..... 12 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)
431	VEA 404: ANOTE SI: ¿ESTA VIVO O MUERTO EL NIÑO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434)	MUERTO <input type="checkbox"/> → (REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 442)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434)	MUERTO <input type="checkbox"/> → (REGRESE A 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 442)
432	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>
433	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO)	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>
434	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una pacha anoche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO			PENULTIMO NACIDO VIVO				
		NOMBRE _____			NOMBRE _____				
435	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?: Agua sola? Agua azucarada? Jugo? Atoles? Fórmula para bebé Leche diluída o en polvo? Leche fresca? (VACA) Otros líquidos? Alimento preparado de CEREAL, MOSH, ARROZ, INCAPARINA? Alimento preparado de verduras/frutas. Huevo, pescado, pollo? Carne? Otro alimento sólido o semisólido?	SI	NO	NS	SI	NO	NS		
		AGUA SOLA.....	1	2	8	AGUA SOLA.....	1	2	8
		AGUA AZUCARADA.....	1	2	8	AGUA AZUCARADA.....	1	2	8
		JUGO.....	1	2	8	JUGO.....	1	2	8
		ATOLE.....	1	2	8	ATOLE.....	1	2	8
		FORMULA PARA BEBE.....	1	2	8	FORMULA PARA BEBE.....	1	2	8
		LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8	LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8
		LECHE FRESCA.....	1	2	8	LECHE FRESCA.....	1	2	8
		OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8	OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8
		PREPARACION DE CEREAL...	1	2	8	PREPARACION DE CEREAL...	1	2	8
		PREPARACION DE VERDURAS.	1	2	8	PREPARACION DE VERDURAS.	1	2	8
		HUEVO/PESCADO/POLLO.....	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO.....	1	2	8
		CARNE.....	1	2	8	CARNE.....	1	2	8
		OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8
436	VEA 435: REVISE LAS RESPUESTAS DE LA LISTA.	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/>	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/>				
437	VEA 428:	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/>	YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/>	YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)				
438	¿Recibió (NOMBRE) algo de beber o comer, diferente de la leche materna, ayer durante el día o por la noche?	SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... 1 NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 441) ←			SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... 1 NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 441) ←				
439	¿Cuántas veces comió (NOMBRE) durante el día de ayer incluyendo comidas y complementos? SI 7 O MAS VECES ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8			NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8				
440	¿Durante cuantos días en los últimos siete (NOMBRE) recibió lo siguiente: ¿Agua? ¿Leche diferente de la leche materna? ¿Otros líquidos? ¿Preparación de CEREAL, MOSH, ARROZ, INCAPARINA? ¿Preparación de verduras, fruta? ¿Huevo, pescado, pollo? ¿Carne? ¿Otros alimentos sólidos o semisólidos?	(ANOTE EL NUMERO DE DIAS) AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/> LECHE..... <input type="checkbox"/> OTROS LIQUIDOS..... <input type="checkbox"/> PREPARACION DE CEREAL..... <input type="checkbox"/> PREPARAC. DE VERDURAS/FRUTA... <input type="checkbox"/> HUEVOS/PESCADO/POLLO..... <input type="checkbox"/> CARNE..... <input type="checkbox"/> OTROS SOLIDOS/SEMISOLIDOS..... <input type="checkbox"/>			(ANOTE EL NUMERO DE DIAS) AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/> LECHE..... <input type="checkbox"/> OTROS LIQUIDOS..... <input type="checkbox"/> PREPARACION DE CEREAL..... <input type="checkbox"/> PREPARAC. DE VERDURAS/FRUTA... <input type="checkbox"/> HUEVOS/PESCADO/POLLO..... <input type="checkbox"/> CARNE..... <input type="checkbox"/> OTROS SOLIDOS/SEMISOLIDOS..... <input type="checkbox"/>				
441		REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 442.			REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 442.				

SECCION 4B. VACUNACION Y SALUD

442 ANOTE EN 443 Y 444, DE LAS PREGUNTAS 403 Y 404, EL NUMERO DE LINEA, NOMBRE Y ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1990 EMPEZANDO POR EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE 3 NACIMIENTOS, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).																																																																																			
443	VEA 403 PARA: NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																																																																																
444	DE LA PREGUNTA 404 →	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 467)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 467)																																																																																
446	¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual están registradas las vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla, por favor?	SI, FUE VISTA.....1 (PASE A 448) ← SI, NO FUE VISTA.....2 (PASE A 449) ← NO HAY TARJETA.....3	SI, FUE VISTA.....1 (PASE A 448) ← SI, NO FUE VISTA.....2 (PASE A 449) ← NO HAY TARJETA.....3																																																																																
447	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 449) ← NO.....2	SI.....1 (PASE A 449) ← NO.....2																																																																																
448	COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS PARA CADA VACUNACION. ANOTE '98' SI FALTA EL DIA, MES Y/O AÑO. SI HAY INDICACION EN LA TARJETA QUE SE PUSO LA VACUNA PERO NO HAY FECHA, ANOTE '44' EN LA CASILLA PARA 'DIA'.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	P0				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA				BCG				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	P0				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA				BCG			
	DIA	MES	AÑO																																																																																
P0																																																																																			
P1																																																																																			
P2																																																																																			
P3																																																																																			
D1																																																																																			
D2																																																																																			
D3																																																																																			
SA																																																																																			
BCG																																																																																			
	DIA	MES	AÑO																																																																																
P0																																																																																			
P1																																																																																			
P2																																																																																			
P3																																																																																			
D1																																																																																			
D2																																																																																			
D3																																																																																			
SA																																																																																			
BCG																																																																																			
448A	¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no están registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT1-3, POLIO AL NACER, POLIO 1-3, Y/O SARAMPION	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA 'DIA' EN LA PREGUNTA 448) ← NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA 'DIA' EN LA PREGUNTA 448). ← NO.....2 NO SABE.....8																																																																																
448B (PASE A 451)			(PASE A 451)																																																																																
449	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vez alguna vacuna para prevenirle enfermedades? ¿Ha vacunado alguna vez a su hijo?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 451) ←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 451) ←																																																																																
450	Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas:	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																
450A	BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el hombro que deja una cicatriz?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																
450B	¿Recibí (NOMBRE) una vacuna contra la Polio, administrada mediante gotas en la boca?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 450E) ←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 450E) ←																																																																																
450C	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>																																																																																
450D	¿La primera vacuna contra la Polio fue dada justo al nacer o más tarde?	AL HACER.....1 MAS TARDE.....2	AL HACER.....1 MAS TARDE.....2																																																																																
450E	¿Recibí (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 450G) ←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 450G) ←																																																																																
450F	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>																																																																																
450G	¿Recibí (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO																																																									
		NOMBRE		NOMBRE																																																									
451	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con FIEBRE, en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																									
452	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con TOS, o resfriado en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←																																																									
453	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la TOS, o resfriado, se fijo si respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																									
453A	¿Cuando (nombre) estaba enfermo de la tos, le dió a tomar lo mismo de líquidos, mas líquidos, o menos líquidos como cuando no esta enfermo de la tos?	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8		LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8																																																									
454	¿Buscó consejo o tratamiento para la TOS o resfriado?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455E) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455E) ←																																																									
455	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la TOS o resfriado? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA) ¿Algún otro sitio o persona?	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA..... Y (ESPECIFIQUE)		HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA..... Y (ESPECIFIQUE)																																																									
455A	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar, (en carro) al lugar donde fué para el tratamiento de la tos de (NOMBRE)?	HORAS..... 1 MINUTOS..... 2 OTRO TRANSPORTE..... 9 NO SABE..... 9	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	6	9	8	HORAS..... 1 MINUTOS..... 2 OTRO TRANSPORTE..... 9 NO SABE..... 9	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>					9	6	9	8																																								
9	6																																																												
9	8																																																												
9	6																																																												
9	8																																																												
455B	¿Con quien consultó para el tratamiento de la tos o resfriado de (NOMBRE)? ¿Alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS.	DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y		DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPIRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y																																																									
455C	¿Cuanto pagó usted (u otra persona) directamente en total por transporte, consulta, medicinas y exámenes relacionados con la enfermedad de (NOMBRE)? ANOTE "0" SI NO PAGO NADA. SI NO SE ACUERDA CUANTO PAGO POR ITEM, ESTIME EL TOTAL PAGADO.	TRANSPORTE..... 1 CONSULTA..... 2 MEDICINAS..... 3 ESTADIA HOS/CS... 4 EXAMENES COMPLE. 5 OTROS GASTOS..... 6 TOTAL..... 7	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													TRANSPORTE..... 1 CONSULTA..... 2 MEDICINAS..... 3 ESTADIA HOS/CS... 4 EXAMENES COMPLE. 5 OTROS GASTOS..... 6 TOTAL..... 7	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
455D	¿Estaba usted afiliada (beneficiaria) al IGSS u otro tipo de seguro médico durante la enfermedad de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2
455E	¿Por que razón no consultó para el tratamiento de la enfermedad de (NOMBRE)?	DISTANCIA AL LUGAR CONSULTA... 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION.. 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT.. 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO.. _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR DE CONSULTA.. 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION.. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION... 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT... 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO.. _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR DE CONSULTA.. 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION.. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION... 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT... 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO.. _____ 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR DE CONSULTA.. 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION.. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION... 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT... 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO.. _____ 96 (ESPECIFIQUE)
456	¿Ha tenido (NOMBRE) ASIENTOS durante las últimas dos semanas?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8
457	¿Había sangre en los asientos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
458	¿En el peor día de los asientos, cuantas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	No. DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98			
459	¿Le dio a tomar la MISMA CANTIDAD de líquidos, MAS LIQUIDOS, o MENOS LIQUIDOS como cuando no estaba enfermo de los asientos?	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8
460	¿Le dio de comer la MISMA CANTIDAD de sólidos, MAS SOLIDOS o MENOS SOLIDOS como cuando no tenía asientos o no estaba enfermo?	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8
461	¿Buscó consejo o tratamiento para los ASIENTOS?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 465E)←			
462	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para los asientos? ¿Algún otro sitio o persona? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA)	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA _____ Y (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO FAMILIAR..... K OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA _____ Y (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO FAMILIAR..... K OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA _____ Y (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO (MSPAS)..... A CENTRO DE SALUD (MSPAS)..... B PUESTO DE SALUD (MSPAS)..... C IGSS..... D APROFAM..... E PROMOTOR DE SALUD..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G MEDICO PARTICULAR..... H FARMACIA..... I CURANDERO..... J AMIGO FAMILIAR..... K OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA _____ Y (ESPECIFIQUE)
463	¿Le dieron a (NOMBRE) sales de rehidratación oral (SRO) cuando él/ella tuvo asientos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
464	¿Le dieron algo (más) para tratarle los asientos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←
465	¿Qué más le dieron para los asientos? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/ HIERBAS..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/HIERBAS..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
465A	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar, en carro, al lugar donde fué para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)?	HORAS..... 1 MINUTOS..... 2 OTRO..... 9 NO SABE..... 9 9 6 9 8	HORAS..... 1 MINUTOS..... 2 OTRO..... 9 NO SABE..... 9 9 6 9 8
465B	¿Con quién consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)? ¿Alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS.	DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPÍRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	DOCTOR..... A ENFERMERA..... B COMADRONA CAT..... C COMADRONA EMPÍRICA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
465C	¿Cuánto pagó usted (u otra persona) directamente <u>en total</u> por transporte, consulta, medicinas y exámenes relacionados con el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)? ANOTE "0" SI NO PAGO NADA. SI NO SE ACUERDA CUANTO PAGO POR ITEM, ESTIME EL TOTAL PAGADO.	TRANSPORTE.....1 CONSULTA.....2 MEDICINAS.....3 ESTADIA HOS/CS...4 EXAMENES COMPLE..5 OTROS GASTOS....6 TOTAL.....7	TRANSPORTE.....1 CONSULTA.....2 MEDICINAS.....3 ESTADIA HOS/CS...4 EXAMENES COMPLE..5 OTROS GASTOS....6 TOTAL.....7
465D	¿Estaba usted afiliada al IGSS u otro tipo de seguro médico durante los asientos de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 466) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 466) ←
465E	¿Por qué razón no consultó para el tratamiento de los asientos de (NOMBRE)?	DISTANCIA AL LUGAR CONSULTA... 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION.. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION.. 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT.. 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO... 96 (ESPECIFIQUE)	DISTANCIA AL LUGAR DE CONSULTA.. 01 ENFERMEDAD LEVE/AUTOMEDICACION.. 02 FALTA DE CONFIANZA..... 03 CREE QUE LA ATENCION ES MALA... 04 LARGA ESPERA PARA LA ATENCION.. 05 NO HAY MEDICAMENTOS EN INSTIT... 06 FALTA DE DINERO/TIEMPO..... 07 COSTO DE LA ATENCION..... 08 OTRO... 96 (ESPECIFIQUE)
466		REGRESE A LA PREGUNTA 444 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 467	REGRESE A LA PREGUNTA 444 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 467

SECCION 5. NUPCIALIDAD

N*	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	OBSERVE Y ANOTE SI HAY PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO.	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... SI NO 1 2 ESPOSO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
Ahora quiero que hablemos sobre otro tema importante, es acerca de su vida como mujer.			
502	¿Está usted casada o unida ahora?	CASADA..... 1 → 507 UNIDA..... 2 → 507 NO ESTA EN UNION..... 3	
503	¿Tiene usted actualmente una persona con la cual usted mantiene relaciones sexuales en forma regular, en forma ocasional, o no tiene a nadie?	SI EN FORMA REGULAR..... 1 SI, OCASIONALMENTE..... 2 NO TIENE..... 3	
504	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre?	SI, ANTERIORMENTE CASADA..... 1 → 506 SI, ANTERIORMENTE EN UNION..... 2 → 511 NO..... 3	
505	MARQUE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES HASTA EERO DE 1990.		
505A	PASE A 515		
506	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?	VIUDA..... 1 → 511 DIVORCIADA..... 2 → 511 SEPARADA..... 3 → 511	
507	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2 ESPOSO DESAPARECIDO..... 3	
511	¿Ha estado usted casada o unida solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	
512	VEA 511: CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <input type="checkbox"/> CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir usted con su PRIMER esposo/compañero?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> → 514 NO SABE AÑO..... 98	
513	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	DETERMINE EL NUMERO DE MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 1990. MARQUE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADD CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1990. PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS O QUE TENGAN MAS DE UNA UNION: INDAQUE POR LA FECHA EN LA CUAL LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION POSTERIOR.		
Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad.			
515	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales, si es que tuvo?	NUNCA..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> → 608 HACE DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> HACE AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> 6	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	VEA 313: NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO	613
602	VEA 227: Ahora quiero que platiquemos acerca de su vida pero en lo que piensa para el futuro. NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> ¿Quisiera usted tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del hijo que está esperando, ¿quisiera usted tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 NO MAS/NINGUNO..... 2 → 606 QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 606 INDECISA O NO SABE..... 8 → 604	
603	VEA LA PREGUNTA ANTERIOR: NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 PRONTO/AHORA..... 9 9 3 → 606 QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 9 9 4 → 606 DESPUES DE CASARSE..... 9 9 5 OTRO _____ 9 9 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 9 9 8	
604	VEA LA PREGUNTA 603: NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ESTA EMBARAZADA	607
605	Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Se sentiría contenta, triste, o no le importaría?	CONTENTA..... 1 TRISTE..... 2 NO LE IMPORTARIA..... 3 NO SABE..... 8	
606	VEA 312: ACTUALMENTE NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 312 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE	613
607	¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los proximos doce meses? (¿Al terminar este embarazo piensa usar un método para evitar embarazarse en los siguientes doce meses?)	SI..... 1 → 609 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608	¿Piensa usar en algún momento en el futuro un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 610 NO SABE..... 8 → 610	
609	¿Cuál método preferiría utilizar? _____	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 NORPLANT (IMPLANTES)..... 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 05 PRESERVATIVO (CONDON)..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO)..... 09 RETIRO..... 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA..... 98	
609A	CONTINUE CON 613		

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
617	¿En los últimos 6 meses, usted ha oído o leído sobre planificación familiar: En la radio? En la televisión? En un periódico o revista? En un afiche? En folletos? En grupos comunitarios?	SI NO RADIO..... 1 2 TELEVISION..... 1 2 PERIODICO O REVISTA..... 1 2 AFICHE..... 1 2 FOLLETOS..... 1 2 GRUPOS COMUNITARIOS..... 1 2	
619	¿En los últimos 6 meses, ha conversado usted sobre la práctica de la planificación familiar con alguno de sus familiares o amigas?	SI..... 1 NO..... 2 → 621	
620	¿Con quién? ¿Alguién más? REGISTRE TODOS LOS QUE MENCIONA	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G AMIGAS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
621	VEA 502: ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	NO ESTA CASADA NI VIVE EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 625
622	¿Cree usted que su esposo (compañero) está de acuerdo con que las parejas usen un método para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO 1 NO ESTA DE ACUERDO..... 2 NO SABE..... 8	
623	¿Qué tan frecuente ha hablado con su esposo (compañero) acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA..... 1 UNA O DOS VECES..... 2 MAS A MENUDO..... 3	
624	¿Cree usted que su esposo (compañero) quiere EL MISMO número de hijos que usted quiere, MAS HIJOS de los que usted quiere, o MENOS HIJOS de los que usted quiere?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	
625	VEA 515: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	→ 700
626	Algunas veces la mujer queda embarazada sin desearlo. ¿Ha quedado usted embarazada en el pasado sin haberlo deseado o querido?	SI..... 1 NO..... 2 → 700	
628	¿Cuándo esto pasó, qué hizo usted al respecto?	PARO EL EMBARAZO.....01 TRATO DE PARAR EL EMBARAZO PERO SIN EXITO.....02 TUVO UNA PERDIDA.....03 → 631 NADA/CONTINUO EL EMBARAZO.....04 → 634 OTRO _____96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
700	VEA 502 Y 504 ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> → 703 NUNCA HA ESTADO CASADA NI EN UNION <input type="checkbox"/> → 709	
Ahora le haré algunas preguntas acerca de su esposo, de los lugares en donde ha vivido y si usted ha trabajado.			
702	¿Cuantos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>	
703	¿Asistió su esposo (compañero) alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 705	
704	¿Cuál es el último año de estudios que su esposo ganó?	NINGUN NIVEL/PREESCOLAR..... <input type="text"/> 0 PRIMARIA..... <input type="text"/> 1 SECUNDARIA..... <input type="text"/> 2 SUPERIOR/UNIVERSITARIA..... <input type="text"/> 3 NO SABE..... 98	
705	VEA 700 ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es el trabajo o la ocupación principal de su esposo (compañero)?		¿Cuál era el trabajo o la ocupación principal de su último esposo (compañero)?	
706	VEA 705: TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA (TRABAJABA) EL ESPOSO/COMPAÑERO EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> → 708	
707	VEA 702: ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	
¿Trabaja su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabaja en la tierra de alguien más?		¿Trabajaba su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada o trabajaba en la tierra de alguien más?	
		TIERRA PROPIA 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4	
708	¿Además de las labores domésticas, trabaja usted actualmente?	SI..... 1 → 711A NO..... 2	
709	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Realiza actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI..... 1 → 711A NO..... 2	
710	¿Usted ha desempeñado algún trabajo en los últimos 12 meses fuera de su hogar?	SI..... 1 NO..... 2 → 726	
711A	¿Cuál es su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo tiene o tuvo	<input type="text"/>	
711B	VEA 702: NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/>	
¿Su esposo (compañero) está de acuerdo con que usted trabaje?			
		ESTA DE ACUERDO..... 01 NO ESTA DE ACUERDO..... 02 LO RECHAZA..... 03 LE ES INDIFFERENTE..... 04 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)	
712	VEA 711A: TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> → 714	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
713	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted en tierra propia o de su familia, en tierra alquilada, o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4	
714	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 POR CUENTA PROPIA..... 2 PARA ALGUIEN MAS..... 3	
715	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 → 717 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 → 718	
716	¿En el último año (12 meses), durante cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES..... <input type="text"/>	
717	¿En los meses que trabajó, aproximadamente cuántos días a la semana desempeñó dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS..... <input type="text"/>	→ 720
718	¿En el último año (12 meses), durante cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS <input type="text"/>	
720	¿Gana/ganó dinero por este trabajo? SONDEE: ¿Recibe/recibió a cambio del trabajo que realiza?	SI..... 1 NO..... 2 → 723	
721	¿En un día (semana, mes) normal, cuánto gana/ganó por dicho trabajo?	POR HORA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR DIA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR SEMANA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR MES..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR AÑO..... 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRO..... 9 9 9 9 6 (ESPECIFIQUE)	
722	VEA 702: <input type="checkbox"/> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sólo, su esposo(compañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más? ¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?	LA ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE..... 2 JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO..... 3 ALGUIEN MAS DECIDE..... 4 JUNTO CON ALGUIEN MAS..... 5	
723	¿Realiza usted su trabajo actual en la casa, o fuera de la casa?	EN LA CASA..... 1 FUERA DE LA CASA..... 2	
724	VEA 217 Y 218: <input type="checkbox"/> SI TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA		→ 726
725	¿Generalmente, quién cuida de (NOMBRE DEL MENOR) mientras usted trabaja?	ELLA MISMA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJA(S) MAYOR (ES)..... 03 HIJO(S) MAYOR (ES)..... 04 OTROS FAMILIARES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 SIRVIENTE/EMPLEADO DOMESTICO 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA/KINDER 09 GUARDERIA INFANTIL..... 10 NO TRABAJA DESDE QUE NACIO EL NIÑO..... 95 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
726	¿Usted ha vivido en una sola localidad o en más de una localidad desde Enero de 1990?	UNA LOCALIDAD..... 1 MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2	728
727A	MARQUE (EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO), EL CODIGO CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD ACTUAL. ("1" EN LA CAPITAL, "2" EN CABECERA DEPARTAMENTAL, "3" EN MUNICIPIO, "4" ALDEA/CASERIO, "5" FINCA, "6" EXTRANJERO). COMIENZE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES HASTA ENERO DE 1990.		
727B	PASE A 728A		
728	¿En qué mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? MARQUE (EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO), 'X' EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, EN LOS MESES SIGUIENTES EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE COMUNIDAD ("1" EN LA CAPITAL; "2" CABECERA DEPARTAMENTAL; "3" MUNICIPIO; "4" ALDEA; "5" FINCA; "6" EN EL EXTRANJERO). SONDEE PARA LAS COMUNIDADES ANTERIORES Y REGISTRE LOS TRASLADOS COMO CORRESPONDA. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Dónde vivió antes de vivir en.....? ¿En qué mes y año se trasladó a.....? ¿Ese LUGAR era la capital, una cabecera departamental, un municipio, una aldea, una finca?		
728A	VEA 712: TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA/NO TRABAJA <input type="checkbox"/> → 801		
729	¿Sale o viaja usted para trabajar afuera de su comunidad?	SI..... 1 NO..... 2	801
730	¿Cuando salen o viajan, adonde van?	COSTA SUR..... 01 LAS VERAPACES..... 02 ALTIPLANO..... 03 CIUDAD DE GUATEMALA..... 04 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
731	¿En qué trabajan, a que actividad se dedican?	FINCA DE AZUCAR..... 01 FINCA DE ALGODON..... 02 FINCA DE CAFE..... 03 FINCA DE VERDURAS..... 04 OTRA CLASE DE FINCA _____ 05 (ESPECIFIQUE) CONSTRUCCION..... 06 OTRO TRABAJO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
732	¿Cuando sale o viaja a trabajar, usted va sola o con miembros de la familia?	CON MIEMBROS DE LA FAMILIA..... 1 SOLA..... 2	
733	¿Cuánto tiempo pasa usted afuera de su comunidad durante un año?	DIAS 1 MESES..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECCION 8. MORTALIDAD MATERNA

801	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos que su madre natural tuvo, incluyendo aquellos que aún viven con usted, aquellos que viven en otro lugar, y aquellos que ya no viven.	NUMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Incluyendose usted, ¿dígame cuántos hijos en total tuvo su mamá?		
802	VEA 801: DOS O MAS HIJOS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	SOLO UN HIJO (ENTREVISTADA SOLAMENTE) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
		PASE A 901
803	De todos los hermanos(as) que usted tuvo, ¿Cuántos nacieron antes de su nacimiento?	NUMERO DE HERMANOS(AS) ANTERIORES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
804 ¿Cuál es el nombre de su hermano(na) mayor y los nombres de los que siguen?							
805 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE.....1 MUJER.....2						
806 ¿(NOMBRE) está vivo(a)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 808						
807 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [2]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [3]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [4]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [5]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [6]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [7]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A [8]
808 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810	19 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A 810
809 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>						
810 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él/ella murió?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [2]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [3]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [4]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [5]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [6]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [7]	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [8]
811 ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando ella murió?	SI.....1 NO.....2 PASE A 814						
812 ¿Murió (NOMBRE) durante un parto o un aborto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 815						
813 ¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran 2 meses después de un parto o un aborto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 815						
814 ¿Fue su muerte debida a complicaciones del embarazo o del nacimiento?	SI.....1 NO.....2						
815 ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
804 ¿Cuál es el nombre de su hermano(ña) mayor y los nombres de los que siguen?							
805 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE.....1 MUJER.....2						
806 ¿(NOMBRE) está vivo(a)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [9]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [10]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [11]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [12]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [13]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [14]	SI.....1 NO.....2 PASE A 808 NS.....8 PASE A [901]
807 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input type="text"/> PASE A [9]	<input type="text"/> PASE A [10]	<input type="text"/> PASE A [11]	<input type="text"/> PASE A [12]	<input type="text"/> PASE A [13]	<input type="text"/> PASE A [14]	<input type="text"/> PASE A [808]
808 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	19 <input type="text"/> PASE A 810 NS.....98						
809 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/> PASE A [9]	<input type="text"/> PASE A [10]	<input type="text"/> PASE A [11]	<input type="text"/> PASE A [12]	<input type="text"/> PASE A [13]	<input type="text"/> PASE A [14]	<input type="text"/> PASE A [808]
810 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él/ella murió?	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [9]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [10]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [11]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [12]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [13]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [14]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [901]
811 ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando ella murió?	SI.....1 PASE A 814 NO.....2						
812 ¿Murió (NOMBRE) durante un parto o un aborto?	SI.....1 PASE A 815 NO.....2						
813 ¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran 2 meses después de un parto o un aborto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 815						
814 ¿Fue su muerte debida a complicaciones del embarazo o del nacimiento?	SI.....1 NO.....2						
815 ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA (O) SI ES LA ULTIMA PASE A 901

SECCION 9. SIDA

N°	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
901	Ahora le haré unas preguntas sobre una enfermedad que afecta tanto a los hombres como a las mujeres, llamada SIDA. ¿Ud. ha oído hablar de una enfermedad llamada SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	SI..... 1 NO..... 2 → 914	
902	¿De qué fuentes de información se ha enterado usted sobre el SIDA? INDAGUE POR MAS FUENTES Y REGISTRE TODAS LAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO _____ X ESPECIFIQUE	
902A	¿Cuáles son las señales (signos y síntomas) que presenta una persona que tiene SIDA? INDAGUE POR MAS SIGNOS Y REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS.	PERDIDA DE PESO MAYOR DEL 10%..... A DIARREAS REPETIDAS..... B TOS PERSISTENTE Y SECA..... C ENFERMEDADES OPORTUNISTAS..... D CANSANCIO EXTREMO..... E OTROS _____ X (ESPECIFIQUE)	
903	¿Hay algo que pueda hacer una persona para protegerse contra el SIDA ?	SI..... 1 NO..... 2 → 907 NO SABE..... 8 → 907	
904	¿Qué puede hacer una persona para evitar que se le pegue el SIDA? ¿Qué otra cosa puede hacer? ANOTE TODAS LA MENCIONADAS	PRACTICAR SEXO SEGURO..... A ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR INYECCIONES..... H EVITAR BESARSE..... I EVITAR PICADURAS DE ZANCUDOS..... J VISITAR AL CURANDERO..... K OTRO _____ X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
905	VEA 904: MENCIONO <input type="checkbox"/> 'PRACTICAR SEXO SEGURO'	NO MENCIONO <input type="checkbox"/> 'PRACTICAR SEXO SEGURO'	→ 907
906	¿Qué significa para usted "practicar sexo seguro"? ANOTE TODAS LA MENCIONADAS	ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F OTRO _____ X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
907	¿Es posible que una persona que parece completamente saludable padezca del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8									
908	¿Usted cree que el SIDA es fatal, es decir, la gente que tiene el SIDA muere por esa enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8									
909	¿Cree que los peligros (RIESGOS) de USTED para que se le pegue el SIDA son PEQUEÑOS, MODERADOS, GRANDES o que NO TIENE NINGUN PELIGRO?	RIESGO PEQUEÑO..... 1 RIESGO MODERADO..... 2 RIESGO GRANDE..... 3 NO TIENE RIESGO..... 4 → 910 TIENE SIDA..... 5 → 910									
909A	¿Porqué cree que tiene algún riesgo de que se le pegue el SIDA?	EL COMPAÑERO ES INFIEL.....01 ELLA TIENE MAS DE UNA PAREJA.....02 DUDA DE LA FIDELIDAD DEL COMPAÑERO.....03 HA SIDO TRASFUNDIDA.....04 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)									
910	VEA 515:	HA TENIDO RELACIONES <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	→ 914								
911	¿Desde que usted oyó hablar del SIDA, ha cambiado su comportamiento sexual para protegerse contra el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 914 NO SABE..... 8 → 914									
912	¿Qué ha hecho? ¿Qué otra cosa ha hecho? ANOTE TODAS LA MENCIONADAS	DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C SE HA LIMITADO A TENER UNA SOLA PAREJA... D REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS..... E OTRO _____ X ESPECIFIQUE									
912A	¿Cree que los métodos anticonceptivos protegen a las personas contra el SIDA?	SI.....1 NO.....2 → 912C NO SABE.....8 → 912C									
912B	¿Qué métodos anticonceptivos protegen contra el SIDA?	PILDORA.....01 DIU.....02 CONDON.....03 INYECCIONES.....04 RETIRO.....05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98									
912C	VEA LA 912B:	MENCIONO CONDON <input type="checkbox"/> NO MENCIONO CONDON <input type="checkbox"/>	→ 914								
913	¿Qué clase de condones protegen contra el SIDA?	CUALQUIERA.....01 CON NONOXINOL.....02 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98									
914	ANOTE LA HORA	HORA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

SECCION 10. PESO Y TALLA DE MUJERES Y NIÑOS

1002 VEA 215: UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1990 SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990 FIN

ENCUESTADORA:
 → EN 1002 (COL. 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO 1990 Y QUE AUN ESTE VIVO.
 → EN 1003 Y 1004 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1990.
 → EN 1006 Y 1008 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS.
 → **NOTA:** TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990 DEBEN SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TODOS LOS HIJOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE 3 HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990, UTILICE OTRO CUESTIONARIO.

Ahora para terminar vamos a pesar a (NOMBRE) y a....

No.		1 ENTREVISTADA	2 HIJO VIVO	3 HIJO VIVO	4 HIJO VIVO
1002 A	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOMBRE DE P. 212 PARA NIÑOS	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>	(NOMBRE) <input type="text"/>
1004	FECHA DE NACIMIENTO: DE LA PREGUNTA 215. PREGUNTE POR EL DIA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
1005	CICATRIZ DE BCG EN EL HOMBRO IZQUIERDO.	<input type="text"/>	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2
1006	ALTURA/TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑO(A): ■ ACOSTADO(A), o ■ PARADO(A)	<input type="text"/>	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2
1008	PESO (en kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
1010	RESULTADO	MEDIDA 1 NO PRESENTE 3 RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO..... 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE.. 3 HIJO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO.... 5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE...3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE.. 3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA MEDICION:	<input type="text"/>	CODIGO <input type="text"/>	NOMBRE DEL ASISTENTE:	CODIGO <input type="text"/>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(para completarse después de terminar la entrevista)

Comentarios sobre la Entrevistada: _____

Comentarios sobre Preguntas Específicas: _____

Otro Tipo de Comentarios: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

INSTRUCCIONES: SOLAMENTE PUEDE APARECER
UN CODIGO EN CADA CASILLA. TODOS LOS MESES
DE LAS COLUMNAS 1, 3, Y 4 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA:

COL.1: Nacimientos, embarazos, uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO

1 PILDORA

2 DIU

3 INYECCIONES

4 IMPLANTES

5 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA

6 PRESERVATIVO (CONDON)

7 ESTERILIZACION FEMENINA

8 ESTERILIZACION MASCULINA

9 ABSTINENCIA PERIODICA

A RETIRO

X OTRO _____

(ESPECIFIQUE)

Col.2: Interrupción del Uso de Anticonceptivos

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA

2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA

3 COMPAÑERO DESAPROBABA

4 EFECTOS SECUNDARIOS

5 PREOCUPACIONES POR LA SALUD

6 ACCESO/DISPONIBILIDAD

7 QUERIA METODO MAS EFECTIVO

8 INCONVENIENTE DE USAR

9 SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS

C COSTO

F FATALISTA

D DIFIC. EN QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA

S DISOLUCION MATRIMONIAL/SEPARACION

X OTRO _____

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

COL.3: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS)

0 NO ESTA EN UNION

COL.4: Cambios y sitios de Residencia

X CAMBIO DE RESIDENCIA

1 EN LA CAPITAL

2 CABECERA DEPARTAMENTAL

3 MUNICIPIO

4 ALDEA, CASERIO

5 FINCA

6 EXTRANJERO

	1	2	3	4	
					12 DIC 01
					11 NOV 02
					10 OCT 03
					09 SEP 04
1					08 AGO 05
					07 JUL 06
9					06 JUN 07
					05 MAY 08
5					04 ABR 09
					03 MAR 10
					02 FEB 11
					01 ENE 12
					12 DIC 13
					11 NOV 14
					10 OCT 15
					09 SEP 16
1					08 AGO 17
					07 JUL 18
9					06 JUN 19
					05 MAY 20
4					04 ABR 21
					03 MAR 22
					02 FEB 23
					01 ENE 24
					12 DIC 25
					11 NOV 26
					10 OCT 27
					09 SEP 28
1					08 AGO 29
					07 JUL 30
9					06 JUN 31
					05 MAY 32
3					04 ABR 33
					03 MAR 34
					02 FEB 35
					01 ENE 36
					12 DIC 37
					11 NOV 38
					10 OCT 39
					09 SEP 40
1					08 AGO 41
					07 JUL 42
9					06 JUN 43
					05 MAY 44
2					04 ABR 45
					03 MAR 46
					02 FEB 47
					01 ENE 48
					12 DIC 49
					11 NOV 50
					10 OCT 51
					09 SEP 52
1					08 AGO 53
					07 JUL 54
9					06 JUN 55
					05 MAY 56
1					04 ABR 57
					03 MAR 58
					02 FEB 59
					01 ENE 60
					12 DIC 61
					11 NOV 62
					10 OCT 63
					09 SEP 64
1					08 AGO 65
					07 JUL 66
9					06 JUN 67
					05 MAY 68
0					04 ABR 69
					03 MAR 70
					02 FEB 71
					01 ENE 72