REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2010

CUESTIONARIO DEL HOGAR

AMPARADO POR EL D. L. Nº 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO				VIVIENDA		

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO _____ | | |

PROVINCIA _____ | | |

DISTRITO _____ | | |

CENTRO POBLADO ..... | | | | |

_____

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ÁREA URBANA

ZONA Nº ..... | | |

MANZANA N° ..... | | |

ÁREA RURAL

A.E.R. ..... | |

VIVIENDA N°..... | | |

CUESTIONARIO | | DE | |

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DÍA.....
				MES.....
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				AÑO.....
				EQUIPO NÚMERO .....
				ENTREVISTADORA.....
RESULTADO***				RESULTADO FINAL.....
PRÓXIMA VISITA: FECHA				NÚMERO
HORA				TOTAL DE VISITAS .....

***CÓDIGOS DE RESULTADO:**

1 COMPLETA
2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE
3 HOGAR AUSENTE
4 APLAZADA
5 RECHAZADA
6 VIVIENDA DESOCUPADA O NO ES VIVIENDA
7 VIVIENDA DESTRUIDA
8 VIVIENDA NO ENCONTRADA
9 OTRA _____
(ESPECIFIQUE)

DATOS DE CONTROL

TOTAL HOGARES EN LA VIVIENDA..... | |

TOTAL PERSONAS EN EL HOGAR ..... | |

MUJERES 15 - 49 AÑOS | |

Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE..... | |

	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)
NOMBRE			
FECHA			

SECCIÓN 1. LISTADO DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA.....	☐☐
		MINUTOS.....	☐☐

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

Nº ORDEN	**RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES**	**RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR**	**LUGAR DE RESIDENCIA**		**SEXO**	**EDAD**	**ESTADO CIVIL**	**ELEGIBILIDAD**	
	Dígame por favor el nombre de las personas que **habitualmente** viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, empezando por el Jefe del Hogar	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el Jefe del Hogar? 01 JEFE 02 ESPOSA / ESPOSO 03 HIJO / HIJA 04 YERNO / NUERA 05 NIETO / NIETA 06 PADRE / MADRE 07 SUEGRO / SUEGRA 08 HERMANO / HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO / HIJO DE CRIANZA 11 SIN PARENTESCO 12 EMPLEADA DOMÉSTICA	¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	**PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS** ¿Cuál es su estado civil o conyugal? 1 Conviviente 2 Casado(a) 3 Viudo(a) 4 Divorciado(a) 5 Separado(a) 6 Soltero(a)	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**	**(8)**	**(9)**	**(10)**
			SI NO	**SI NO**	**H M**	**EN AÑOS**			
01		0 1	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	01	01
02		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	02	02
03		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	03	03
04		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	04	04
05		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	05	05
06		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	06	06
07		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	07	07
08		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	08	08
09		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	09	09
10		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	10	10
11		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	11	11
12		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	12	12
13		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	13	13
14		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	14	14
15		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	☐	15	15

Sólo para estar segura que tengo una lista completa

1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐
2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí? SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐
3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐

TOTAL MUJERES 15 A 49 ☐

CONTINÚA EN OTRO CUESTIONARIO
SI 1 NO 2

Nº ORDEN	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD		CONDICIÓN DE ACTIVIDAD PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS
	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrcrito en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud? **Sí**: ¿En cuál? ¿En algún otro seguro de salud? **A** ESSALUD / Antes IPSS **B** Fuerzas Armadas o Policiales **C** Seguro Integral de Salud **D** Entidad Prestadora de Salud **E** Seguro Privado de Salud **Y** NO SABE **Z** NO ESTA AFILIADO **Y, Z: PASE A 13**	¿(NOMBRE) es titular de alguno de los seguros de salud indicados?	(NOMBRE) la semana pasada: 01 ¿Trabajó al menos una hora? 02 ¿Realizó alguna tarea o cachuelo? 03 ¿No trabajó pero tenía trabajo? 04 ¿Estuvo ayudando en la chacra, tienda o negocio de un familiar, sin pago alguno? 05 ¿Buscó trabajo? 06 ¿Estudiaba? 07 ¿Realizó los quehaceres del hogar? 96 ¿Otro? 98 NO SABE
	(11)	(12)	(13)
		SI NO NS	
01		1 2 8	
02		1 2 8	
03		1 2 8	
04		1 2 8	
05		1 2 8	
06		1 2 8	
07		1 2 8	
08		1 2 8	
09		1 2 8	
10		1 2 8	
11		1 2 8	
12		1 2 8	
13		1 2 8	
14		1 2 8	
15		1 2 8	

OBSERVACIONES:

Nº ORDEN	EDUCACIÓN									
	PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS			PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS						
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?		¿Cuál fue el nivel y año o grado de estudios más alto que aprobó (NOMBRE)? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MÁS, ANOTE "6" EN AÑO	En el presente año (NOMBRE), ¿Está matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?		Actualmente (NOMBRE), ¿Asiste a un centro o programa de educación básica o superior?		¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) actualmente asiste o se matriculó aunque no asiste? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	El año pasado (NOMBRE), ¿Estuvo matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?	
	(14)		(15)	(16)		(17)		(18)	(19)	
	SI	NO	NIVEL AÑO GRADO	SI	NO	SI	NO	NIVEL AÑO GRADO	SI	NO
01	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
02	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
03	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
04	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
05	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
06	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
07	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
08	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
09	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
10	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
11	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
12	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
13	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
14	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
15	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22

OBSERVACIONES:

Nº ORDEN	EDUCACIÓN		SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES					
	PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS		PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS					
	¿A qué nivel y año o grado asistió (NOMBRE) el año pasado? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	El año o grado de estudios al que (NOMBRE) asistió el año pasado: ¿Lo aprobó, lo desaprobó o se retiró? 1 APROBÓ 2 DESAPROBÓ 3 SE RETIRÓ 4 OTRO 5 INICIAL	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)? **NO O NS:** PASE A 24	**ESTA VIVA** ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)? **SI:** ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE **NO:** ANOTE "00"	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)? **NO O NS:** PASE A 14 EN LA SIGUIENTE FILA SI HAY MÁS PERSONAS ; SINO PASE A 26	**ESTA VIVO** ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)? **SI:** ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE **NO:** ANOTE "00"
	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	NIVEL AÑO GRADO		SI NO NS		SI NO NS	
01			1 2 8		1 2 8	
02			1 2 8		1 2 8	
03			1 2 8		1 2 8	
04			1 2 8		1 2 8	
05			1 2 8		1 2 8	
06			1 2 8		1 2 8	
07			1 2 8		1 2 8	
08			1 2 8		1 2 8	
09			1 2 8		1 2 8	
10			1 2 8		1 2 8	
11			1 2 8		1 2 8	
12			1 2 8		1 2 8	
13			1 2 8		1 2 8	
14			1 2 8		1 2 8	
15			1 2 8		1 2 8	

OBSERVACIONES:

TRAUMATISMOS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el estado de salud de las personas que viven habitualmente en su hogar.

26 En los últimos tres meses, entre _____ y _____ ¿Algún miembro de su hogar sufrió una herida sangrante?

SI ……. 1 NO ….. 2 → 26 A

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

¿Recibió tratamiento de un médico u otro profesional de la salud?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBIÓ TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

26 A En los últimos tres meses, entre _____ y _____ ¿Algún miembro de su hogar sufrió estiramiento muscular y/o del ligamento de alguna articulación por caida o movimiento forzado?

SI ……. 1 NO ….. 2 → 26 B

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

¿Recibió tratamiento de un médico u otro profesional de la salud?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBIÓ TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

26 B En los últimos tres meses, entre _____ y _____ ¿Algún miembro de su hogar sufrió fractura del brazo, pierna, cadera craneo u otro hueso del cuerpo?

SI ……. 1 NO ….. 2 → 27

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

¿Recibió tratamiento de un médico u otro profesional de la salud?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBIÓ TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

27 ¿Algún miembro de su hogar, tiene "Presión Alta" o hipertensión arterial?

SI ……. 1 NO ….. 2 → 28

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBE TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

28 ¿Algún miembro de su hogar ha tenido alguna vez un dolor fuerte en e pecho, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más?

Si ……. 1 No ….. 2 → 29

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBE TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

29 ¿Algún miembro de su hogar tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?

Si ……. 1 No ….. 2 → 30

SI DIJO: "SI"

¿Cuál es el nombre de esa persona?

¿Alguién más?

Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?

NOMBRE	Nº ORDEN	RECIBE TRATAMIENTO SI	NO	NO SABE
_____		1	2	8
_____		1	2	8
_____		1	2	8

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
30	¿Algún miembro de su hogar sufre de infección a las vías urinarias, cálculo renal o insuficiencia renal? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 31 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	
31	¿Algún miembro de su hogar tiene colesterol alto? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 32 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	
32	¿Algún miembro de su hogar tiene triglicéridos altos? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 33 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	
33	¿Algún miembro de su hogar tiene asma? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 34 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	
34	¿Algún miembro de su hogar tiene tos con flema por más de 15 días,esta sin apetito y/o a perdido peso? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 35 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	
35	¿Algún miembro de su hogar tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo? **SI DIJO: "SI"** ¿Cuál es el nombre de esa persona? ¿Alguién más? Actualmente ¿Recibe tratamiento médico?	Si ……. 1 No ….. 2 → 40 **NOMBRE** / **Nº ORDEN** / **RECIBE TRATAMIENTO** (**SI** / **NO** / **NO SABE**) _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8 _____ __ 1 2 8	

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
40	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?	**RED PÚBLICA** DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 → 42 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 → 42 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13 → 42 **AGUA DE POZO** POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 47 POZO PÚBLICO..... 22 → 45 **AGUA DE SUPERFICIE** MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 → 45 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32 → 45 AGUA DE LLUVIA..... 41 → 47 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 → 45 AGUA EMBOTELLADA..... 91 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
41	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	**RED PÚBLICA** DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13 **AGUA DE POZO** POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 47 POZO PÚBLICO..... 22 → 45 **AGUA DE SUPERFICIE** MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 → 45 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32 → 45 AGUA DE LLUVIA..... 41 → 47 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 → 45 OTRO _____ 96 → 45 (ESPECIFIQUE)	
42	¿La fuente de abastecimiento de agua en el hogar está disponible todo el día?	SI..... 1 NO..... 2	
43	En las últimas dos semanas ¿Tuvo un corte de agua todo un día o más tiempo?	SI..... 1 NO..... 2	
44	VERIFIQUE 40 Y 41 FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO/ PILÓN / GRIFO PÚBLICO (Códigos: 12 ó 13) ☐	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA (Código: 11) ☐ → 47	
45	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... ☐☐☐ NO SABE 99	
46	Generalmente, ¿Quién va a recoger agua para su hogar? SONDEE: ¿Es mayor o menor de 15 años?	MUJER ADULTA..... 1 HOMBRE ADULTO..... 2 NIÑA MENOR DE 15 AÑOS..... 3 NIÑO MENOR DE 15 AÑOS..... 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
47	En su hogar, ¿Habitualmente toman o beben agua tal como viene del caño, pozo o fuente de abastecimiento? "SI": CIRCULE 01 "NO": **¿Qué le hacen al agua que habitualmente utilizan para tomar o beber?**	TOMAN TAL COMO VIENE DE LA FUENTE..... 01 LA HIERVEN..... 02 LE ECHAN LEJÍA/CLORO..... 03 UTILIZA UN FILTRO ESPECIAL PARA AGUA ..... 04 FILTRA A TRAVÉS DE UNA TELA..... 05 DESINFECCIÓN SOLAR..... 06 DEJA REPOSAR..... 07 TOMAN AGUA EMBOTELLADA..... 91 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
48	¿Usted almacena o guarda el agua para tomar o beber?	SI..... 1 NO..... 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
49	¿Usted, o algún miembro de su hogar, paga por el agua?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	→ 53
50	¿A quién paga por el agua?	INSTITUCIÓN/ EMPRESA PÚBLICA ..... 1 INSTITUCIÓN/EMPRESA PRIVADA..... 2 OTRO PROVEEDOR PRIVADO DE AGUA..... 3 JUNTA ADMINISTRADORA DE LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO (JASS)…….. 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
51	¿Cada qué tiempo paga por el agua?	CADA VEZ QUE VIENE..... 1 CADA DÍA..... 2 CADA SEMANA..... 3 CADA MES..... 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
52	En promedio, ¿Cuánto paga cada (PREGUNTE DE ACUERDO A LA RESPUESTA DADA EN LA 51)?	CANTIDAD PAGADA S/. ☐☐☐.☐ OTRO _____ 992.0 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998.0	
53	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar? SI TIENE LETRINA SONDEE EL TIPO	**CONECTADO A RED PÚBLICA DE DESAGÜE** DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA..... 12 POZO SÉPTICO/ TANQUE SEPTICO..... 21 **LETRINA** MEJORADA VENTILADA…… 31 MEJORADA ECOLÓGICA / ABONERA / COMPOSTERA…. 32 MEJORADA COLGANTE / FLOTANTE…… 33 POZO CIEGO O NEGRO CON TRATAMIENTO DE CAL, CENIZA, ESTIÉRCOL, ASERRÍN, ARENA…… 34 POZO CIEGO O NEGRO …… 35 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL/ CAMPO)..... 51 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 57
54	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 56
55	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 ..... 0☐ 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	
56	¿Con qué frecuencia realizan el aseo del baño o letrina?	VARIAS VECES AL DIA..... 1 UNA VEZ AL DIA..... 2 VARIAS VECES A LA SEMANA..... 3 UNA VEZ A LA SEMANA..... 4 DE 8 A MÁS DIAS..... 5 NUNCA..... 6 NO SABE..... 8	
57	Los miembros de este hogar ¿Dónde se lavan las manos?	DENTRO O CERCA DEL BAÑO..... 1 DENTRO O CERCA DE LA COCINA ..... 2 EN OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 3 FUERA DE LA VIVIENDA ..... 4 NO TIENEN UN LUGAR ESPECÍFICO 5	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
58	¿Ustedes dónde botan la basura orgánica? **BASURA ORGÁNICA:** ES TODO DESPERDICIO ALIMENTICIO, COMO CÁSCARAS DE FRUTAS, VERDURAS, CAFÉ,HUEVO,RESTOS DE ALIMENTOS Y DESECHOS DEL JARDÍN, COMO PASTO Y HOJAS. ASIMISMO, CONSIDERA LOS DESPERDICIOS AGRÍCOLAS.	**RECOGIDO DE LA CASA** POR EL GOBIERNO ..... 11 POR EL MUNICIPIO ..... 12 POR LA COMUNIDAD ..... 13 POR EMPRESAS PRIVADAS ..... 14 OTRO _____ 15 (ESPECIFIQUE) **TIRAN EN CONTENEDORES** DEL GOBIERNO ..... 21 DEL MUNICIPIO ..... 22 DE LA COMUNIDAD ..... 23 DE EMPRESAS PRIVADAS ..... 24 **DEPOSITADO O TIRADO** CAMPO ABIERTO ..... 31 LUGAR DISTANTE ..... 41 EN LA CALLE ..... 42 DENTRO DEL PATIO O TERRENO ..... 43 RÍO/ACEQUIA ..... 44 LA QUEMAN ..... 51 LA ENTIERRAN ..... 61 COMPOST ..... 71 ALIMENTAN A LOS ANIMALES ..... 81 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	→ 60
59	¿Cada qué tiempo recogen la basura?	DIARIO ..... 01 VARIAS VECES A LA SEMANA ..... 02 SEMANAL ..... 03 QUINCENAL ..... 04 UNA VEZ POR MES ..... 05 ES IRREGULAR ..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
60	Antes de botar la basura ¿En qué la almacenan?	RECIPIENTE O CONTENEDOR CUBIERTO ..... 1 RECIPIENTE O CONTENEDOR DESCUBIERTO ..... 2 BOLSA DE PLÁSTICO/COSTAL DE POLIETILENO, YUTE ..... 3 BOLSA DE PAPEL O PERIÓDICO/CAJA DE CARTÓN ..... 4 NO TIENE RECIPIENTE ..... 5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	

61	Su hogar tiene:		**SI**	**NO**
a.	¿sofá?	a. SOFÁ	1	2
b.	¿vitrina / aparador?	b. VITRINA / APARADOR	1	2
c.	¿repostero?	c. REPOSTERO	1	2
d.	¿comoda / ropero?	d. COMODA / ROPERO	1	2
e.	¿reloj de pared?	e. RELOJ DE PARED	1	2
f.	¿teléfono fijo?	f. TELÉFONO FIJO	1	2
g.	¿celular?	g. CELULAR	1	2
h.	¿radio?	h. RADIO	1	2
i.	¿televisión?	i. TELEVISIÓN	1	2
j.	¿televisión por cable?	j. TELEVISIÓN POR CABLE	1	2
k.	¿licuadora?	k. LICUADORA	1	2
l.	¿cocina a gas?	l. COCINA A GAS	1	2
m.	¿cocina a kerosene?	m. COCINA A KEROSENE	1	2
n.	¿microondas?	n. MICROONDAS	1	2
ñ.	¿refrigerador?	ñ. REFRIGERADOR	1	2
o.	¿lavadora?	o. LAVADORA	1	2
p.	¿computadora?	p. COMPUTADORA	1	2
q.	¿internet?	q. INTERNET	1	2
r.	¿bomba de agua?	r. BOMBA DE AGUA	1	2
s.	¿generador de electricidad?	s. GENERADOR DE ELECTRICIDAD	1	2

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
62	¿Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL..... **05** CARBÓN MINERAL..... **06** LEÑA ..... **07** BOSTA ..... **08** RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... **09** CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... **10** NO COCINA ..... 95 → 70 OTRO _____ **96** (ESPECIFIQUE)	
63	¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 65	
64	¿Qué otro tipo de combustible utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL..... **05** CARBÓN MINERAL..... **06** LEÑA ..... **07** BOSTA ..... **08** RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... **09** CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... **10** OTRO _____ **96** (ESPECIFIQUE)	
65	**VERIFIQUE 62 Y 64 :** EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 05 AL 96 ☐ ↓ EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 01 AL 04 ☐ → 67		
66	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea, conducto, desfogue para eliminar el humo?	SI ..... 1 NO..... 2 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
67	Generalmente, ¿Se cocina dentro de la casa, al aire libre o en cuarto separado?	DENTRO DE LA CASA..... 1 AL AIRE LIBRE/PATIO/AZOTEA..... 2 CUARTO SEPARADO..... 3 → 69 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
68	¿Utiliza un cuarto especialmente para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
69	¿Ustedes compran combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO 2	
70	¿Qué tipo de alumbrado utilizan en su hogar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 VELAS..... 05 BATERÍA..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
71	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... ☐☐	
72	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... ☐☐	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
73	¿Usted o algún miembro de su hogar usan mosquiteros para dormir?	SI ..... 1 NO 2	
74	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**PISO ACABADO** PARQUET O MADERA PULIDA ..... 11 LÁMINAS ASFÁLTICAS, VINÍLICOS O SIMILARES ..... 12 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES ..... 13 CEMENTO/LADRILLO ..... 14 **PISO RÚSTICO** MADERA (ENTABLADOS) ..... 21 PONA ..... 22 **PISO NATURAL** TIERRA / ARENA ..... 31 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
75	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**ELABORADOS / ACABADOS** LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 11 PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO..... 12 ADOBE O TAPIA TARRAJEADOS..... 13 **RUSTICOS** ADOBE O TAPIA SIN TARRAJEAR..... 21 TABLONES / MADERA..... 22 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) ..... 23 PIEDRA CON BARRO ..... 24 **NATURALES / LIGEROS** CAÑA / BAMBU/PONA/ PALMA / TRONCOS/ TABIQUE ..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 TRIPLEY ..... 34 SIN PAREDES ..... 35 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
76	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**ELABORADOS / ACABADOS** CONCRETO ARMADO..... 11 TEJAS..... 12 **RUSTICOS** PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES..... 21 MADERA..... 22 CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO..... 23 **NATURALES / LIGEROS** PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 SIN TECHO ..... 34 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
77	TIPO DE VENTANAS DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**SI** **NO** TIENE VENTANAS..... 1 2 → 78 VENTANAS CON VIDRIO..... 1 2 VENTANA CON MADERA..... 1 2 VENTANAS CON MALLAS..... 1 2 VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS 1 2	
78	Algún miembro de su hogar tiene: a. ¿bicicleta / triciclo? b. ¿motocicleta? c. ¿carro ó camión? d. ¿carreta? e. ¿bote a motor? f. ¿otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	**SI** **NO** BICICLETA / TRICICLO ..... 1 2 MOTOCICLETA ..... 1 2 CARRO O CAMIÓN ..... 1 2 CARRETA ..... 1 2 BOTE A MOTOR ..... 1 2 OTRO _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
79	Las siguientes preguntas nos servirán para saber su posibilidad de afrontar problemas en relación a la salud de usted o de algún miembro de su hogar ¿Alguno de los miembros de este hogar es dueño de tierras agrícolas?	SI..... 1 NO..... 2 →	81
80	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	HECTÁREAS..... ☐☐☐.☐ OTRA MEDIDA _____ ☐☐☐.☐ (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO CONOCE 998	
81	Alguno de los miembros de este hogar es dueño de... ...¿reses ? ...¿caballos, mulas o burros? ...¿cabras? ...¿ovejas? ...¿aves en general? ...¿cuyes, conejos? ...¿cerdos? ...¿llamas, alpacas? ...¿otros animales? PARA CADA RESPUESTA "**SI**" PREGUNTE: **¿Cuántos?**	**SI NO NS CANTIDAD** RESES ..... 1 2 8 ☐☐ CABALLOS/MULAS/BURROS..... 1 2 8 ☐☐ CABRAS..... 1 2 8 ☐☐ OVEJAS..... 1 2 8 ☐☐ AVES EN GENERAL..... 1 2 8 ☐☐ CUYES./CONEJOS..... 1 2 8 ☐☐ CERDOS..... 1 2 8 ☐☐ LLAMAS/ALPACAS..... 1 2 8 ☐☐ OTROS ANIMALES _____ 1 2 8 ☐☐ ESPECIFIQUE	
82	¿Alguno de los miembros de este hogar tiene una cuenta o tarjeta bancaria?	SI..... 1 NO..... 2	
83	¿Este hogar usa insecticidas, pulgicidas, herbicidas o pesticidas para controlar o matar insectos del hogar o de las plantas?	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE ..... 8 →	86
84	¿Qué tipo de protección usan cuando aplican estos productos? ¿Usa algún otro protector?	BOLSAS PLÁSTICAS..... A GUANTES ..... B ANTEOJOS ..... C MANGAS LARGAS ..... D PANTALONES LARGOS ..... E PAÑUELO ALREDEDOR DE NARIZ Y BOCA ..... F MÁSCARA/MASCARILLA PARA RESPIRAR..... G BOTAS, ZAPATOS CERRADOS..... H OTRO_____ X ESPECIFIQUE NO SE PROTEGE..... Y NO SABE..... Z	
85	¿Dónde se guardan estos productos? ¿En qué lugar?	DORMITORIO / COCINA..... 1 OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 2 FUERA DE LA VIVIENDA ..... 3 NO ALMACENA ..... 4 NO SABE 8	
86	Por favor dígame si este hogar tiene alguno de los siguientes productos: a. ¿Ácido muriático, creso u otro similar? b. ¿Veneno para ratas o pericotes? c. ¿Pinturas, barnices? d. ¿Preservantes de madera, pegamentos, tiner u otros solventes? e. ¿Gasolina, petróleo u otro líquido combustible? f. ¿Aceite, liquido de frenos, líquido hidráulico, limpiador de motor para vehículos? g. ¿Artículos que contienen Mercurio o Plomo?	**SI NO** ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO U OTRO SIMILAR..... 1 2 VENENO PARA RATAS O PERICOTES..... 1 2 PINTURAS, BARNICES..... 1 2 PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES..... 1 2 GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO..... 1 2 ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO, LIMPIADOR DE MOTOR PARA VEHICULOS…… 1 2 ARTICULOS QUE CONTIENEN MERCURIO O PLOMO… 1 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
87	¿Algún miembro de su hogar fuma?	SI ..... 1 NO ..... 2 →	90
88	¿Fuma dentro de la casa?	SI ..... 1 NO ..... 2 →	90
89	Incluyendo a todos los miembros que fuman en su hogar, en total, ¿Cuántas veces al día fuman en su casa?	MAS DE CUATRO VECES AL DÍA..... 1 UNA A TRES VECES AL DÍA..... 2 NO ES TODOS LOS DÍAS ..... 3 NO SABE 8	
90	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	

ENTREVISTADORA: VEA LA COLUMNA (9) Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIÉN CORRESPONDA. LAS SECCIONES 3, 4 , 5 Y 6 DE ESTE CUESTIONARIO SERÁN DILIGENCIADAS AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL.

SECCIÓN 3. MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (9) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 100 Y 101 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 102 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MEF POR MEF, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL. (9) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(100)	(101)	(102)	(103)	(104)	(105)	(106)	(107)
		AÑOS		.	.		
				.	.		
				.	.		
				.	.		

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (10) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 100 Y 101 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLOS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 217 Y 215 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, Y NIÑO POR NIÑO, TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 102 Y 103 LA EDAD, MES Y AÑO DE NACIMIENTO. POSTERIORMENTE, PREGUNTE POR EL DÍA DE NACIMIENTO Y CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL (10) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 217 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? * PREGUNTA 215 DEL C. I.	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(100)	(101)	(102)	(103)	(104)	(105)	(106)	(107)
			DÍA MES AÑO	.	.	ACOST PAR. 1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	

* PARA NIÑO(A)S NO INCLUÍDOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS, PREGUNTE DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO.

CULMINADA LA TOMA DEL PESO Y TALLA DE LA MEF Y SUS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD PASE A REALIZAR LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA HASTA AGOTAR TODAS LAS MEF Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD.

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA ☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA _____ ☐☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR: _____ ☐☐

SECCIÓN 4. PRUEBA DE HEMOGLOBINA

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

MEF A MEF VEA PGTA 102. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 108 SEGÙN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	**LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO** A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	**ACTUALMENTE EMBARAZADA** (VEA PGTA. 226 DEL C.I. LUEGO CIRCULE S. C.)	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(108)	(109)	(110)	(111)	(112)	(113)
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 → **PASE A 110**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 → **PASE A 110**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 → **PASE A 110**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 → **PASE A 110**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	

EFECTUADA LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA DE LA MEF, CONTINUE CON SUS MENORES DE 6 AÑOS SI LOS TUVIERA. CASO CONTRARIO, PROSIGA CON LA OTRA MEF O NIÑO DE SER EL CASO.

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

NIÑO A NIÑO VEA PGTA 103. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 108 SEGÙN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	**LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO** A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 MEDIDO(A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(108)	(109)	(110)	(111)	(112)	(113)
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 → **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ..... 2 → **PASE A 113**	.		

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Como parte de esta encuesta, estamos investigando la presencia de Anemia en mujeres y niños; y , de Niveles altos de Presión Arterial entre las mujeres y las personas con 50 o más años de edad. La Anemia es un serio problema de salud que resulta de una nutrición inadecuada; y, la Presión Arterial Alta, es una enfermedad silenciosa y peligrosa que aumenta el riesgo de ataques al corazón y/o ataques al cerebro. Esta investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento tanto de la Anemia como de la Presión Alta.

Con tal motivo, solicitamos que usted (y los niños menores de 6 años) participen en la prueba de Anemia que consiste en dar una gotita de sangre de su dedo. Asimismo, de ser el caso, en la Medición de la Presión Arterial, pruebas que realizamos con equipos probados y garantizados; e, insumos seguros y descartables para cada persona. Inmediatamente después de la pruebas le estaremos dando los resultados, los cuales serán confidenciales.

Sin embargo, si usted decide no hacerse las pruebas está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión. Ahora, por favor dígame ¿Acepta hacerse la prueba de anemia y/o de la Presión Arterial?

114	VERIFIQUE 111 Y 112: NÚMERO DE PERSONAS CON HEMOGLOBINA POR DEBAJO DEL LÍMITE : < 12 g / dl en MEF (15 - 49 años) < 11 g / dl en niños(6 - 59 meses) y MEF gestante UNA O MAS ☐↓ — DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA Y CONTINÚE CON 115 NINGUNA ☐↓ — DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA.
115	Hemos detectado un nivel bajo de hemoglobina en su sangre / la sangre de NOMBRE DEL NIÑO (OS). Esto indica que (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)) han desarrollado anemia (leve, moderada o severa), lo cual es un problema de salud. Le sugiero acercarse al establecimiento de salud para obtener tratamiento adecuado para (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)).

CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

GRUPOS DE EDAD	GRADOS DE ANEMIA CLASIFICACIÓN	HEMOGLOBINA (g / dl)
MEF (15 - 49 años)	Anemia Leve	10.0 - 11.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	< 7.0
Niños de 6 - 59 meses y Gestantes	Anemia Leve	10.0 - 10.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	4.0 - 6.9
	Anemia muy Severa	< 4.0

OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la medición de peso, talla y hemoglobina)

SECCIÓN 5. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (9) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 116 Y 117 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 118 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MEF POR MEF, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL. (9) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)	(121A)	(122)
		AÑOS		1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	

PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (7) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS PERSONAS 50 O MÁS AÑOS DE EDAD; Y, EN LAS PREGUNTAS 116, 117 Y 118 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL Nº DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD QUE ELLOS TIENEN. POSTERIORMENTE, PERSONA POR PERSONA, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL (1) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 7 DEL L. H.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)	(121A)	(122)
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA ☐

SECCIÓN 6. PRUEBA DE LA SAL, EL AGUA; Y, VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE SALUD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
123	SOLICITE UNA CUCHARADITA DE LA SAL QUE UTILIZAN EN EL HOGAR PARA COCINAR Y EXPLIQUE QUE SE TRATA DE DETERMINAR EL NIVEL DE YODO QUE CONTIENE LA SAL QUE ELLOS CONSUMEN.		
124	REALICE LA PRUEBA DE YODO Y CIRCULE EL CODIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	SIN COLORACION (VALOR "0") ..... 1 COLORACIÓN TENUE (VALOR "7") ..... 2 COLORACIÓN AZUL O MORADO (VALOR "15") ..... 3 COLORACIÓN MORADO OSCURO (VALOR "30 a más") ..... 4 NO HAY SAL EN EL HOGAR ..... 5 → 126 NO SE PUDO REALIZAR LA PRUEBA ..... 9 → 126	
125	¿Me permite ver la bolsa de la sal? BOLSA VISTA: ANOTE LA MARCA Y CIRCULE "1" BOLSA NO VISTA: **¿Cuál es la marca de la sal que están usando?**	_____ VISTA 1 **Especifique la marca** _____ NO VISTA 2 **Especifique la marca** No sabe: 998	
126	**VEA LA PREGUNTA "40". LUEGO,** SOLICITE PERMISO PARA TOMAR UNA MUESTRA DEL AGUA QUE SE CONSUME EN EL HOGAR, INDAGANDO SOBRE LA FUENTE O RECIPIENTE DE DONDE LOS MIEMBROS DEL HOGAR ACCEDEN AL AGUA QUE BEBEN DIARIAMENTE, A FIN DE EVALUAR LA CALIDAD BACTERIOLÓGICA DE LA MISMA. ***TOMAR LA MUESTRA DEL GRIFO O CAÑO,*** SI EL HOGAR CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA Y LA CONSUME DIRECTAMENTE DEL LUGAR DE SUMINISTRO. ***TOMAR LA MUESTRA DEL DEPÓSITO O RECIPIENTE***, SI EL HOGAR NO CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA; Ó, SI TENIENDO EL SERVICIO DE RED PUBLICA EL AGUA NO LA CONSUME DIRECTAMENTE DE LA FUENTE DE SUMINISTRO SINO DEL RECIPIENTE DONDE LA GUARDA. **SI MIEMBROS DEL HOGAR CONSUMEN EL AGUA DIRECTAMENTE DEL RIO, ACEQUIA, LAGUNA, MANANTIAL, POZO O SIMILAR , NO LA ALMACENAN, EN LA PREGUNTA 127 CIRCULE LA ALTERNATIVA "4".** **SI MIEMBROS DEL HOGAR PRINCIPALMENTE BEBEN AGUA EMBOTELLADA, CIRCULE LA ALTERNATIVA "5".**		
127	REALICE LA PRUEBA DE CLORO RESIDUAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	Mayor o Igual a 0.5 mg/Lt. ..... 1 De 0.1 mg/Lt. A menos de 0.5 mg/Lt. ..... 2 0.0 mg/Lt. ..... 3 La toman tal como viene del: Rio, Acequia, Pozo, etc 4 Toman agua embotellada ..... 5 No se pudo realizar la Prueba 9	
128	**VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE SALUD** **ENTREVISTADORA:** PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ES IMPORTANTE QUE PRIMERO VERIFIQUE LAS RESPUESTAS EN LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN Y, UNA A UNA, MARQUE LOS FILTROS QUE CORRESPONDAN. LUEGO, CON MUCHO TINO SOLICITE AL INFORMANTE AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LAS PRACTICAS DE SALUD DEL HOGAR		
129	**VERIFIQUE 48:** **ALMACENA EL AGUA PARA TOMAR (Código: 1)** ☐ ↓ **NO (Código: 2)** ☐ → 131		
130	¿Puedo ver el o los recipientes donde guardan el agua? OBSERVE SI EL RECIPIENTE TIENE O NO TAPA APROPIADA CIRCULE SEGÚN CORRESPONDA	RECIPIENTE TAPADO CON GRIFO/LLAVE ..... A RECIPIENTE TAPADO SIN GRIFO/LLAVE ..... B RECIPIENTE DESCUBIERTO ..... C JARRA/OLLA/SIMILAR CON TAPA ..... D JARRA/OLLA/SIMILAR SIN TAPA ..... E NO OBSERVÓ ..... Z OTRO _____ X Especifique	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
131	**VERIFIQUE 85:** ALMACENA INSECTICIDAS O PESTICIDAS (CÓDIGOS: 1 ó 2)	OTRAS RESPUESTAS (CÓDIGOS: 3, 4, 8 ó NINGUNO CIRCULADO) →	133
132	¿Podría ver dónde tiene guardados los insecticidas o pesticidas? OBSERVE SI TODOS ESTÁN EN ENVASES CERRADOS	TODOS EN ENVASES CERRADOS ..... 1 SÓLO ALGUNOS EN ENVASES CERRADOS ..... 2 TODOS EN ENVASES ABIERTOS. ..... 3 NO TIENE EN EL MOMENTO..... 4 NO OBSERVÓ..... 5	
133	**VERIFIQUE 86:** TIENE ALGÚN PRODUCTO TÓXICO (QUÍMICO) ALGÚN "SI" (CÓDIGO 1)	TODOS "NO" (CÓDIGOS 2) →	135
134	¿Podría ver dónde tiene guardado (NOMBRE DEL PRODUCTO (S) MENCIONADO (S) EN PGTA. 86? OBSERVE SI TODOS ESTÁN EN ENVASES CERRADOS	TODOS EN ENVASES CERRADOS ..... 1 SÓLO ALGUNOS EN ENVASES CERRADOS ..... 2 TODOS EN ENVASES ABIERTOS. ..... 3 NO TIENE EN EL MOMENTO..... 4 NO OBSERVÓ..... 5	
135	**VERIFIQUE 57:** SE LAVAN LAS MANOS DENTRO O FUERA DE LA VIVIENDA (CÓDIGOS: 1, 2, 3 ó 4)	NO ESPECIFICÓ LUGAR (CÓDIGO 5) →	137
136	SOLICITE ACCESO AL LUGAR DONDE SE LA - VAN LAS MANOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Y OBSERVE SI EN ÉSTE EXISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS	**SI** **NO** PUDO OBSERVAR..... 1 2 → 137 AGUA DE CAÑO O GRIFO..... 1 2 JABÓN..... 1 2 OTRO LIMPIADOR DE MANOS..... 1 2 LAVATORIO/ TINA/ BALDE..... 1 2 TOALLA LIMPIA O PÀÑO PARA SECARSE 1 2	
137	**VERIFIQUE 53:** RED PUBLICA DENTRO Y FUERA DE LA VIVIENDA / POZO SÉPTICO (CÓDIGOS: 11, 12 y 21) ↓ SERVICIO HIGIÉNICO ES LETRINA (CÓDIGOS: 31, 32, 33, 34 y 35) → SOLICITE MUY AMABLEMENTE ACCESO A LA LETRINA. LUEGO CONTINUE CON LA 138 NO TIENE SERVICIO HIGIENICO (CÓDIGO: 41, 51 y 96) →		FIN
138	DE ACUERDO A LO OBSERVADO REGISTRE	**SI** **NO** PUDO OBSERVAR..... 1 2 → FIN RESTOS DE MATERIA FECAL: INO-DORO, ASIENTO, PISO Y/O PAREDES..... 1 2 RECIPIENTE C/ TAPA PARA BASURA... 1 2 PRESENCIA DE MOSCAS..... 1 2	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

NOMBRE DE LA SUPERVISORA: _____ FECHA: _____

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUJER A SER ENTREVISTADA EN LA SECCIÓN DE "VIOLENCIA DOMÉSTICA"

1. Verifique en la portada del Cuestionario del Hogar el **último dígito del número de selección de la vivienda** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **fila** a usar en el cuadro. **FILA** ☐

2. Verifique **en la columna 9,** el total de mujeres entre 15-49 años que hay en el listado de hogar y escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la **columna** a usar **COLUMNA** ☐

3. Circule en el cuadro siguiente el número en la intersección de la correspondiente **FILA Y COLUMNA**.

Ultimo dígito del Número de Selección de la Vivienda	Número de mujeres listadas en Cuestionario de Hogar							
	Una mujer	Dos mujeres	Tres mujeres	Cuatro mujeres	Cinco mujeres	Seis mujeres	Siete mujeres	Ocho mujeres
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

4. El número circulado le indica cuál mujer en el LISTADO DE HOGAR es elegible para las preguntas de Violencia Doméstica, es decir, si es la primera mujer listada, o la segunda, la tercera, etc.
   Recuerde que el número circulado en el cuadro de arriba no es equivalente al número de orden de la mujer.

5. Revise la **columna 9** del LISTADO DE HOGAR para poder determinar el **número de orden** de la mujer seleccionada, es decir, el número de orden de la primera mujer listada, o la segunda o la tercera, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas y ponga una "X" al lado del número de orden en la **columna 9**. ☐☐