PRESIDENCIA

DEL CONSEJO DE MINISTROS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR **(ENDES - 2012)**

REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2012

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA			HOGAR	

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es_____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____

¿LA ENTREVISTADA ACEPTA LA ENTREVISTA?

SI, ACEPTA: 1 **SI, EN OTRO MOMENTO: 2** **NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3**

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : _____ | | |

MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA **SI = 1** **NO= 2**

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	**VISITA FINAL**
FECHA						FECHA: DÍA... / MES. / AÑO.....
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO / ENTREVISTADORA
RESULTADO***						RESULTADO FINAL...
PRÓXIMA VISITA: FECHA						NÚMERO TOTAL DE VISITAS .....
HORA						

***CÓDIGOS DE RESULTADO:**

1	COMPLETA	4	RECHAZADA	7	OTRA _____ (ESPECIFIQUE)
2	AUSENTE	5	RESPONDIDA PARCIALMENTE		
3	APLAZADA	6	INCAPACITADA		

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

TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN EL 2012

(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2012	Ha cumplido años en 2012
	No Sabe	
0 >	2011	---
1 >	2010	2011
2 >	2009	2010
3 >	2008	2009
4 >	2007	2008
5 >	2006	2007
6 >	2005	2006
7 >	2004	2005
8 >	2003	2004
9 >	2002	2003
10 >	2001	2002
11 >	2000	2001
12 >	1999	2000
13 >	1998	1999
14 >	1997	1998
15 >	1996	1997
16 >	1995	1996
17 >	1994	1995
18 >	1993	1994
19 >	1992	1993
20 >	1991	1992
21 >	1990	1991
22 >	1989	1990
23 >	1988	1989
24 >	1987	1988
25 >	1986	1987
26 >	1985	1986
27 >	1984	1985
28 >	1983	1984
29 >	1982	1983

Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2012	Ha cumplido años en 2012
	No Sabe	
30 >	1981	1982
31 >	1980	1981
32 >	1979	1980
33 >	1978	1979
34 >	1977	1978
35 >	1976	1977
36 >	1975	1976
37 >	1974	1975
38 >	1973	1974
39 >	1972	1973
40 >	1971	1972
41 >	1970	1971
42 >	1969	1970
43 >	1968	1969
44 >	1967	1968
45 >	1966	1967
46 >	1965	1966
47 >	1964	1965
48 >	1963	1964
49 >	1962	1963
50 >	1961	1962
51 >	1960	1961
52 >	1959	1960
53 >	1958	1959
54 >	1957	1958
55 >	1956	1957
56 >	1955	1956
57 >	1954	1955
58 >	1953	1954
59 >	1952	1953

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo? **SI ES CIUDAD, SONDEE**: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO 5	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo contínuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... ☐☐ SIEMPRE..... 95 VISITANTE ..... 96 → 105	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? **SI ES CIUDAD, SONDEE:** ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO 5	
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... ☐☐ NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... 1 9 ☐☐ NO SABE EL AÑO..... 9998	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? **COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES**	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... ☐☐	
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 114	
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" 0 MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	**CIRCULE NIVEL** / **ANOTE AÑO** / **ANOTE GRADO** INICIAL / PRE-ESCOLAR..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 3 SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 4 POSTGRADO..... 5	
110	**VERIFIQUE 106:** 24 AÑOS O MENOS ☐ 25 AÑOS O MÁS ☐ → 113		
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 → 113 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ / SE UNIÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03 TENÍA QUE AYUDAR EN LA CHACRA O NEGOCIO FAMILIAR ..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA TRABAJAR PARA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 ESTUDIA EN ACADEMIA PREUNIVERSITARIA/ CARRERA CORTA..... 13 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	**VERIFIQUE 108:** PRIMARIA O MENOS ☐ SECUNDARIA O SUPERIOR ☐ →		115
114	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de de estas frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE: ¿Puede Ud. leer parte de alguna de estas frases?	NO PUEDE LEER ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4 _____ ESPECIFIQUE EL IDIOMA CIEGA/PROBLEMAS VISUALES 5	
114A	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfa-betización o en algún otro programa que enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?	SI..... 1 NO..... 2	
114 B	**VERIFIQUE 114:** CIRCULÓ CÓDIGO 2, 3 ó 4 ☐ CIRCULÓ CÓDIGO 1 ó 5 ☐ →		116
115	¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
116	¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
117	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
119	¿Cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?	CASTELLANO ..... 1 QUECHUA ..... 2 AYMARA ..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN ..... 4 IDIOMA EXTRANJERO 5	
119A	¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO ..... 1 QUECHUA ..... 2 AYMARA ..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN ..... 4 IDIOMA EXTRANJERO 5	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿ Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	204
203	¿Cuántas hijas viven con usted? ¿Cuántos hijos viven con usted? **SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"**	HIJAS EN CASA…… ☐☐ HIJOS EN CASA..... ☐☐	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con usted? ¿Cuántos hijos no están viviendo con usted? **SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"**	HIJAS FUERA..... ☐☐ HIJOS FUERA..... ☐☐	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida, aunque sólo viviera pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 →	208
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? **SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"**	HIJAS MUERTAS..... ☐☐ HIJOS MUERTOS..... ☐☐	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL **SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"**	TOTAL..... ☐☐	
209	**VERIFIQUE 208:** Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL ☐☐ hijos nacidos vivos durante toda su vida?. ¿Es correcto? SI ☐ NO ☐ → **INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO**		
210	**VERIFIQUE 208:** UNO O MÁS NACIDOS VIVOS ☐ → 211 NINGÚN NACIDO VIVO ☐ →		226

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo.

ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 212 : LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS.

SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

212	213	214	215	216	217 **SI ESTA VIVO**	218 **SI ESTA VIVO**	219 **SI ESTA VIVO**	220 **SI ESTA MUERTO**	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o único	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? **INDAGUE:** ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? **SI "1 AÑO" INDAGUE:** En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? **ANOTE:** - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE) ? **SI :** SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS **NO:** PRÓXIMO NACIMIENTO
01 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PROXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	
02 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
03 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
04 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
05 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
06 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
07 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
08 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES __ AÑO ____	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS __	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO __ → PASE A 221	DÍAS..... 1 __ MESES..... 2 __ AÑOS..... 3 __	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO

212 ¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o único	214 ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? **INDAGUE:** ¿Cuándo es su cumpleaños?	216 ¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	217 **SI ESTA VIVO** ¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	218 **SI ESTA VIVO** ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	219 **SI ESTA VIVO** REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	220 **SI ESTA MUERTO** ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? **SI "1 AÑO" INDAGUE:** En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? **ANOTE:** - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	221 ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE) ? **SI :** SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS **NO:** PRÓXIMO NACIMIENTO
09 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS ☐☐	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO ☐☐ → PASE A 221	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
10 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS ☐☐	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO ☐☐ → PASE A 221	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
11 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS ☐☐	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO ☐☐ → PASE A 221	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
12 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS ☐☐	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO ☐☐ → PASE A 221	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
13 _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	SI..... 1 NO..... 2 → 220	EDAD EN AÑOS ☐☐	SI..... 1 NO..... 2	NUMERO ☐☐ → PASE A 221	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	SI..... 1 → SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO

221A	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?	SI..... 1 NO..... 2 → 223	
222	¿Ha tenido Ud. algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.	SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON ELTOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES ☐ NÚMEROS DIFERENTES ☐ → INDAGUE Y CORRIJA		
223A	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)	☐ ☐ ☐	
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES '12 MESES' O '1 AÑO' ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.	1. _____	2. _____ 3. _____
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.	☐☐	☐☐ ☐☐
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2007. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.	☐	
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2007 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8 → 229B	
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... ⌊_⌊_⌋	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada **en ese momento**, **quería esperar** más tiempo, o **no quería tener (más) hijos**?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Se ha hecho control del embarazo? SI, SÍ, ¿En dónde? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR PUBLICO** HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD ..... B FFAA Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA ..... D PUESTO DE SALUD MINSA ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO POSTA DE ESSALUD ..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... I CASA DE PARTERA ..... J **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG…… K HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA…. L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE HIZO CONTROL PRENATAL..... Y → 229B	
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... ⌊_⌊_⌋	
229B	¿Está Ud. afiliada al Seguro Integral de Salud? SI RESPONDE "SI" SOLICITE FICHA DE AFILIACIÓN	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 → 229D NO ESTÁ AFILIADA..... 3 → 230	
229C	REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN	CÓDIGO DE AFILIACIÓN DÍA ⌊_⌊ MES ⌊_⌊ AÑO ⌊_⌊_⌊_⌊	
229D	¿Cómo se enteró Ud. del Seguro Integral de Salud? ¿Por algún otro medio? CIRCULE TODAS LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE MENCIONE	POR LA TELEVISIÓN ..... A POR LA RADIO ..... B POR LOS PERIÓDICOS ..... C PERSONAL DE SALUD LE INFORMÓ ..... D A TRAVÉS DE UN FAMILIAR / AMIGOS ..... E CLUB DE MADRES/ COM. POPULAR..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 → 236	
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... ⌊_⌊ AÑO..... ⌊_⌊_⌊_⌊	
232	**VERIFIQUE 231:** ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DEL 2007 O DESPUÉS ☐ → 233 ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2007 ☐ → 236		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?	MESES..... ⌊_⌊_⌋	
233A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
234	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto desde enero del 2007?	SI..... 1 NO..... 2 →	236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO, QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO POSTERIOR A ENERO DEL 2007 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
235A	¿Tuvo Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2007?	SI..... 1 NO..... 2 →	236
235B	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... ⌊_⌊_⌋ AÑO..... ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	
236	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA	HACE: DÍAS..... 1 ⌊_⌊_⌋ SEMANAS..... 2 ⌊_⌊_⌋ MESES..... 3 ⌊_⌊_⌋ AÑOS..... 4 ⌊_⌊_⌋ HISTERECTOMIZADA/MENOPÁUSICA.....994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO.....995 NUNCA HA MENSTRUADO.....996	
237	Entre una regla y otra regla ¿Cree usted que hay ciertos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 →	239

PERIODO MENSTRUAL

238	Para Ud. ¿Cuáles son esos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada? _____ _____ ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	DÍAS ANTES AL INICIO DE LA REGLA/ MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA REGLA/MENSTRUACIÓN..... 02 DÍAS DESPUÉS DE TERMINADA LA REGLA / MENSTRUACIÓN..... 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 04 EN CUALQUIER DÍA / MOMENTO..... 05 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
239	¿Qué documentos de identificación tiene Ud. ? ¿Algún otro documento? CIRCULE TODOS LOS TIPOS DE DOCUMENTO QUE MENCIONE	PARTIDA DE NACIMIENTO…… A BOLETA DE INSCRIPCION…… B DNI…… C LIBRETA ELECTORAL…… D LIBRETA MILITAR…… E NO TIENE…… F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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

PARA CADA MÉTODO CIRCULADO CON CÓDIGO 1 EN 301, PREGUNTE 302

	301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oido hablar? - **ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.** **PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE PREGUNTE:** ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - **ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.**		302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)? **PREGUNTE PARA CADA METODO CIRCULADO "1" EN PREGUNTA 301**
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2 →	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2 →	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico o la obstetriz puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo ("T" de cobre).	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES O NORPLANT El medico o la obstetriz puede colocar en la cara interna del brazo de la mujer seis capsulas, las cuales pueden prevenir el embarazo durante cinco años.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
08	PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden usar dentro de la vagina una bolsita de plastico especial antes de cada relación sexual para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
09	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
10	MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
11	ABSTINENCIA PERIODICA: REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS, COLLAR DEL CICLO Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
12	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
13	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
14	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

303 **VERIFIQUE 302:**

NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) ☐ ↓

AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) ☐ → PASE A 307

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A		→ 327D
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? **CORRIJA 301 - 302 Y 303**		
307	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... ☐☐	
308	**VERIFIQUE 302 (01):** MUJER NO ESTERILIZADA ☐ MUJER ESTERILIZADA ☐		→ 311A
309	**VERIFIQUE 226:** **226=2, 8** **226=1** NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐		→ 319
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→ 319
311 311A	¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE DEL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES O NORPLANT..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... I LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... J ABSTINENCIA PERIÓDICA..... K RETIRO..... L ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	A, B → 312 C–M → 316
312	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 HOSPITAL DE ESSALUD .... 12 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 13 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP…… 14 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 15 OTRO GOBIERNO:_____ 16 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... 20 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 21 **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
313	**VERIFIQUE 311** SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA ☐ → ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijos a causa de esta operación? SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA ☐ → ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su esposo/compañero que no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
314	¿Cuánto pagó en total usted o su esposo por la esterilización, incluyendo la consulta?	COSTO..... S/. ☐☐☐☐ NO PAGO..... 9995 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9998	
315	¿En qué mes y año la(lo) operaron? VERIFIQUE QUE FECHA DEBE SER POSTERIOR A TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO. SONDEE Y CORRIJA SI FUESE NECESARIO.	MES..... ☐☐ AÑO..... ☐☐☐☐	
315A	**VERIFIQUE 311:** ELLA ESTERILIZADA ☐	ÉL ESTERILIZADO ☐ →	318
315B	¿Tomó Ud. la decisión de operarse durante su control pre-natal, en el parto, después del parto, o en otro momento?	EN EL CONTROL PRE-NATAL..... 1 EN EL PARTO..... 2 DESPUÉS DEL PARTO..... 3 EN OTRO MOMENTO_____ 6 ESPECIFIQUE	→ 318
316	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL EN 311) la última vez?	MES..... ☐☐ AÑO..... ☐☐☐☐	
317	**VERIFIQUE 311:** PILDORA, DIU, INYECCIÓN, NORPLANT,CONDÓN, VAGINALES, PÍLDORA DEL DIA SIGUIENTE ☐	USUARIAS DE OTROS MÉTODOS ☐ →	318
317A	La última vez que obtuvo (PRIMER METODO EN 311) ¿Cuánto pagó en total, incluyendo el costo del método y la consulta? SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A PREGUNTE POR EL QUE ESTE MAS ARRIBA EN LA LISTA	COSTO..... S/. ☐☐☐ NO PAGÓ..... 995 NO SABE..... 998	
318	**VERIFIQUE 315 Y 316:** ANTES DE ENERO 2007 ☐ ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 2007	ENERO DEL 2007 O DESPUÉS ☐ ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL **CALENDARIO** Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
318A	**VERIFIQUE CASILLAS EN 318:** ANTES DE ENERO 2007 ☐ → **PASE A 320** ENERO DEL 2007 O DESPUÉS ☐ → **CONTINUE CON 319**		
319	Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada. - USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 2007; - USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. **EN LA COLUMNA 1:** - PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA. - NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO. **PREGUNTAS ILUSTRATIVAS** - Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada? - ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó? - Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua? - ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción? **EN LA COLUMNA 2:** **PREGUNTAS ILUSTRATIVAS** - ¿Por qué dejó de usar (EL MÉTODO)? ¿Dejó de utilizar (EL MÉTODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón? - ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO. - EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1. - SI DEJÓ DE USAR INTENCIONALMENTE (EL MÉTODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? ANOTE "0" EN CADA MES, EN LA COLUMNA 1. **EN LA COLUMNA 3:** - PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL **PRIMER MES DE USO**. **PREGUNTAS ILUSTRATIVAS** ¿Dónde obtuvo el método cuándo Ud. empezó a usarlo? ¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)?		
320	**VERIFIQUE 311 Y 311A:** CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN.FEMENINO..... 08 → 327 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 → 328 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
321	**VERIFIQUE 315 Y 316:** EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2007 O DESPUÉS ☐ FECHA: ☐☐ Mes ☐☐☐☐ Año → 321 A EMPEZÓ A USAR ANTES DEL 2007 ☐ → 327		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321A	**SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01. PASE 322** Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL EN 320) en (FECHA EN 321). En ese momento, ¿dónde **le prescribieron o indicaron** dicho método? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... **10** CENTRO DE SALUD MINSA ..... **11** PUESTO DE SALUD MINSA ..... **12** PROMOTOR DE SALUD MINSA ..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... **14** POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD ..... **15** HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP ..... **16** HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... **17** OTRO GOBIERNO:_____ 18 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... **20** FARMACIA/BOTICA ..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... **22** **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... **31** PROMOTORES DE ONG ..... 32 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA ..... **33** **OTRO** TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL ..... 41 AMIGOS/ PARIENTES ..... 42 NADIE/ SE AUTOMEDICÓ ..... 95 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
322	A Ud. **le prescribieron** (MÉTODO ACTUAL EN 320) de (FUENTE DE MÉTODO EN 312/321A) en (FECHA EN 321). ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	SI ..... 1 → 324 NO 2	
323	En algún otro momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud/farmacéutico sobre los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con ese método?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 324A	
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	SI ..... 1 NO 2	
324A	**VERIFIQUE 323:** CIRCULÓ CÓDIGO "1" ☐ → En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar? NO CIRCULÓ "1" O NO SE HIZO PREGUNTA ☐ → Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar?	SI ..... 1 → 325A NO 2	
325	¿En algún momento, Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI ..... 1 NO 2	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	SI ..... 1 → 325F NO ..... 2 NO TENÍA PREFERENCIA ..... 3 NO QUERÍA USAR MÉTODO ..... 4 → 325D OTRO_____ 6 (ESPECIFIQUE)	
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA) ..... 02 PÍLDORA ..... 03 DIU ..... 04 INYECCIÓN ..... 05 IMPLANTES O NORPLANT ..... 06 CONDÓN ..... 07 CONDÓN.FEMENINO ..... 08 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES) ..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA) ..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA ..... 11 RETIRO ..... 12 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
325C	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA MÉTODO EN ESTAB. SALUD…… A MUY COSTOSO…… B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
325D	¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usando?	MI ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 MÉDICO, OBSTETRIZ, ENFERMERA..... 02 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 03 PROMOTOR DE SALUD DE ONG..... 04 ELLA MISMA..... 05 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	
325E	¿Por qué usted aceptó usar el método que actualmente usa?	FUE RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD..... 01 NO HABÍA OTRO MÉTODO DISPONIBLE..... 02 ESPOSO/COMPAÑERO QUERÍA ESE MÉTODO..... 03 ME OFRECIERON VÍVERES/SERVICIOS DE SALUD GRATIS..... 04 DEJARÍA DE SER BENEFICIARIA DE ALGÚN PROGRAMA..... 05 OTRO_____ 96 ESPECIFIQUE	
325F	**VERIFIQUE 312 Ó 321A:** 312= CUALQUIER CÓDIGO O 321A=ALGÚN CÓDIGO EN SEGUNDA COLUMNA	321A= OTROS CÓDIGOS ☐ →	326
325G	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando **le prescribieron o indicaron** (MÉTODO ACTUAL EN 320) en (FECHA EN 321). En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", Cómo le pareció:	BUENO REGULAR MALO NS HORARIO…… 1 2 3 8 PLANIF. FAMILIAR…… 1 2 3 8 MÉTODO PRESCRITO. 1 2 3 8 COMODIDAD SALA…… 1 2 3 8 LIMPIEZA SALA…… 1 2 3 8 TIEMPO DE ESPERA… 1 2 3 8 PERSONAL ADMINIS… 1 2 3 8 PERSONAL ENFERM… 1 2 3 8 TRATO MÉDICO…… 1 2 3 8 EXPLICACIÓN MÉDICO 1 2 3 8 ATENCIÓN…… 1 2 3 8	
326	**VERIFIQUE 320:** CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → 327B INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → 327B ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327	¿Dónde obtuvo usted (METODO), la última vez? **SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01, PASE A 330** SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 PUESTO DE SALUD MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD…… 15 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP…… 16 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD…… 17 OTRO GOBIERNO:_____ 18 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 22 **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 PROMOTORES DE ONG..... 32 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 33 **OTRO** TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... 41 AMIGOS/ PARIENTES..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
327A	PASE A		330
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del (DIU/Norplant)?	SI..... 1 NO..... 2	330
327C	En los ùltimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Cuántos controles del (DIU/Norplant) le han hecho?	NÚMERO DE CONTROLES.....	330
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	**NO EN UNIÓN**..... 11 **RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD** NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSIA..... 23 HISTERECTOMÍA..... 24 INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MÁS HIJOS..... 27 EMBARAZADA..... 28 **OPOSICIÓN A USAR** ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 **FALTA DE CONOCIMIENTO** NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42 **RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO** PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 **RAZONES DE ACCESO/COSTO** FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	330

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
328	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 →	330
329	¿Cuál es ese lugar? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP…… G HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... H OTRO GOBIERNO: _____ I (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... J FARMACIA / BOTICA ..... K CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... L OTRO PRIVADO: _____ M (ESPECIFIQUE) **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... N PROMOTORES DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P **OTRO** TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... Q AMIGOS/ PARIENTES..... R OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
330	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de esta año, ¿La ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
331	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2 →	401
332	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL ☐

401 **VERIFIQUE 224:**

UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2007 ☐ ↓

NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2007 ☐ → **PASE A 480A**

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2007 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	NÚMERO DE ORDEN ☐☐	NÚMERO DE ORDEN ☐☐	NÚMERO DE ORDEN ☐☐
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DEL 2007. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE _____ VIVO ☐ MUERTO ☐	NOMBRE _____ VIVO ☐ MUERTO ☐	NOMBRE _____ VIVO ☐ MUERTO ☐
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno. Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada **entonces,** quería **esperar más tiempo** o **no quería** tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 **(PASE A 407)** ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 **(PASE A 407)** ←	ENTONCES..... 1 **(PASE A 426)** ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 **(PASE A 426)** ←	ENTONCES..... 1 **(PASE A 426)** ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 **(PASE A 426)** ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 ☐☐ AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE..... 998	MESES..... 1 ☐☐ AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE..... 998	MESES..... 1 ☐☐ AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? SI, ¿ Con quién se chequeó? ¿ Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TECNICO EN ENFERMERÍA.... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y **(PASE A 413)** ←		
408	¿Dónde se controló? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA.. D PUESTO DE SALUD MINSA... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PART..... I CASA DE PARTERA..... J **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... K HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98		
410	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... ☐☐ NO SABE..... 98		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
410 A	**VERIFIQUE 410:** NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ ☐ → **(PASE A 411)** MÁS DE UNA VEZ O NS ☐		
410 B	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98		
411	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente:	SI NO		
	a. ¿La pesaron?	PESO..... 1 2		
	b. ¿Le midieron la barriga?	BARRIGA..... 1 2		
	c. ¿Le tomaron la presión arterial?	PRESIÓN ARTERIAL... 1 2		
	d. ¿Le hicieron un examen de orina?	EXAMEN DE ORINA.... 1 2		
	e. ¿Le hicieron un examen de sangre?	EXAMEN DE SANGRE 1 2		
	f. ¿Escucharon los látidos del corazón del bebé?	LATIDOS BEBÉ..... 1 2		
	g. ¿Le hicieron la prueba para descartar Sífilis?	PRUEBA SÍFILIS..... 1 2		
	h. ¿Le hicieron la prueba para descartar el VIH/SIDA?	PRUEBA VIH/SIDA..... 1 2		
411 A	**VERIFIQUE: 411 (d.), 411 (e.), 411 (g.) y 411 (h.)** **CIRCULÓ "SI", EN: 411 (d.), 411 (e.), 411 (g.) ó 411 (h.)** ☐ **OTRAS RESPUESTAS** ☐ → **412**			
411 B	**EN 411 (d) CIRCULÓ** **Si** ☐ **No** ☐ → 411 C ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el primer Examen de Orina?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
411 C	**EN 411 (e) CIRCULÓ** **Si** ☐ **No** ☐ → 411 D ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el primer Examen de Sangre?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
411 D	**EN 411 (g) CIRCULÓ** **Si** ☐ **No** ☐ → 411 E ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron la primera prueba para descartar Sífilis?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
411 E	**EN 411 (h) CIRCULÓ** **Si** ☐ **No** ☐ → 412 ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron la primera prueba para descartar VIH/SIDA?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98		
412	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 413)**		
412A	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
413	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2		
414	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en el brazo o la nalga para prevenir al bebe contra el tétanos; es decir, convulsiones después del nacimiento? (SI DICE "NO" SONDEE)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 417)**		
415	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿Cuántas veces (dósis) le pusieron (de) esa vacuna?.	VECES/DOSIS…… ☐☐ NO SABE..... 8		
416	**VERIFIQUE 415:** NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA	2 Ó MAS DOSIS ☐ → **(PASE A 421)** OTRO ☐		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE _____
417	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 421)**		
418	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?.	VECES/DOSIS..... ___ NO SABE..... 8		
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	MES ..... ___ NO SABE..... 98 AÑO ..... ____ **(PASE A 421)** NO SABE..... 9998		
420	Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE), ¿hace cuántos años recibió usted la vacuna contra el tétanos?.	AÑOS..... ___ NO SABE..... 98		
421	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 423)**		
422	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS ___ NO SABE..... 998 NRO. DE INYECCIONES.. ___ NO SABE..... 98		
423	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
424	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguién más? TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA.... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO DE ENFERMERÍA.... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO DE ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
426 A	¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SU DOMICILIO..... 11 **SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 **(PASE A 426D)** ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 **(PASE A 426D)** POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 **SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 **(PASE A 426D)** ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 **(PASE A 426D)** POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 **SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 **(PASE A 426D)** ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 **(PASE A 426D)** POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO ☐☐ NOMBRE _____
426 B	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN. 20 PERSONAL ES DESCUIDADO. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER.. 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO_____ 96 (ESPECIFIQUE)
426 C	**VERIFIQUE 426 A** DIÓ A LUZ EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	**CÓDIGO:** 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 ☐ **(PASE A 426 G)** **CÓDIGO:** 11, 33 ó 96 ☐	**CÓDIGO:** 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 ☐ **(PASE A 427)** **CÓDIGO:** 11, 33 ó 96 ☐	**CÓDIGO:** 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 ☐ **(PASE A 427)** **CÓDIGO:** 11, 33 ó 96 ☐
426 D	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que **decidió** ir hasta que llegó al establecimiento de salud para dar a luz? SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998
426 E	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó al establecimiento hasta que fue examinada por el personal de salud? SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998
426 F	(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
426 G	Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo: a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. ¿Sangrado excesivo después del parto? c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? e. ¿Alguna otra complicación?	**SI NO** LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO.... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA: _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)		
427	Después del parto de (NOMBRE) ¿tuvo Ud. algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 427D)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 428A)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 428A)**
427 A	¿A las cuántas **horas**, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998		
427 B	¿Quién le hizo el control? SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA.... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
427 C	¿Dónde se controló Ud.? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE)	**SU DOMICILIO**..... 11 **SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
427 D	Durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas como consecuencia del parto?: a. ¿Sangrado intenso por la vagina? b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento? c. ¿Fiebre alta o escalofríos? d. ¿Infección de los senos? e. ¿Dolor y ardor al orinar? f. ¿Flujos o líquidos vaginales? g. ¿Pérdida involuntaria de orina?	**SI NO** SANGRADO INTENSO..... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1 2 INFECCIÓN DE LOS SENOS.. 1 2 DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA DE ORINA..... 1 2		
427 E	VERIFIQUE 427D:	AL MENOS UN SI ☐ → NINGÚN SI ☐ → **(PASE A 427G)**		
427 F	Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) ¿Recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2		
427 G	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2		
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 → **(PASE A 428B)** NO..... 2 → **(PASE A 428C)**		
428 A	¿Le volvió su regla (el período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 429A)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 429A)**
428 B	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98
428 C	**VERIFIQUE 226:** ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	**226=2** NO EMBARAZADA ☐ → EMBARAZADA O INSEGURA ☐ → **(PASE A 429A)**		
429	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 430)**		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
429 A	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98
430	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE ..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO ..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
430 A	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 430C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 430C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 430C)**
430 B	¿Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 ☐☐☐☐ GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 ☐☐☐☐ NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 ☐☐☐☐ GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 ☐☐☐☐ NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 ☐☐☐☐ GRAMOS SEGÚN RECUERDA... 2 ☐☐☐☐ NO SABE..... 99998
430 C	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué inscrito en la Municipalidad / Oficina Registral de RENIEC? SI RESPONDE "SI" SOLICITE PARTIDA DE NACIMIENTO Y/O DNI	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim. / DNI 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 431)**	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim./DNI. 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 432)**	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim. / DNI. 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 432)**
430 D	**VERIFIQUE SI LA PARTIDA TIENE CÓDIGO UNICO DE IDENTIDAD (CUI) Y REGÍSTRELO; O COPIE EL CUI DEL DNI**	**SI TIENE Nº CUI**..... 1 ☐☐☐☐☐☐☐☐ **NO TIENE**..... 2	**TIENE Nº CUI**..... 1 ☐☐☐☐☐☐☐☐ **NO TIENE**..... 2	**TIENE Nº CUI**..... 1 ☐☐☐☐☐☐☐☐ **NO TIENE**..... 2
431	**VERIFIQUE 426A:** ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 33 Y 96 ☐ → **(PASE A 432)** OTROS CÓDIGOS ☐		
431 A	Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón al niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
432	¿(NOMBRE), está afiliado(a) al Seguro Integral de Salud (SIS)? SI RESPONDE "SI" SOLICITE FICHA DE AFILIACIÓN.	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 433)**	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 434)**	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICH/ 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 434)**
432 A	**REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN**	**CÓDIGO DE AFILIACIÓN** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Día Mes Año** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	**CÓDIGO DE AFILIACIÓN** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Día Mes Año** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	**CÓDIGO DE AFILIACIÓN** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Día Mes Año** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
433	Durante el primer mes, después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Le hicieron al bebé algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 434)**		
433 A	¿A las cuántas **horas**, días o semanas después de que (NOMBRE) nació tuvo su primer control o chequeo médico? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐ SEMANAS..... 3 ☐☐ NO SABE..... 998		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
433 B	¿Quién le hizo el control? SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA.... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
433 C	¿Dónde le hicieron el control a (NOMBRE)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE)	**SU DOMICILIO**..... 11 **SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96		
434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 → **(PASE A 436)** NO..... 2	SI..... 1 → **(PASE A 436)** NO..... 2	SI..... 1 → **(PASE A 436)** NO..... 2
435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) **(PASE A 441)**	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) **(PASE A 441)**	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.. 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) **(PASE A 441)**
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 ☐☐ DÍAS..... 2 ☐☐
436 A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 436C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 436C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 436C)**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
436 B	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)? ¿Algo más? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFEREN- TE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFEREN- TE A LA LECHE MATERNA.. A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFEREN- TE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)
436 C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con usted, inmediatamente después que nació?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
437	**VERIFIQUE 404:** ¿NIÑO VIVO?	VIVO ☐ MUERTO ☐ **(PASE A 439)**	VIVO ☐ MUERTO ☐ **(PASE A 439)**	VIVO ☐ MUERTO ☐ **(PASE A 439)**
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 **(PASE A 441)** ← NO..... 2	SI..... 1 **(PASE A 441)** ← NO..... 2	SI..... 1 **(PASE A 441)** ← NO..... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98	MESES..... ☐☐ NO SABE..... 98
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA.. 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna durante el embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 443)** ←	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 443)** ←	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 443)** ←
442	¿En qué lugar recibió la capacitación (charla, enseñanza)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.. 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART... 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA. 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
443	**VERIFIQUE 404:** ¿NIÑO VIVO?	VIVO ☐ → MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO ☐ → PASE A 446 MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO ☐ → PASE A 446 MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)
443 A	**VERIFIQUE 438:** ¿LACTANDO?	SI LACTA ☐ NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ ☐ **(PASE A 446)**		
444	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES ..... ☐☐		
445	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES ☐☐		
446	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
447	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SÍ, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES ☐☐ NO COME..... 00 NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES ☐☐ NO COME..... 00 NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES ☐☐ NO COME..... 00 NO SABE..... 98
449		REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, **PASE A 451**	REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, **PASE A 451**	REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, **PASE A 451**

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL

451 ANOTE EL NÚMERO Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2007
HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL FORMULARIO ADICIONAL).

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
452	**VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212**	NÚMERO DE ORDEN ☐☐	NÚMERO DE ORDEN ☐☐	NÚMERO DE ORDEN ☐☐
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____ **VIVO** ☐ **MUERTO** ☐ (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS **PASE A 480**)	NOMBRE _____ **VIVO** ☐ **MUERTO** ☐ (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS **PASE A 480**)	NOMBRE _____ **VIVO** ☐ **MUERTO** ☐ (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS **PASE A 480**)
454	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 **(PASE A 456)** SÍ, NO VISTA..... 2 **(PASE A 458)** SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 **(PASE A 456)** SÍ, NO VISTA..... 2 **(PASE A 458)** SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1 **(PASE A 456)** SÍ, NO VISTA..... 2 **(PASE A 458)** SIN TARJETA..... 3
455	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 458)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 458)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 458)**

456 **ENTREVISTADORA**

1 **AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA.**

2 ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIÓ UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.

ÚLTIMO NACIDO VIVO

☐☐ **NÚMERO DE ORDEN** **NOMBRE** _____

		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
BCG (Recién nacido)	BCG	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	**ANTIHEPATITIS** B HvB (Recién nacido)		HVB 0	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
POLIO	P 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	P 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	P 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Pe 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Pe 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
DPT	DPT 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	DPT 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	DPT 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	HvB 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	HvB 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Hib 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Hib 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
TETRAVALENTE	T	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐				
HEXAVALENTE	He 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	He 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	He 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ROTAVIRUS	Rot 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Rot 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐		
NEUMOCOCO	Neu 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Neu 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Neu 3	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
INFLUENZA	Inf 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Inf 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐		
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	**ANTIAMARILICA - AMA**		AMA	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

REFUERZOS Y VITAMINA " A "

DPT	1ero	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	2do	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
SPR	1ero	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐			
VITAMINA "A"	VA 1	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	VA 2	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	VA 3 ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
	VA 4	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	VA 5	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	VA 6 ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PENÚLTIMO NACIDO VIVO

NÚMERO DE ORDEN **NOMBRE** _____

		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
BCG (Recién nacido)	BCG		**ANTIHEPATITIS** B HvB (Recién nacido)		HVB 0	
POLIO	P 1		P 2		P 3	
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1		Pe 2		Pe 3	
DPT	DPT 1		DPT 2		DPT 3	
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1		HvB 2		HvB 3	
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1		Hib 2		Hib 3	
TETRAVALENTE	T					
HEXAVALENTE	He 1		He 2		He 3	
ROTAVIRUS	Rot 1		Rot 2			
NEUMOCOCO	Neu 1		Neu 2		Neu 3	
INFLUENZA	Inf 1		Inf 2			
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR		**ANTIAMARILICA - AMA**		AMA	

REFUERZOS Y VITAMINA " A "

DPT	1ero		2do			
SPR	1ero					
VITAMINA "A"	VA 1		VA 2		VA 3	
	VA 4		VA 5		VA 6	

ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO

NÚMERO DE ORDEN **NOMBRE** _____

		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
BCG (Recién nacido)	BCG		**ANTIHEPATITIS** B HvB (Recién nacido)		HVB 0	
POLIO	P 1		P 2		P 3	
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1		Pe 2		Pe 3	
DPT	DPT 1		DPT 2		DPT 3	
ANTIHEPATITIS B - HVB	HvB 1		HvB 2		HvB 3	
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1		Hib 2		Hib 3	
TETRAVALENTE	T					
HEXAVALENTE	He 1		He 2		He 3	
ROTAVIRUS	Rot 1		Rot 2			
NEUMOCOCO	Neu 1		Neu 2		Neu 3	
INFLUENZA	Inf 1		Inf 2			
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR		**ANTIAMARILICA - AMA**		AMA	

REFUERZOS Y VITAMINA " A "

DPT	1ero		2do			
SPR	1ero					
VITAMINA "A"	VA 1		VA 2		VA 3	
	VA 4		VA 5		VA 6	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
457	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no están registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en Campañas Nacionales de Vacunación? MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO, PENTAVALENTE, DPT, ANTIHEPATITIS, ANTIHAEMOPHILUS, TETRAVALENTE, HEXAVALENTE, ROTAVIRUS, NEUMOCOCO, INFLUENZA, ANTI-SARAMPIONOSA, SPR, ANTIAMARÍLICA, VITAMINA "A".	SI ... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) **(PASE A 464)** NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 464)**	SI ... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) **(PASE A 464)** NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 464)**	SI ... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) **(PASE A 464)** NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 464)**
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de Campaña Nacional de Vacunación?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 465B)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 465B)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 465B)**
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el hombro y deja una cicatriz?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461)**
460A	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8
461	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461B)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461B)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461B)**
461A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8
461B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461E)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461E)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 461E)**
461C	¿A los cuantos días o semanas de nacido (NOMBRE) recibió por 1ra. vez la vacuna contra la HEPATITIS B?	DÍAS ... 1 SEMANAS ... 2	DÍAS ... 1 SEMANAS ... 2	DÍAS ... 1 SEMANAS ... 2
461D	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8
461E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHAEMOPHILUS, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo para evitar la neumonía y meningitis?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 462)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 462)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 462)**
461F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8	No. DE VECES ... NO SABE ... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo para evitar la DIFTERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS, HEPATITIS B y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 462B)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 462B)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 462B)**
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna TETRAVALENTE, que es para evitar la DIFTERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
463	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA, que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
463A	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo para evitar la fiebre amarilla?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
464	¿Algunas de las vacunas que recibió (NOMBRE) fueron parte de alguna Campaña Nacional de vacunación?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465)**
464A	¿En qué Campaña Nacional de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	CAMPAÑA 2008 A CAMPAÑA 2009 B CAMPAÑA 2010 C OTRA_____ X (ESPECIFIQUE)	CAMPAÑA 2008 A CAMPAÑA 2009 B CAMPAÑA 2010 C OTRA_____ X (ESPECIFIQUE)	CAMPAÑA 2008 A CAMPAÑA 2009 B CAMPAÑA 2010 C OTRA_____ X (ESPECIFIQUE)
465	**VERIFIQUE EN EL CARNET O TARJETA SI APARECE FECHA PARA VITAMINA "A"**	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" **(PASE A 465B)**	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" **(PASE A 465B)**	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" **(PASE A 465B)**
465A	De acuerdo a la tarjeta de vacunación de (NOMBRE), recibió una dosis (la última dosis) de Vitamina A en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE) ¿Después de esa fecha recibió (NOMBRE) otra dosis de Vitamina A?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465D)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465D)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465D)**
465B	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465E)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465E)**	SI 1 NO 2 NO SABE 8 **(PASE A 465E)**
465C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8	No. DE VECES NO SABE 8
465D	En los últimos seis meses ¿(NOMBRE) recibió alguna (otra) dosis de VITAMINA A?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
465E	En los últimos siete dias ¿(NOMBRE) tomó hierro en pastilla o jarabe?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
466	En los últimos 6 meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 466C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 466C)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 466C)**
466A	¿Quién le controló a (NOMBRE) el crecimiento y desarrollo? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
466B	¿Dónde tuvo lugar el control de (NOMBRE)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
466C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? SI NINGUNO, ANOTE "00"	Nº DE VECES..... NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... NO SABE..... 98
466D	**VERIFIQUE 454:** **TARJETA DE VACUNACIÓN**	"SI, VISTA" EN 454 OTRA RESPUESTA **(PASE A 467)**	"SI, VISTA" EN 454 OTRA RESPUESTA **(PASE A 467)**	"SI, VISTA" EN 454 OTRA RESPUESTA **(PASE A 467)**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
466E	1) PASE A 466F PORQUE AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIARÁ DEL CARNÉ LAS FECHAS DE CADA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA			
	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	PESO	P 0 . Kg	P 0 . Kg	P 0 . Kg
	TALLA	T 0 . cm	T 0 . cm	T 0 . cm
	ATENCIONES A PARTIR DEL MES			
	CONTROL 1	C 1	C 1	C 1
	PESO 1	P 1 . Kg	P 1 . Kg	P 1 . Kg
	TALLA 1	T 1 . cm	T 1 . cm	T 1 . cm
	CONTROL 2	C 2	C 2	C 2
	PESO 2	P 2 . Kg	P 2 . Kg	P 2 . Kg
	TALLA 2	T 2 . cm	T 2 . cm	T 2 . cm
	CONTROL 3	C 3	C 3	C 3
	PESO 3	P 3 . Kg	P 3 . Kg	P 3 . Kg
	TALLA 3	T 3 . cm	T 3 . cm	T 3 . cm
	CONTROL 4	C 4	C 4	C 4
	PESO 4	P 4 . Kg	P 4 . Kg	P 4 . Kg
	TALLA 4	T 4 . cm	T 4 . cm	T 4 . cm
	CONTROL 5	C 5	C 5	C 5
	PESO 5	P 5 . Kg	P 5 . Kg	P 5 . Kg
	TALLA 5	T 5 . cm	T 5 . cm	T 5 . cm
	CONTROL 6	C 6	C 6	C 6
	PESO 6	P 6 . Kg	P 6 . Kg	P 6 . Kg
	TALLA 6	T 6 . cm	T 6 . cm	T 6 . cm
	CONTROL 7	C 7	C 7	C 7
	PESO 7	P 7 . Kg	P 7 . Kg	P 7 . Kg
	TALLA 7	T 7 . cm	T 7 . cm	T 7 . cm
	CONTROL 8	C 8	C 8	C 8
	PESO 8	P 8 . Kg	P 8 . Kg	P 8 . Kg
	TALLA 8	T 8 . cm	T 8 . cm	T 8 . cm
	CONTROL 9	C 9	C 9	C 9
	PESO 9	P 9 . Kg	P 9 . Kg	P 9 . Kg
	TALLA 9	T 9 . cm	T 9 . cm	T 9 . cm
	CONTROL 10	C10	C 10	C10
	PESO 10	P10 . Kg	P10 . Kg	P10 . Kg
	TALLA 10	T10 . cm	T10 . cm	T10 . cm
	CONTROL 11	C11	C 11	C11
	PESO 11	P11 . Kg	P11 . Kg	P11 . Kg
	TALLA 11	T11 . cm	T11 . cm	T11 . cm
	CONTROL 12	C12	C12	C12
	PESO 12	P12 . Kg	P12 . Kg	P12 . Kg
	TALLA 12	T12 . cm	T12 . cm	T12 . cm
	CONTROL 13	C13	C13	C13
	PESO 13	P13 . Kg	P13 . Kg	P13 . Kg
	TALLA 13	T13 . cm	T13 . cm	T13 . cm

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____
466F	**VERIFIQUE FECHA DE NACIMIENTO Y 466D**	**EDAD < 36 MESES Y TARJETA VISTA** → ☐ **EDAD ≥ 36 MESES** → ☐ PASE 467	**EDAD < 36 MESES Y TARJETA** → ☐ **EDAD ≥ 36 MESES** → ☐ PASE 467	**EDAD < 36 MESES Y TARJETA VISTA** → ☐ **EDAD ≥ 36 MESES** → ☐ PASE 467
466G	En alguno de los Controles de Crecimiento y Desarrollo que tuvo (NOMBRE):	**SI / NO / NO RECUERDA**	**SI / NO / NO RECUERDA**	**SI / NO / NO RECUERDA**
	a. ¿Usted practicó como dar de lactar a (NOMBRE)?	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8
	b. ¿Usted practicó como preparar los alimentos de (NOMBRE)?	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8
	c. ¿Usted practicó como realizar el aseo o higiene de (NOMBRE)?	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8	1 / 2 / 8
467	En los últimos 14 dias, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
468	En los últimos 14 dias, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**
468A	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 469)**
468B	¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupida?	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA..... 2 AMBOS..... 3 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8
469	**VERIFIQUE 467 Y 468:** FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 468 → ☐ OTRA RESPUESTA → ☐ **(PASE A 472)**	"SI" EN 467 O EN 468 → ☐ OTRA RESPUESTA → ☐ **(PASE A 472)**	"SI" EN 467 O EN 468 → ☐ OTRA RESPUESTA → ☐ **(PASE A 472)**
469A	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la fiebre o tos, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
469B	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la fiebre o tos, le dio más o le dio menos comida? SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
469C	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos) de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 470A)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 470A)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 470A)**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
469D	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ¿En algún otro sitio? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA..... **L** FAMILIAR/AMIGO..... **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA..... **L** FAMILIAR/AMIGO..... **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA..... **L** FAMILIAR/AMIGO..... **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)
469E	**VERIFIQUE 469D :**	**2 Ó MÁS CÓDIGOS** ☐ **UN CÓDIGO** ☐ **(PASE A 469G)**	**2 Ó MÁS CÓDIGOS** ☐ **UN CÓDIGO** ☐ **(PASE A 469G)**	**2 Ó MAS CÓDIGOS** ☐ **UN CÓDIGO** ☐ **(PASE A 469G)**
469F	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento? **ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 469D**	PRIMER LUGAR..... ☐	PRIMER LUGAR..... ☐	PRIMER LUGAR..... ☐
469G	¿Cúantos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? **SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".**	Nº DE DIAS..... ☐☐	Nº DE DIAS..... ☐☐	Nº DE DIAS..... ☐☐
469H	**VERIFIQUE 469F Y 469D:**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** ☐ **OTROS CÓDIGOS** ☐ **(PASE A 471)**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** ☐ **OTROS CÓDIGOS** ☐ **(PASE A 471)**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** ☐ **OTROS CÓDIGOS** ☐ **(PASE A 471)**
470 470A	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos? ¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
471	¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8
471A	¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 472)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 472)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 **(PASE A 472)**
471B	¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos? ¿Algo más? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICOS..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z **(PASE A 472)**	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z **(PASE A 472)**	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z **(PASE A 472)**

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
471C	Cuando (NOMBRE) enfermó ¿Usted ya tenía estos remedios en casa? CIRCULE TODOS LOS QUE TENIA	ANTIHISTAMÍNICO ... A ANTIBIÓTICO ... B ANTIMALÁRICOS ... C JARABE PARA LA TOS ... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ... E NINGUNO ... F	ANTIHISTAMÍNICO ... A ANTIBIÓTICO ... B ANTIMALÁRICO ... C JARABE PARA LA TOS ... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ... E NINGUNO ... F	ANTIHISTAMÍNICO ... A ANTIBIÓTICO ... B ANTIMALÁRICO ... C JARABE PARA LA TOS ... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ... E NINGUNO ... F
472	En los últimos 14 dias, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 476)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 476)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 476)**
472A	¿Durante la diarrea tuvo alguno de estos síntomas o dolencias?: a. ¿Estuvo intranquilo, irritable? b. ¿Estuvo sediento, bebía los líquidos rápidamente? c. ¿Lloraba sin lágrimas? d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?	**SI NO NS** INTRANQUILO ... 1 2 8 SEDIENTO ... 1 2 8 SIN LÁGRIMAS ... 1 2 8 PIEL RESECA ... 1 2 8	**SI NO NS** INTRANQUILO ... 1 2 8 SEDIENTO ... 1 2 8 SIN LÁGRIMAS ... 1 2 8 PIEL RESECA ... 1 2 8	**SI NO NS** INTRANQUILO ... 1 2 8 SEDIENTO ... 1 2 8 SIN LÁGRIMAS ... 1 2 8 PIEL RESECA ... 1 2 8
472B	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (caquita) tuvo (NOMBRE)?	Nº DE DEPOSICIONES ... NO SABE ... 98	Nº DE DEPOSICIONES ... NO SABE ... 98	Nº DE DEPOSICIONES ... NO SABE ... 98
472C	¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8
473	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS BEBIDAS ... 4 NADA DE BEBER ... 5 NO SABE ... 8	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS BEBIDAS ... 4 NADA DE BEBER ... 5 NO SABE ... 8	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS BEBIDAS ... 4 NADA DE BEBER ... 5 NO SABE ... 8
473A	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, le dio más o le dio menos comida? SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS COMIDAS ... 4 NADA DE COMER ... 5 NO SABE ... 8	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS COMIDAS ... 4 NADA DE COMER ... 5 NO SABE ... 8	MUCHO MENOS ... 1 ALGO MENOS ... 2 LA MISMA CANTIDAD ... 3 MÁS COMIDAS ... 4 NADA DE COMER ... 5 NO SABE ... 8
473B	¿Le dió a (NOMBRE)?: a. ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral / Bolsa Salvadora)? b. ¿Frutiflex, electrolite u otro similar? c. ¿Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?	**SI NO NS** SRO ... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL ... 1 2 8 SUERO CASERO ... 1 2 8	**SI NO NS** SRO ... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL ... 1 2 8 SUERO CASERO ... 1 2 8	**SI NO NS** SRO ... 1 2 8 FRUTIFLEX/EL ... 1 2 8 SUERO CASERO ... 1 2 8
473C	¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea (distinto a este líquido)?	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 474)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 474)**	SI ... 1 NO ... 2 NO SABE ... 8 **(PASE A 474)**
473D	¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	PASTILLAS ZINC ... A JARABE ZINC ... B ANTIBIÓTICO ... C SUERO INTRAVENOSO ... D JARABE PARA LA DIARREA ... E REMEDIOS CASEROS ... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLAS ZINC ... A JARABE ZINC ... B ANTIBIÓTICO ... C SUERO INTRAVENOSO ... D JARABE PARA LA DIARREA ... E REMEDIOS CASEROS ... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLAS ZINC ... A JARABE ZINC ... B ANTIBIÓTICO ... C SUERO INTRAVENOSO ... D JARABE PARA LA DIARREA ... E REMEDIOS CASEROS ... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
473E	**VERIFIQUE 473D**	**CIRCULÓ "A"** → ☐ **CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"** → ☐ **PASE A 474**	**CIRCULÓ "A"** → ☐ **CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"** → ☐ **PASE A 474**	**CIRCULÓ "A"** → ☐ **CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A"** → ☐ **PASE A 474**
473F	¿Cuántas veces recibió pastillas de zinc?	Nº DE VECES ……. ☐☐	Nº DE VECES ……. ☐☐	Nº DE VECES ……. ☐☐
474	¿Buscó usted consejo o tratamiento para tratar la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 475A)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 475A)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 475A)**
474A	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA …… A ESSALUD…… B FF.AA. Y PNP…… C CENTRO DE SALUD MINSA…… D PUESTO DE SALUD MINSA…… E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD…… F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA…… **L** FAMILIAR/AMIGO…… **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA …… A ESSALUD…… B FF.AA. Y PNP…… C CENTRO DE SALUD MINSA…… D PUESTO DE SALUD MINSA…… E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD…… F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA…… **L** FAMILIAR/AMIGO…… **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA …… A ESSALUD…… B FF.AA. Y PNP…… C CENTRO DE SALUD MINSA…… D PUESTO DE SALUD MINSA…… E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD…… F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... **H** **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... **K** FARMACIA/BOTICA…… **L** FAMILIAR/AMIGO…… **M** CURANDERO..... **N** **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ **X** (ESPECIFIQUE)
474B	**VERIFIQUE 474A:**	**2 O MÁS CÓDIGOS** → ☐ **UN CÓDIGO** → ☐ **(PASE A 474D)**	**2 O MÁS CÓDIGOS** → ☐ **UN CÓDIGO** → ☐ **(PASE A 474D)**	**2 O MÁS CÓDIGOS** → ☐ **UN CÓDIGO** → ☐ **(PASE A 474D)**
474C	¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento? **ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 474A**	PRIMER LUGAR..... ☐	PRIMER LUGAR..... ☐	PRIMER LUGAR..... ☐
474D	¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? **SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".**	Nº DE DÍAS..... ☐☐	Nº DE DÍAS..... ☐☐	Nº DE DÍAS..... ☐☐
474E	**VERIFIQUE 474C y 474A:**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** → ☐ **OTROS CÓDIGOS** → ☐ **(PASE A 475B)**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** → ☐ **OTROS CÓDIGOS** → ☐ **(PASE A 475B)**	**CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA** → ☐ **OTROS CÓDIGOS** → ☐ **(PASE A 475B)**
475 475A	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea? ¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD…… 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS…… 12 NO CONFÍA EN PERSONAL…… 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS…… 14 NO HAY MEDICINAS…… 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR…… 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES…… 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO…… 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD…… 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS…… 12 NO CONFÍA EN PERSONAL…… 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS…… 14 NO HAY MEDICINAS…… 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR…… 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES…… 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO…… 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD…… 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS…… 12 NO CONFÍA EN PERSONAL…… 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS…… 14 NO HAY MEDICINAS…… 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR…… 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES…… 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO…… 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
475B	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
476	**VERIFIQUE 467, 468 Y 472**	**"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472** / **"NO" EN 467, 468 Y EN 472 (PASE A 477)**	**"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472** / **"NO" EN 467, 468 Y EN 472 (PASE A 477)**	**"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472** / **"NO" EN 467, 468 Y EN 472 (PASE A 477)**
476A	¿(NOMBRE) tuvo deposiciones lìquidas y/o semilíquidas el día de ayer? SI DICE "NO" ANOTE "0" EN Nº DE DEPOSICIONES SI DICE "SI" PREGUNTE - ¿Cuántas? - ¿Presentó sangre? ¿Ayer tuvo tos? ¿Ayer tuvo dificultad para respirar? SI DICE: **SI = 1** **NO = 2** hace 2 días hace 3 días hace 4 días .... hace 1 semana	Nº Deposiciones / Sangre SI NO / Tos SI NO / Dif. Resp SI NO	Nº Deposiciones / Sangre SI NO / Tos SI NO / Dif. Resp SI NO	Nº Deposiciones / Sangre SI NO / Tos SI NO / Dif. Resp SI NO
-1		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-2		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-3		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-4		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-5		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-6		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
-7		1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2	1 2 / 1 2 / 1 2
477	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
477A	Ayer (NOMBRE) ¿Usó mosquitero para dormir?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
477B	¿(NOMBRE) está afiliado(a) al Programa CUNA MÁS?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
478		REGRESE A **454** EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A **480**	REGRESE A **454** EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A **480**	REGRESE A **454** EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A **480**

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
480	**VERIFIQUE 473B (a) Y 473B (b), PARA TODOS LOS NIÑOS:** "SI" EN 473B (a) O EN 473B (b) ☐ → 481 OTRAS RESPUESTAS O NO SE PREGUNTÓ ☐		
480A	¿Ha oído hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral/ Bolsa Salvadora o del frutiflex, electrolite u otro similar que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
481	**VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:** NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2007 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS ☐ ↓ NINGUNO ☐ → 485		
481A	Algunas veces los niños o niñas tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Qué síntomas harían que Ud. llevara a su niña/ niño a un establecimiento de salud inmediatamente? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE TOS / DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
482	Si uno de sus niños o niñas enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado a tratamiento médico?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO SABE..... 8	
483	¿Qué hace usualmente con las deposiciones de su niña/niño (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO TIRA EN EL RÍO / ACEQUIA ..... 04 LO QUEMA EN EL PATIO..... 05 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 06 LO BOTA EN LA BASURA..... 07 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
484	¿Esta Ud. afiliada o incorporada al Programa Juntos? SI DICE "SI", SOLICITELE EL ACUERDO DE COMPROMISOS O EL CONVENIO DE AFILIACIÓN.	SI y muestra el acuerdo de compromisos ..... 1 SI y no muestra el acuerdo de compromisos ..... 2 NO ..... 3 NO SABE ..... 8 **PASE A 485**	
484A	EN EL RENGLÓN RESPECTIVO, ANOTE EL NÚMERO DEL "DNI" Y LA FECHA DE AFILIACIÓN INDICADA EN EL ACUERDO DE COMPROMISOS.	DNI ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐ FECHA ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐ d d m m a a a a	
485	¿Ha oído o escuchado de la prueba de papanicolaou? (Un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2 → 486	
485A	¿Le hicieron una prueba de papanicolaou en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
486	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
486A	¿Ud. conoce cómo se hace el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2 → 487	
486B	¿Ud. misma se realiza el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
487	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud, cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, **¿Es para Ud. un gran problema:**		**SI**	**NO**	
	a. Saber a dónde ir?	DONDE IR……	1	2	
	b. Conseguir permiso para ir?	CONSEGUIR PERMISO……	1	2	
	c. Conseguir dinero para el tratamiento?	CONSEGUIR DINERO……	1	2	
	d. La lejanía de los servicios médicos?	LEJANÍA DE SERVICIOS……	1	2	
	e. Tener que conseguir transporte?	CONSEGUIR TRANSPORTE……	1	2	
	f. Ir sola?	IR SOLA……	1	2	
	g. Qué tal vez no haya personal de salud femenino?	NO PERSONAL FEMENINO……	1	2	
	h. Qué tal vez no haya algún personal de salud?	NO PERSONAL DE SALUD……	1	2	
	i. Qué tal vez no haya medicamentos?	NO HAY MEDICAMENTOS……	1	2	
488	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI.....	1		
		NO.....	2		→ 489
488A	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó usted?	Nº DE CIGARRILLOS.....	☐☐		
489	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis ó TBC?	SI.....	1		
		NO.....	2		→ 490
489A	¿Cómo se contagia la tuberculosis de una persona a otra?	A TRAVÉS DEL AIRE AL TOSER/ESTORNUDAR	A		
		AL COMPARTIR UTENSILIOS.....	B		
		TOCANDO A UNA PERSONA CON TBC.....	C		
		A TRAVÉS DE LA COMIDA.....	D		
	¿De alguna otra forma?	POR PICADURA DE MOSQUITO.....	E		
		CONTACTO SEXUAL.....	F		
		OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	X		
	CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO SABE.....	Z		
489B	¿Puede curarse la tuberculosis?.	SI.....	1		
		NO.....	2		
		NO SABE.....	8		
489C	Si un pariente suyo se llega a enfermar con tuberculosis ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI.....	1		
		NO.....	2		
		NO SABE.....	8		
489D	Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI GUARDARÍA EL SECRETO.....	1		
		NO.....	2		
		NO SABE/NO ESTA SEGURA/DEPENDE.....	8		
490	Normalmente, ¿Cuántas veces al día se lava las manos?	DE 1 A 3 VECES.....	1		
		DE 4 A 6 VECES.....	2		
		DE 7 A 9 VECES.....	3		
		MAS DE 10 VECES.....	4		
		NO SE LAVA.....	5		→ 491
		NO SABE.....	8		
490A	¿En qué momentos necesariamente se lava las manos?	DESPUÉS DE USAR EL BAÑO.....	A		
		DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑALES.....	B		
		ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS	C		
	¿En algún otro momento?	ANTES DE SERVIR LOS ALIMENTOS.....	D		
		ANTES DE COMER.....	E		
		ANTES DE ALIMENTAR AL NIÑO.....	F		
		CUALQUIER MOMENTO.....	G		
		OTRO_____ (ESPECIFIQUE)	X		
490B	Normalmente, ¿Qué utiliza cuando se lava las manos?	AGUA DE CAÑO O GRIFO.....	A		
		JABÓN.....	B		
	¿Utiliza algo más?	DETERGENTE.....	C		
		TOALLA.....	D		
	¿Con agua que corre del caño o con agua almacenada?.	OTRO_____ (ESPECIFIQUE)	X		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
491	**VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:** NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL **2009** QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS ☐ — NINGUNO ☐ → 500 REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 492 _____ (NOMBRE)		
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día o la noche. Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) bebió:		

		SI	NO	NO SABE
a.	¿Agua sola (sin mezclar con nada)?	1	2	8
b.	¿Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?	1	2	8
c.	¿Leche materna refrigerada / conservada?	1	2	8
d.	¿Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?	1	2	8
e.	¿Jugo de fruta?	1	2	8
f.	¿Te/café?	1	2	8
g.	¿Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?	1	2	8

493 Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió ayer durante el día o la noche separados o combinados con otros alimentos.

Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) comió:

		SI	NO	NO SABE
a.	¿Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?	1	2	8
b.	¿Camote, zapallo, zanahoria?	1	2	8
c.	¿Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?	1	2	8
d.	¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? ….	1	2	8
e.	¿Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?	1	2	8
f.	¿Mango, papaya, aguaje?	1	2	8
g	¿Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?	1	2	8
h	¿Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?	1	2	8
i	¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?	1	2	8
j	¿Huevos?	1	2	8
k	¿Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche (leche asada, helados, crema volteadas, etc.,)?	1	2	8
l	¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?	1	2	8
m	¿Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, PACFO, etc.)?	1	2	8
n	¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?	1	2	8
o	¿Cualquier fruta seca?	1	2	8
p	¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?	1	2	8

494	¿Usted recibe de algún programa social la papilla que viene en bolsa? SI RESPONDE "SI", SOLICITE QUE LE MUESTRE LA BOLSA DE PAPILLA	SI, MUESTRA LA BOLSA ..... 1 SI, PERO NO TIENE LA BOLSA ..... 2 NO..... 3 → 495 NO SABE 8	
494A	¿Cuántas bolsas de papilla le queda? SI RESPONDE NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE BOLSAS DE PAPILLA ..... ☐☐	
494B	El día de ayer, ¿(NOMBRE) comió la papilla que viene en bolsa? SI RESPONDE "SI", PREGUNTE: ¿Cuántas veces comió la papilla (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ LA PAPILLA..... ☐☐ NO COMIÓ..... 00 NO SABE 98	
495	**VERIFIQUE 492 Y 493 SI NO RECIBIÓ NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS:** **492 Y 493 = 2** NINGÚN "SÍ" ☐ — **492 Ó 493 = 1 U 8** AL MENOS UN "SÍ" O "NO SABE" ☐ → 496		
495A	Usted me dijo que ayer durante el día o la noche su niño/ niña no recibió ningún líquido ni sólido, excepto leche materna. ¿Es correcto? SI RESPONDE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 492 Y 493 Y CORRIJA.	SI..... 1 → 500 NO 2	
496	¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?.	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES..... 03 PADRES/SUEGROS..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS/AMIGOS..... 06 OTROS NO PARIENTES..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NADIE/COME SOLO..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO / COMPAÑERO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 → 506 NO, NO EN UNIÓN..... 3	
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ ..... 2 → 505 NO..... 3	
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL **CALENDARIO** EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DEL 2007		
504	PASE A →		512
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 → 508 DIVORCIADA..... 3	
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... ⌊_⌊_⌋	
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 → 509 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE/ ESPOSO..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE MADRE/ ESPOSA..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ÉL ..... 07 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ELLA ..... 08 CONDUCTA CORRUPTA DE ÉL..... 09 CONDUCTA CORRUPTA DE ELLA..... 10 FALTA DE COMPRENSIÓN..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
509	**VERIFIQUE 508:** CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: ☐ → ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/ compañero? CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: ☐ → ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero?	MES..... ⌊_⌊_⌋ NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ → 511 NO SABE EL AÑO..... 9998	
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... ⌊_⌊_⌋	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DEL 2007. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DEL 2007. PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTOS Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA. PARA LAS MUJERES QUE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.		
512	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA..... 00 EDAD EN AÑOS..... ☐☐ CUANDO SE CASO/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95	→ 512A
512AA	**VERIFIQUE EN 106 SI LA ENTREVISTADA TIENE:** 15-24 AÑOS ☐	25-49 AÑOS ☐	→ 522
512AB	¿Usted piensa esperar hasta casarse para tener su primera relación sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / INSEGURA..... 8	→ 522
512A	**VERIFIQUE 106:** 15-24 AÑOS ☐	25-49 AÑOS ☐	→ 513
512B	¿En su primera relación sexual usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
512BA	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual?	EDAD DE LA PAREJA..... ☐☐ NO SABE..... 98	→ 512C
512BB	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	MAYOR……..... 1 MAS JOVEN……..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	→ 512C
512BC	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MAS AÑOS MAYOR……..... 1 MENOS DE 10 AÑOS……..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 3	
512C	¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?	ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE…… 01 NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
513	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.	HACE: DÍAS..... 1 ☐☐ SEMANAS..... 2 ☐☐ MESES..... 3 ☐☐ AÑOS..... 4 ☐☐	→ 521A

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
513A	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.			
513B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?		DÍAS..... 1 ☐☐ SEMANAS..... 2 ☐☐ MESES..... 3 ☐☐	DÍAS..... 1 ☐☐ SEMANAS..... 2 ☐☐ MESES..... 3 ☐☐
514	¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con esta persona, usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 515)** ←	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 515)** ←	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 515)** ←
514A	En los últimos 12 meses, entre_____ del año pasado y _____ de este año, ¿Ud. usó condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
515	¿Qué es (era) de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? PARA LA PENÚLTIMA Y ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL PREGUNTE: ¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 **(PASE A 516E)** ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 **(PASE A 516E)** ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.. 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 **(PASE A 516E)** ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL.... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
516	¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐	DÍAS..... 1 ☐☐ MESES..... 2 ☐☐ AÑOS..... 3 ☐☐
516A	**VERIFIQUE EN 106 SI LA PERSONA TIENE:**	15-24 AÑOS ↓ / 25-49 AÑOS ☐ **(PASE A 516E)** ↓	15-24 AÑOS ↓ / 25-49 AÑOS ☐ **(PASE A 516E)** ↓	15-24 AÑOS ↓ / 25-49 AÑOS ☐ **(PASE A 516E)** ↓
516B	¿Qué edad tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA ☐☐ **(PASE A 516E)** ← NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA ☐☐ **(PASE A 516E)** ← NO SABE 98	EDAD DE LA PERSONA ☐☐ **(PASE A 516E)** ← NO SABE 98
516C	¿Esta persona es mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 516E)** ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 516E)** ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 **(PASE A 516E)** ←
516D	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3
516E	La última vez que tuvieron relaciones sexuales ¿alguno de los dos tomó alguna bebida alcohólica?	SI..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 517)** ←	SI..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 517)** ←	SI..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 521)** ←
516F	¿Alguno de los dos se embriagó (emborrachó)?	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.. 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON.. 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4
517	¿Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona en los últimos 12 meses?	SI ..... 1 **(IR A LA SGTE. COLUM.)** ← NO ..... 2 **(PASE A 521A)** ←	SI ..... 1 **(IR A LA SGTE. COLUM.)** ← NO ..... 2 **(PASE A 521A)** ←	
521	¿En total, con cuántos hombres diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?			No. DE COMPAÑEROS.... ☐☐ NO SABE..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
521A	¿En total, cuántas parejas sexuales ha tenido usted durante su vida?	No. DE COMPAÑEROS..... |_|_| NO SABE..... 98	
522	¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2 →	601
523	¿Cuál es ese lugar? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL DEL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... G HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... H OTRO GOBIERNO: _____ I (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K CONSULT. MÉDICO PARTIC..... L OTRO PRIVADO: _____ M (ESPECIFIQUE) **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... N PROMOTOR DE ONG ..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P **OTRO:** TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL..... Q AMIGOS / PARIENTES..... R **OTRO:** _____ X (ESPECIFIQUE)	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	**VERIFIQUE 311:** NINGUNO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTÓ ☐ ÉL O ELLA ESTERILIZADOS ☐ →		614
602	**VERIFIQUE 226:** **226=2, 8** NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ **226=1** EMBARAZADA ☐		
	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS / NINGUNO..... 2 → NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → INDECISA/NO SABE/ INSEGURA PARA NO EMBARAZADAS..... 4 → PARA EMBARAZADAS..... 5 →	604 614 608 610
603	**VERIFIQUE CASILLAS EN 602 :** NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐		
	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un (otro) hijo? ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 ☐☐ AÑOS..... 2 ☐☐ PRONTO / AHORA..... 993 → NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: _____ 996 → (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	609 614 609
604	**VERIFIQUE CASILLAS EN 602:** NO EMBARAZADA O INSEGURA ☐ EMBARAZADA ☐ →		610
605	**VERIFIQUE 310:** ESTÁ USANDO MÉTODO?: **310=1** USA ACTUALMENTE ☐ → **310=2** NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA ☐		608
606	**VERIFIQUE 603:** MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES ☐ → 2 AÑOS O MÁS O NO SE PREGUNTÓ ☐		610 607

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
607	**VERIFIQUE 602 Y 603:** QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO ☐ → Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método? NO QUIERE MÁS/ NINGUNO ☐ → Ud. me dijo que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método? ¿Alguna otra razón? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	**NO EN UNIÓN** ..... A **RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:** NO TIENE REL. SEXUALES ..... B SEXO POCO FRECUENTE ..... C MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA ..... D INFERTILIDAD MUJER ..... E INFERTILIDAD HOMBRE ..... F AMENORREA POSTPARTO ..... G LACTANCIA ..... H FATALISTA ..... I **OPOSICIÓN A USAR:** ENTREVISTADA SE OPONE ..... J MARIDO SE OPONE ..... K OTROS SE OPONEN ..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA ..... M **FALTA DE CONOCIMIENTO:** NO CONOCE MÉTODOS ..... N NO CONOCE FUENTE ..... O **RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:** PROBLEMAS DE SALUD ..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS ..... Q FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS ..... R MUY COSTOSO ..... S USO INCONVENIENTE ..... T INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO ..... U **OTRA:** _____ (ESPECIFIQUE) ..... X NO SABE ..... Z	
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	GRAN PROBLEMA ..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA ..... 2 NO SERÍA PROBLEMA ..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX. 4	
609	**VERIFIQUE 310:** ESTÁ USANDO MÉTODO?: USA ACTUALMENTE **310=1** ☐ → 614 NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA **310=2** ☐		
610	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 → 612	
611	¿Qué método preferiría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (AQV) ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 02 PÍLDORA ..... 03 DIU ..... 04 INYECCIÓN ..... 05 IMPLANTE O NORPLANT ..... 06 CONDÓN ..... 07 CONDÓN FEMENINO ..... 08 → 614 VAGINALES ..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA) ..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA ..... 11 RETIRO ..... 12 ANTI. ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) ..... 96 NO SABE / INSEGURA 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 **RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:** NO TIENE SEXO/ SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPÁUSICA/HISTEREC-TOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 **OPOSICIÓN A USAR:** ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 **FALTA DE CONOCIMIENTO:** NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 **RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:** PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53 MUY COSTOSO..... 54 USO INCONVENIENTE..... 55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56 **OTRA:** _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	**VERIFIQUE 501:** NO EN UNIÓN ☐ **501=3** OTRAS ☐ →		614
613	¿Ud. usaría un método si estuviera casada o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	**VERIFIQUE 216:** TIENE HIJOS VIVOS ☐ Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? NO TIENE HIJOS VIVOS ☐ Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? **SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE**	NINGUNO..... 00 → 616A NÚMERO ☐☐ OTRA RESPUESTA: ..... 96 → 616A _____ (ESPECIFIQUE)	
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?		**NIÑAS** **NIÑOS** **CUALQUIERA** NÚMERO..... ☐☐ ☐☐ ☐☐

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616 A	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____, de este año, Ud. ha oído o leído algún mensaje sobre planificación familiar: a. ¿En la radio? b. ¿En la televisión? c. ¿En un periódico o revista?	SI NO RADIO..... 1 2 TELEVISIÓN..... 1 2 PERIÓDICO O REVISTA..... 1 2	
617	En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2 →	619
618	Con quién ha comentado? Con alguien más? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F HIJO..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTROS FAMILIARES..... M OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)	
619	**VERIFIQUE 501:** SÍ, ACTUALMENTE CASADA **501=1** ☐ SÍ, CONVIVIENDO **501=2** ☐ NO, NO EN UNIÓN **501=3** ☐ →		624
619A	**VERIFIQUE 311/311A:** PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS ALGÚN CÓDIGO MARCADO ☐ NINGÚN CÓDIGO MARCADO ☐ →		621
619AA	**VERIFIQUE 311:** OTROS CÓDIGOS ☐ SOLO: ESTERILIZACIÓN MASCULINA, CONDÓN Ó RETIRO **311=B,G,L** ☐ →		620
619B	¿Su esposo /compañero sabe que Usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 →	621
620	Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada, ¿Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo (compañero) o los dos decidieron juntos?	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (compañero) sobre la planificación familiar. ¿Ud. piensa que su esposo (compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8	
621 A	¿Con qué frecuencia Ud. habló con su esposo/compañero acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3	
622	**VERIFIQUE 311 Y 311A:** NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS ☐ ÉL O ELLA ESTERILIZADO ☐ →		624
623	¿Ud. piensa que su esposo (compañero) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	
624	¿Usted está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando...	SI NO NS	
	a. ... ¿Ella sabe que él tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual?.....	TIENE UNA ETS..... 1 2 8	
	b. ... ¿Ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer?.....	OTRA MUJER..... 1 2 8	
	c. ... ¿Ella ha tenido recientemente un parto?.....	PARTO RECIENTE..... 1 2 8	
	d. ... ¿Ella está cansada o no está de humor?.....	CANSADA/NO DE HUMOR..... 1 2 8	

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	**VERIFIQUE 501, 502 Y 505:** ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE **501=1,2** ☐ SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA **505=1,2,3** ☐ → 703 NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN **502=3** ☐ → 707		
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... ☐☐	
703	¿Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 706	
704	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MÁS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	**CIRCULE NIVEL** **ANOTE AÑO** **ANOTE GRADO** INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0 ☐ ▒ PRIMARIA..... 1 ☐ ☐ SECUNDARIA..... 2 ☐ ▒ SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3 ☐ ▒ SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4 ☐ ▒ POST GRADO..... 5 ☐ ▒ NO SABE..... 998	
706	**VERIFIQUE 701:** ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE ☐ → ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA ☐ → ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	▒▒ _____ _____ _____	
707	La semana pasada, entre el domingo ____ y el sábado ____, ¿Ud. ha realizado algún trabajo, aparte del trabajo del hogar?	SI..... 1 → 710 NO..... 2	
708	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. ¿La semana pasada Ud. ha realizado alguno de estos trabajos?	SI..... 1 → 710 NO..... 2	
708A	Aunque Ud. no trabajó la semana pasada, ¿tiene un trabajo o negocio del cual estuvo ausente por licencia, enfermedad, vacaciones, maternidad o cualquier otra razón?	SI..... 1 → 710 NO..... 2	
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 → 718AA	
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?	▒▒ _____ _____ _____	
711	**VERIFIQUE 710:** TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA ☐ NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA ☐ → 713		
712	¿Ud. trabaja (trabajó) principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
713	¿Ud. realiza (realizó) ese trabajo para un familiar, para otro o trabaja (trabajó) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3	
714	¿Usted usualmente trabaja (trabajaba) en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
715	¿Ud. usualmente trabaja (trabajaba) durante todo el año, trabaja por temporada o sólo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO..... 1 POR TEMPORADA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	
716	¿A Ud. le pagan (pagaban) o usted gana (ganaba) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4 → 718AA	
716A	VERIFIQUE 501, 707, 708 Y 708A: ACTUALMENTE CASADA /CONVIVIENTE Y TRABAJÓ LA SEMANA PASADA. ☐ ↓ ACTUALMENTE NO EN UNIÒN O ACTUALMENTE EN UNION PERO NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA ☐ → 718AA		
717	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que Ud. gana?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5	
718A	¿Diría que el dinero que Usted gana es más, menos o igual de lo que gana su esposo/compañero?	MAS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 MENOS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 IGUAL A ESPOSO/COMPAÑERO..... 3 ESPOSO/ COMPAÑERO NO GANA..... 4 → 719 NO SABE..... 8	
718AA	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que su esposo/compañero gana?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5 SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA/ NUNCA UNIDA ..... 6 → 720 ESPOSO/COMPAÑERO NO GANA 7	
719	En su hogar, quién tiene la última palabra en las siguientes decisiones:	ENTRE-VISTADA / ESPOSO / AMBOS / ALGUIEN MÁS / ENTREV./ ALGUIEN MÁS / NADIE	
	a. ¿El cuidado de su salud?.....	1 2 3 4 5 6	
	b. ¿Hacer compras grandes del hogar?.....	1 2 3 4 5 6	
	c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1 2 3 4 5 6	
	d. ¿Visitar a familia, amigos, o parientes?.....	1 2 3 4 5 6	
	e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1 2 3 4 5 6	
720	**VERIFIQUE 217 Y 218:** TIENE ALGÚN HIJO MENOR DE 6 AÑOS VIVIENDO CON LA ENTREVISTADA SI ☐ ↓ NO ☐ → 721		
720A	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES..... 03 PADRES/SUEGROS..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS/AMIGOS..... 06 OTROS NO PARIENTES..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 CUIDADO WAWA-WASI..... 09 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 10 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
721	A veces el esposo/compañero se molesta por cosas que hace su esposa. En su opinión, Ud. está de acuerdo que él golpee a su esposa....	SI / NO / NS	
	a. ... ¿Si ella sale de la casa sin decirle nada a él?	SALE DE LA CASA..... 1 2 8	
	b. ... ¿Si ella descuida a los niños?	DESCUIDA A NIÑOS..... 1 2 8	
	c. ... ¿Si ella discute con él?	DISCUTE..... 1 2 8	
	d. ... ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	SE NIEGA A TENER SEXO..... 1 2 8	
	e. ... ¿Si ella quema la comida?	QUEMA LA COMIDA..... 1 2 8	

SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS I.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	¿Usted ha oído hablar de:	SI NO	
	La infección por VIH?	VIH..... 1 2	
	Una enfermedad llamada SIDA?	SIDA..... 1 2	
801 A	**VERIFIQUE 801:** POR LO MENOS UN SI ☐	NINGÚN SI ☐ →	815
802	¿Hay algo que una persona puede hacer para no adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 A	¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen un solo compañero sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 B	¿Cree Ud. que las personas que usan condón tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 C	¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 D	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por dar un abrazo, beso o caricias a una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 E	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo utensilios como cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 F	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por compartir baños, duchas y/o piscinas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 G	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito o la mordedura de un perro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 H	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por medios sobrenaturales o brujería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
802 I	¿Cree Ud. que las personas que adquirieron el virus que causa el SIDA (VIH) fue por castigo divino?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803	¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 →	805
803 A	¿Cuál es ese lugar? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... ..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD.... E HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G OTRO GOBIERNO: _____ H (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE) **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... L HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... M **OTRO:** _____ X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
804	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 →	805
804 A	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
804 B	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2 →	805
804 C	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
805	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
806	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 →	807
806 A	¿En que etapa o momento de la vida del niño/a la madre con SIDA podría infectar o transmitir el SIDA a su hijo? ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?) CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
807	¿Si un niño o niña tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir asistir a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA, ¿se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo debe despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
810	Si un médico tiene la infección por el virus que causa el SIDA, ¿Se le debe permitir a él o ella continuar con su trabajo en el establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
811	Si una persona tiene el virus que causa el SIDA (VIH) y necesita operarse, ¿deben permitirle la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
812	¿Usted compraría verduras o frutas si supiera que el vendedor está infectado con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
813	En caso de que un pariente suyo estuviera infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI, GUARDA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURO/DEPENDE..... 8	
814	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
815	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 →	817 A
815 A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce? ¿Alguna otra enfermedad? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C CHANCRO..... D HERPES..... E OTRO _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
816	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. **que un hombre** tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
816 A	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. **que una mujer** tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
817	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Le han diagnósticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	→ 817 E
817 A	**VERIFIQUE 512:** HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐ NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ☐		→ 819
817 B	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que olía mal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	
817 C	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	
817 D	**VERIFIQUE 817 B =1 ú 817 C=1** HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL ☐ NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL ☐		→ 818
817 E	La última vez que usted tuvo ese problema, hizo algo de lo siguiente: a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular? b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional? c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica? d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente? e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?	**SI** **NO** MÉDICO..... 1 2 CURANDERO..... 1 2 FARMACIA/BOTICA..... 1 2 AMIGO/PARIENTE..... 1 2 AUTORECETÓ..... 1 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
817 F	**VERIFIQUE 817 E:** CONSEJO O TRATAMIENTO DE UN MÉDICO ☐ OTROS ☐ →		818
817 G	¿A dónde acudió usted? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ¿A algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	**SECTOR GOBIERNO** HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... ..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD. E HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.. G OTRO GOBIERNO: _____ H (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE) **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... L HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... M **OTRO:** _____ X (ESPECIFIQUE)	
818	En los últimos 12 meses ¿usted ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una pareja diferente a su pareja estable?	SI..... 1 NO..... 2	
819	En los últimos 3 meses, entre _____ y _____, ¿Le han aplicado alguna inyección? SI RESPONDE SI: ¿Cuántas inyecciones le pusieron?	NÚMERO DE INYECCIONES..... ☐☐ 90 INYECCIONES A MÁS..... 90 NINGUNO ..... 00 →	820
819 A	De estas inyecciones, ¿Cuántas fueron aplicadas por un doctor, una enfermera, un farmacéutico, un dentista u otro trabajador de la salud?	NÚMERO DE INYECCIONES..... ☐☐ 90 INYECCIONES A MÁS..... 90 NINGUNO ..... 00 →	819 C

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
819 B	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿a dónde fue usted a que le aplicaran la inyección? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA ..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 PUESTO DE SALUD MINSA ..... 12 HOSPITAL DE ESSALUD..... ..... 13 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD.... 14 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP…… 15 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD…. 16 OTRO GOBIERNO: _____ 19 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR ..... 20 FARMACIA / BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24 OTRO PRIVADO: _____ 29 (ESPECIFIQUE) **ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 31 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA…… 32 **EN SU DOMICILIO**…… 41 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
819 C	¿La persona que le puso la inyección utilizó una jeringa y aguja nueva?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
820	¿Tiene usted seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2 → 901	
820 A	¿A qué institución corresponde el seguro que usted tiene? SONDEE: ¿Alguno más?	ESSALUD/IPSS ..... A FUERZAS ARMADAS O POLICIALES ..... B SEGURO INTEGRAL DE SALUD ..... C ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D SEGURO PRIVADO ..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquellos que viven en otro lugar, y aquellos que fallecieron Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?	**NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL** ☐☐
902	**VERIFIQUE 901:** DOS O MÁS HIJOS(AS) ☐ ↓ SÓLO UN HIJO (A) (LA ENTREVISTADA) ☐ → **PASE A 1000**	
903	De todos(as) los(as) hermanos(as) que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?	NÚMERO DE HERMANO(A)S ANTERIORES..... ☐☐

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
904	¿Cuál es el nombre de su hermano (a) mayor y el nombre de quienes le siguen?	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 908)** NS ..... 8 → **PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	☐☐ **PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**
908	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la ciudad, en el pueblo o en el campo?	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8
909	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la selva, en la sierra, en Lima Metropolitana o en otro lugar de la costa?	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.. 3 RESTO COSTA. 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.. 3 RESTO COSTA. 4 NO SABE/OTRO.. 8
910	¿En qué año murió (NOMBRE)?	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →	☐☐☐☐ → **(PASE A 912)** NS ..... 9998 →
911	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
912	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	☐☐ SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (8)
913	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 916)** NO 2
914	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2
915	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 → **(PASE A 917)** NO 2
916	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4
917	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	☐☐ **PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**	☐☐ **PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 1000**

904	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	HOMBRE .... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2	HOMBRE ..... 1 MUJER 2
906	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (9)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (10)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (11)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (12)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (13)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (14)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A (15)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	SI ..... 1 NO ..... 2 **(PASE A 908)** NS ..... 8 **PASE A 905 EN** **OTRO CUEST.** **PASE A 1000**
907	**PASE A (9)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (10)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (11)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (12)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (13)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (14)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (15)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A 905 EN** **OTRO CUEST.** **PASE A 1000**
908	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4
909	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP..... 3 RESTO COSTA..... 4 NO SABE/OTRO.... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA...4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP.... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO.. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA...4 NO SABE/OTRO. 8
910	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998	**(PASE A 912)** NS 9998
911								
912	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE **(FINALICE)**
913	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 916)** NO 2
914	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2
915	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2	SI ..... 1 **(PASE A 917)** NO 2
916	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4
917	**PASE A (9)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (10)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (11)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (12)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (13)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (14)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A (15)** **SI NO HAY MÁS** **PASE A 1000**	**PASE A 905 EN** **OTRO CUEST. SI NO** **PASE A 1000**

SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000	VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA ESTÁ SELECCIONADA ☐ ↓ NO ESTÁ SELECCIONADA ☐ →		1036
1000 A	**VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE** NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD HAY PRIVACIDAD 1 ↓ NO HAY PRIVACIDAD 2 →		1036
1000 B	**LEA:** Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.		
1001	**VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL** ACTUALMENTE CASADA/UNIDA ☐ ↓ SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) ☐ ↓ NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA ☐ →		1013B

			FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	
1002	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (compañero): SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces?					
A	¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	CARIÑOSO	1	2	3	
B	¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	TIEMPO LIBRE	1	2	3	
C	¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas del hogar?	CONSULTAS	1	2	3	
D	¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	RESPETUOSO	1	2	3	
E	¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	DERECHOS	1	2	3	

			SI	NO	NS	
1003	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero):					
A	¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	CELOSO	1	2	8	
B	¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	INFIEL	1	2	8	
C	¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	VISITA AMISTADES	1	2	8	
D	¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	VISITA FAMILIA	1	2	8	
E	¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	SABER DONDE VA	1	2	8	
F	¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	DESCONFIANZA	1	2	8	

1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:				
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?	SI ..... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? NO ..... 2 ↓	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?	SI ..... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? NO ..... 2 ↓	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica?	SI ..... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? NO ..... 2 ↓	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:				
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
C	¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
D	¿La ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
E	¿Trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
F	¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
H	¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
1006	**VERIFIQUE 1005:** POR LO MENOS UN 'SI' ☐		NINGÚN SI ☐ →		1009
1007	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (compañero) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'		NÚMERO DE AÑOS ..... ☐☐ ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96		
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (compañero) le hizo:				
A	¿Tuvo moretones y dolores?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
D	¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
1009	¿ Alguna vez usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?		SI..... 1 NO..... 2 →		1011
1010	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Con qué frecuencia usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
1011	¿Su esposo (compañero) toma (ba) bebidas alcohólicas?		SI..... 1 NO..... 2 →		1013A
1012	¿Su esposo (compañero) se embriaga(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
1012A	**VERIFIQUE 1006:** POR LO MENOS UN SI ☐		NINGÚN SI ☐ →		1013 A
1012B	Cuando su esposo (compañero) la ha agredido/ golpeado, ¿se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1013	**VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL** **1013A** CASADA/CONVIVIENTE SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA ☐ Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/ compañero le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente? **1013B** NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA ☐ Desde cuando usted tenía 15 años de edad, ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 1018 NO RESPONDE ..... 8 → 1018	
1014	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE ..... A PADRE ..... B MADRASTRA ..... C PADRASTRO ..... D HERMANA ..... E HERMANO ..... F HIJA ..... G HIJO ..... H EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... I SUEGRA ..... J SUEGRO ..... K OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... L OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... M OTRO PARIENTE FEMENINO ..... N OTRO PARIENTE MASCULINO ..... O AMIGA/CONOCIDA ..... P AMIGO/CONOCIDO ..... Q MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... R EMPLEADOR(A) ..... S EXTRAÑO(A) ..... T OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
1015	**VERIFIQUE 1014:** MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO ☐ SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO ☐ → 1017		
1016	De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?	MADRE ..... 01 PADRE ..... 02 MADRASTRA ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANA ..... 05 HERMANO ..... 06 HIJA ..... 07 HIJO ..... 08 EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... 09 SUEGRA ..... 10 SUEGRO ..... 11 OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... 12 OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... 13 OTRO PARIENTE FEMENINO ..... 14 OTRO PARIENTE MASCULINO ..... 15 AMIGA/CONOCIDA ..... 16 AMIGO/CONOCIDO ..... 17 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... 18 EMPLEADOR(A) ..... 19 EXTRAÑO(A) ..... 20 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
1017	Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?	NÚMERO DE VECES ..... ☐☐	
1018	**VERIFIQUE 210, 226 Y 230 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS** ALGUNA VEZ EMBARAZADA ☐ NUNCA EMBARAZADA ☐ → 1021		
1019	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 1021	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1020	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO/COMPAÑERO ..... A MADRE ..... B PADRE ..... C MADRASTRA ..... D PADRASTRO ..... E HERMANA ..... F HERMANO ..... G HIJA ..... H HIJO ..... I EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... J SUEGRA ..... K SUEGRO ..... L OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... M OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... N OTRO PARIENTE FEMENINO ..... O OTRO PARIENTE MASCULINO ..... P AMIGA/CONOCIDA ..... Q AMIGO/CONOCIDO ..... R MAESTRO(A) / PROFESOR(A) ..... S EMPLEADOR(A) ..... T EXTRAÑO(A) ..... U OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
1021	**VERIFIQUE 1005, 1013 Y 1019:** POR LO MENOS UN 'SI' ☐	NINGÚN 'SI' ☐ →	1025
1022	Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	1023A
1023	¿A quién le ha pedido ayuda? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MADRE ..... A PADRE ..... B HERMANA ..... C HERMANO ..... D ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO (COMPAÑERO)..... E SUEGRA ..... F SUEGRO ..... G OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... H OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... I OTRO PARIENTE FEMENINO ..... J OTRO PARIENTE MASCULINO ..... K AMIGO(A) ..... L VECINO(A) ..... M OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	
1023A	Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido? ¿Alguna otra institución?	COMISARÍA..... A JUZGADO ..... B FISCALIA ..... C DEFENSORIA MUNICIPAL (DEMUNA) ..... D MINISTERIO DE LA MUJER (MIMDES) ..... E DEFENSORIA DEL PUEBLO ..... F ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... G ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	→ 1025
1024	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	NO SABIA DONDE IR / NO CONOCE SERVICIOS..... 01 NO ERA NECESARIO..... 02 DE NADA SIRVE..... 03 COSAS DE LA VIDA..... 04 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACIÓN ..... 05 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO A ELLA O A SUS HIJOS ..... 06 MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO ..... 07 VERGUENZA..... 08 ELLA TENÍA LA CULPA ..... 09 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
1026	¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	

1027	VERIFIQUE 203 AL MENOS UN HIJO / HIJA QUE VIVE EN EL HOGAR ☐ NINGUN HIJO / HIJA VIVE EN EL HOGAR ☐ → 1032	
1028	¿Quién reprende o castiga a sus hijos en el hogar ? ¿Quién màs?	PADRE BIOLOGICO ..... A MADRE BIOLÓGICA :..... B OTRO : _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE / NO LOS CASTIGAN ..... Y → 1032
1029	SI 1028 = A ☐ SI 1028 = B ☐ SI 1028 = X ☐	

1030		A. ¿De qué manera castiga su esposo/compañero a su(s) hijo(s)?	B. ¿De qué manera castiga Ud. a su(s) hijo(s)?	C. ¿De qué manera castiga esa persona a su(s) hijo(s)?
	INDAGUE ¿De alguna otra forma?...			
	PALMADAS	A	A	A
	REPRIMENDA VERBAL	B	B	B
	PROHIBIÈNDOLES ALGO QUE LES GUSTA	C	C	C
	PRIVANDOLOS DE LA ALIMENTACIÒN	D	D	D
	CON GOLPES O CASTIGOS FISICOS	E	E	E
	DEJÀNDOLOS ENCERRADOS	F	F	F
	IGNORÀNDOLOS	G	G	G
	PONÌENDOLES MÀS TRABAJO	H	H	H
	DEJÀNDOLOS FUERA DE CASA	I	I	I
	ECHÀNDOLES AGUA	J	J	J
	QUITÀNDOLES LA ROPA	K	K	K
	QUITÀNDOLES LAS PERTENENCIAS	L	L	L
	QUITÀNDOLES EL APOYO ECONÒMICO	M	M	M
	OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	X	X _____ (ESPECIFIQUE)	X _____ (ESPECIFIQUE)

1031	En el mes de _____ ¿Alguno de sus hijos fue castigado por su mal comportamiento?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8
1032	¿En qué forma la castigan ó castigaban a Ud. sus padres? ¿De alguna otra forma? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	PALMADAS ..... A REPRIMENDA VERBAL ..... B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA ..... C PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN ..... D GOLPEÁNDOLA ..... E QUEMÁNDOLA ..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA ..... G IGNORÁNDOLA ..... H PONÍENDOLE MÁS TRABAJO ..... I DEJÁNDOLA FUERA DE CASA ..... J HUNDÍENDOLA EN AGUA ..... K QUITÁNDOLE LA ROPA ..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS ..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÒMICO ..... N OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO ME CASTIGAN / CASTIGABAN ..... Y
1033	¿Cree Ud. que para educar a los hijos es necesario el castigo físico? **SI DIJO: "SI"** ¿Con qué frecuencia?	FRECUENTEMENTE ..... 1 ALGUNA VECES ..... 2 NO / NUNCA 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A
1034	AGRADEZCA DE NUEVO A LA ENTREVISTADA Y REGISTRE SI DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTA SECCIÓN HUBO NIÑOS PRESENTES TODO EL TIEMPO O ALGUNAS VECES		**TODO EL TIEMPO**	**ALGUNAS VECES**	**NO PRES.**	
		MENOR 10 AÑOS.....	1	2	3	
		MAYOR 10 AÑOS	1	2	3	
1035	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFIRIERON DE ALGUNA OTRA FORMA		**SI, UNA VEZ**	**SI, MÁS DE UNA VEZ**	**NO**	
		ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	
		OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	
		OTRA MUJER ADULTA	1	2	3	
	ENTREVISTADORA: SI LA INFORMANTE CUENTA CON LA TARJETA DE VACUNACIÓN, NO OLVIDE DE TRANSCRIBIR LA INFORMACION A LAS PREGUNTAS 456 Y 466E.					
1036	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐				

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Algun otro comentario:

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES GENERALES

- EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.
- LAS COLUMNAS **1 Y 4**, DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO
1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
3 PÍLDORAS
4 DIU
5 INYECCIONES
6 IMPLANTES O NORPLANT
7 CONDÓN
8 CONDÓN FEMENINO
9 ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)
J AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
K ABSTINENCIA PERIÓDICA
L RETIRO
M ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 2: Discontinuidad de Uso de Anticonceptivo

1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
3 MARIDO DESAPROBÓ
4 EFECTOS COLATERALES
5 MOTIVOS DE SALUD
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO
8 USO INCONVENIENTE
9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
C COSTO
F FATALISTA
A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN

X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)
Z NO SABE

COL 3: Fuente de Anticoncepción

1 HOSPITAL MINSA
2 CENTRO DE SALUD MINSA
3 PUESTO DE SALUD MINSA
4 PROMOTOR DE SALUD MINSA
5 HOSPITAL DE ESSALUD
6 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD
7 HOSPITAL /OTRO DE LAS FFAA Y PNP
8 HOSPITAL /OTRO DE LA MUNICIPALIDAD

A OTRO GOBIERNO:_____
(ESPECIFIQUE)
B CLÍNICA PARTICULAR
C FARMACIA / BOTICA
D CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR
E OTRO SECTOR PRIVADO:_____
(ESPECIFIQUE)
F CLÍNICA/POSTA DE ONG
G PROMOTORES DE ONG
H HOSPITAL /OTRO DE LA IGLESIA
I TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL
J AMIGOS / PARIENTES
K NADIE/SE AUTORECETO
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 4: Matrimonio / Unión

X EN UNIÓN (CASADA O CONVIVIENTE)
O NO EN UNIÓN

1				1	2		3	4		
		12	DIC			**01**			DIC	
		11	NOV			**02**			NOV	
		10	OCT			**03**			OCT	
		09	SEP			**04**			SEP	
	2	08	AGO			**05**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**06**			JUL	**0**
	1	06	JUN			**07**			JUN	**1**
	2	05	MAY			**08**			MAY	**2**
		04	ABR			**09**			ABR	
		03	MAR			**10**			MAR	
		02	FEB			**11**			FEB	
		01	ENE			**12**			ENE	
		12	DIC			**13**			DIC	
		11	NOV			**14**			NOV	
		10	OCT			**15**			OCT	
		09	SEP			**16**			SEP	
	2	08	AGO			**17**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**18**			JUL	**0**
	1	06	JUN			**19**			JUN	**1**
	1	05	MAY			**20**			MAY	**1**
		04	ABR			**21**			ABR	
		03	MAR			**22**			MAR	
		02	FEB			**23**			FEB	
		01	ENE			**24**			ENE	
		12	DIC			**25**			DIC	
		11	NOV			**26**			NOV	
		10	OCT			**27**			OCT	
		09	SEP			**28**			SEP	
	2	08	AGO			**29**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**30**			JUL	**0**
	1	06	JUN			**31**			JUN	**1**
	0	05	MAY			**32**			MAY	**0**
		04	ABR			**33**			ABR	
		03	MAR			**34**			MAR	
		02	FEB			**35**			FEB	
		01	ENE			**36**			ENE	
		12	DIC			**37**			DIC	
		11	NOV			**38**			NOV	
		10	OCT			**39**			OCT	
		09	SEP			**40**			SEP	
	2	08	AGO			**41**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**42**			JUL	**0**
	0	06	JUN			**43**			JUN	**0**
	9	05	MAY			**44**			MAY	**9**
		04	ABR			**45**			ABR	
		03	MAR			**46**			MAR	
		02	FEB			**47**			FEB	
		01	ENE			**48**			ENE	
		12	DIC			**49**			DIC	
		11	NOV			**50**			NOV	
		10	OCT			**51**			OCT	
		09	SEP			**52**			SEP	
	2	08	AGO			**53**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**54**			JUL	**0**
	0	06	JUN			**55**			JUN	**0**
	8	05	MAY			**56**			MAY	**8**
		04	ABR			**57**			ABR	
		03	MAR			**58**			MAR	
		02	FEB			**59**			FEB	
		01	ENE			**60**			ENE	
		12	DIC			**61**			DIC	
		11	NOV			**62**			NOV	
		10	OCT			**63**			OCT	
		09	SEP			**64**			SEP	
	2	08	AGO			**65**			AGO	**2**
	0	07	JUL			**66**			JUL	**0**
	0	06	JUN			**67**			JUN	**0**
	7	05	MAY			**68**			MAY	**7**
		04	ABR			**69**			ABR	
		03	MAR			**70**			MAR	
		02	FEB			**71**			FEB	
		01	ENE			**60**			ENE	

CALENDARIO 2012

ENERO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

MARZO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

MAYO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

JULIO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

CALENDARIO 2011

SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31