REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2013

CUESTIONARIO DE SALUD

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

CONGLOMERADO				VIVIENDA			HOGAR	

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es_____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____ ☐☐

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
FECHA					
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA					
RESULTADO***					
PRÓXIMA VISITA: FECHA					
HORA					

VISITA FINAL

FECHA :
DÍA..... ☐☐
MES..... ☐☐
AÑO..... ☐☐
EQUIPO NUMERO..... ☐☐
ENTREVISTADORA..... ☐☐
NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... ☐☐
RESULTADO FINAL..... ☐

CUESTIONARIO ☐☐ DE ☐☐

TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS ☐☐

*****CÓDIGOS DE RESULTADO:**

1 COMPLETA
2 AUSENTE
3 APLAZADA
4 RECHAZADA
5 INCOMPLETA
6 DISCAPACITADA(O)
9 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)

RESULTADO FINAL DETALLADO***

INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐
NIÑA O NIÑO CON NÚMERO DE ORDEN _____ ☐

	SUPERVISORA LOCAL	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR(A)
NOMBRE	_____ ☐	_____ ☐	_____ ☐
FECHA	_____	_____	_____

TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS EN EL 2013

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

Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2013	Ha cumplido años en 2013
	No Sabe	
14 >	1998	1999
15 >	1997	1998
16 >	1996	1997
17 >	1995	1996
18 >	1994	1995
19 >	1993	1994
20 >	1992	1993
21 >	1991	1992
22 >	1990	1991
23 >	1989	1990
24 >	1988	1989
25 >	1987	1988
26 >	1986	1987
27 >	1985	1986
28 >	1984	1985
29 >	1983	1984
30 >	1982	1983
31 >	1981	1982
32 >	1980	1981
33 >	1979	1980
34 >	1978	1979
35 >	1977	1978
36 >	1976	1977
37 >	1975	1976
38 >	1974	1975
39 >	1973	1974
40 >	1972	1973
41 >	1971	1972
42 >	1970	1971
43 >	1969	1970

Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2013	Ha cumplido años en 2013
	No Sabe	
44 >	1968	1969
45 >	1967	1968
46 >	1966	1967
47 >	1965	1966
48 >	1964	1965
49 >	1963	1964
50 >	1962	1963
51 >	1961	1962
52 >	1960	1961
53 >	1959	1960
54 >	1958	1959
55 >	1957	1958
56 >	1956	1957
57 >	1955	1956
58 >	1954	1955
59 >	1953	1954
60 >	1952	1953
61 >	1951	1952
62 >	1950	1951
63 >	1949	1950
64 >	1948	1949
65 >	1947	1948
66 >	1946	1947
67 >	1945	1946
68 >	1944	1945
69 >	1943	1944
70 >	1942	1943
71 >	1941	1942
72 >	1940	1941
73 >	1939	1940

Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2013	Ha cumplido años en 2013
	No Sabe	
74 >	1938	1939
75 >	1937	1938
76 >	1936	1937
77 >	1935	1936
78 >	1934	1935
79 >	1933	1934
80 >	1932	1933
81 >	1931	1932
82 >	1930	1931
83 >	1929	1930
84 >	1928	1929
85 >	1927	1928
86 >	1926	1927
87 >	1925	1926
88 >	1924	1925
89 >	1923	1924
90 >	1922	1923
91 >	1921	1922
92 >	1920	1921
93 >	1919	1920
94 >	1918	1919
95 >	1917	1918
96 >	1916	1917
97 >	1915	1916
98 >	1914	1915
99 >	1913	1914
100 >	1912	1913
101 >	1911	1912
102 >	1910	1911
103 >	1909	1910

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		

MARZO

D	L	M	M	J	V	S
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	30

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
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

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
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
		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
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				

ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
20	**REGISTRE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (LISTADO DEL HOGAR) EL NOMBRE (PREGUNTA 2), NÚMERO DE ORDEN (PREGUNTA 1) Y CIRCULE EL SEXO (PREGUNTA 6) DE LA PERSONA SELECCIONADA PARA EL CUESTIONARIO DE SALUD**	NOMBRE: _____ ☐☐ SEXO: HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	
21	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	
	SI LA PERSONA DE 15 AÑOS O MÁS ES INFORMANTE DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, TRANSCRIBA LA PREGUNTA 106 DE TAL CUESTIONARIO A LA PREGUNTA 23, Y PASE A LA PREGUNTA 28		
22	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... ☐☐ AÑO..... 1 9 ☐☐ NO SABE EL AÑO..... 9998	
23	¿Cuántos años cumplidos tiene? **CONSISTENCIE PREGUNTA 22 CON PREGUNTA 23 Y CORRIJA DE SER NECESARIO**	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... ☐☐ **SI ES MEF PASE A LA PREGUNTA 28**	
24	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 →	26
25	¿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	
26	¿Tiene usted seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2 →	100
27	¿A que 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)	→ 100

PARA LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS EN EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL

28	TRANSCRIBA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL EL RESULTADO DE LA PREGUNTA 489	SI..... 1 NO..... 2		
29	TRANSCRIBA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL EL RESULTADO DE LA PREGUNTA 801		**SI**	**NO**
		VIH.....	1	2
		SIDA.....	1	2

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.		
100	¿En los últimos 12 meses,es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la **presión arterial**?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	102
101	¿Dónde le midieron a usted la **presión arterial** la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA 98	
102	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado **"hipertensión arterial"** o **"presión alta"**? **NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
103	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene **hipertensión arterial** o **"presión alta"**? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
104	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su **presión arterial**?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
105	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA ..... 1 SIN RECETA MEDICA ..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
106	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos **tal como** le indicó el médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses,es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la **glucosa** o el **"azúcar" en la sangre**?	SI..... 1 NO..... 2 → 109 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
108	¿Dónde le midieron la **glucosa** o el **"azúcar" en la sangre** la última vez? **CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado **diabetes** o **"azúcar alta"** en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 → 200 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
110	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene **diabetes** o **"azúcar alta"** en la sangre? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su **"diabetes"** o **"azúcar alta"** en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 → 200 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA ..... 1 SIN RECETA MEDICA ..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos **tal como** le indicó el médico? **CONSIDERAR COMO "SÍ" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 2. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, chicha de jora fermentada, cañazo, pisco, ron o alguna otra bebida alcohólica.		
200	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha fumado cigarrillos? **CONSIDERAR COMO "SÍ" CUANDO EL ENTREVISTADO MANIFIESTA HABER FUMADO TODO EL CIGARRILLO. CONSIDERAR COMO "NO" CUANDO MANIFIESTA HABER DADO SOLAMENTE UNA O UNAS "PITADAS" Ó "FUMADAS".**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	206
201	¿En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, usted ha fumado cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	206
202	¿Fuma usted diariamente?	SI..... 1 NO..... 2	206
203	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar diariamente?	EDAD EN AÑOS..... 1 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	205
204	¿Hace cuántos años, usted empezó a fumar diariamente?	NÚMERO DE AÑOS..... 1 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	
205	Normalmente, ¿Cuántos cigarrillos fuma usted a diario?	NÚMERO DE CIGARRILLOS..... 1 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	
206	¿Alguna vez en su vida usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor? **CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO CONSUMIÓ AL MENOS UN VASO / COPA O UNIDAD SIMILAR.** **CONSIDERE "NO" CUANDO CONSUMIÓ UNO O DOS "SORBOS" ("BOCADOS")**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
207	¿Qué edad tenía usted la primera vez que tomó alguna bebida alcohólica o licor?	EDAD EN AÑOS..... 1 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
208	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
209	¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más? **CONSIDERE TODAS LAS VECES A LO LARGO DE LOS 12 MESES**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
210	¿En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213
211	Durante los últimos 30 días, ¿Cuantas veces tomó usted alguna bebida alcohólica o licor?	NÚMERO DE VECES..... 1 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA..... 8	213

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
212	**SI TOMÓ MÁS DE 1 VEZ:** De esas _____ veces que tomó, piense en la vez que consumió más, y dígame ¿Que bebidas alcohólicas tomó? **SI TOMÓ 1 VEZ:** En esa vez, ¿Qué bebidas alcohólicas tomó? **¿Alguna otra bebida más?** **REGISTRE EN LOS 4 CASILLEROS PARA CADA BEBIDA ALCOHÓLICA CONSUMIDA (VASOS/ COPAS; BOTELLAS)** **SI TOMÓ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, A CONTINUACIÓN PREGUNTE POR LA CANTIDAD (VASOS/ COPAS O BOTELLAS). SEGUIDAMENTE SIGA SONDEANDO SI TOMÓ ALGUNA OTRA BEBIDA MÁS** **SI MENCIONA BOTELLA DE CERVEZA, MUESTRE LA CARTILLA. PARA EL CASO DE LA CERVEZA, SI FUE BOTELLA PERSONAL O UNA LATA DE CERVEZA, CONSIDERE COMO UN VASO**	**¿Cuántos vasos, copas o botellas tomó?** VASOS/ COPAS / BOTELLAS / NS/NR CERVEZA A ☐☐ ☐☐ 8 VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE B ☐☐ ☐☐ 8 CHICHA DE JORA FERMENTAI C ☐☐ ☐☐ 8 MASATO FERMENTADO D ☐☐ ☐☐ 8 YONQUE/ CAÑAZO E ☐☐ ☐☐ 8 ANISADO F ☐☐ ☐☐ 8 WHISKY/ PISCO/ RON G ☐☐ ☐☐ 8 OTRA _____ X ☐☐ ☐☐ 8 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 8	
213	**A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.**		
	En los últimos 7 días, es decir, desde el _____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 ☐ NO COMIÓ..... 3 → 215 NO SABE / NO RECUERDA 8	
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? **SI COMIO PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA** **SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2".** **CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.**	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS 1 ☐.☐ CINCO O MÁS UNIDADES..... 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado **INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA**	NÚMERO DE DÍAS..... 1 ☐ NO TOMÓ..... 3 → 217 NO SABE / NO RECUERDA 8	
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? **CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS**	NÚMERO DE VASOS DE JUGO ..... 1 ☐.☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 ☐ NO COMIÓ..... 3 → 219 NO SABE / NO RECUERDA 8	
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? **CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.**	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA .. 1 ☐.☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 ☐ NO COMIÓ..... 3 → 300 NO SABE / NO RECUERDA 8	
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? **TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS**	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 ☐.☐ NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 ☐ NO SABE / NO RECUERDA 8	

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS

SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	**VERIFIQUE PREGUNTA 23:** 50 AÑOS A MÁS DE EDAD ☐ MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD ☐ →		400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado ó medido la vista con esta cartilla? **(MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 →	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 →	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona **a una distancia aproximada de 6 metros?** **SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 →	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? **SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
308	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para leer un texto o ver una imagen con claridad **a la distancia de su brazo extendido?** **ESTIRE EL BRAZO SIMULANDO LEER O VER ALGO A LA DISTANCIA DE SU BRAZO EXTENDIDO** **SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	310
309	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? **SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SALUD BUCAL PARA LAS PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	**VERIFIQUE PREGUNTA 23:** 60 AÑOS A MÁS DE EDAD ☐	MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD ☐	400
311	¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? **CONSIDERE SOLO SI FUE ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	400
312	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
313	¿Dónde le atendieron la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 98	

SECCIÓN 4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
400	**VERIFIQUE PREGUNTA 23:** 15 A 59 AÑOS DE EDAD ☐ DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD ☐ →		500
401	¿Considera usted que el cáncer se puede prevenir?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE/ NO RECUERDA…… 8	
402	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI…… 1 NO…… 2 → NO SABE/ NO RECUERDA…… 8 →	405
403	¿Alguna vez en su vida usted ha oído hablar del virus del papiloma humano?	SI…… 1 NO…… 2 → NO SABE/ NO RECUERDA…… 8 →	405
404	¿Cree usted que el virus del papiloma humano puede causar cáncer de cuello uterino, también llamado cáncer cervical?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE/ NO RECUERDA…… 8	

PARA LAS PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD

405	**VERIFIQUE PREGUNTA 23:** 40 A 59 AÑOS DE EDAD ☐ MENORES DE 40 AÑOS DE EDAD ☐ →		408
406	¿En los últimos 24 meses, es decir, desde _____ del año 2011 hasta _____ de este año, se ha realizado algún examen o chequeo para descartar cualquier tipo de cáncer?	SI…… 1 NO…… 2 → NO SABE/ NO RECUERDA…… 8 →	408
407	¿Dónde le realizaron dicho examen o chequeo? ¿En algún otro lugar? CONSIDERE TODOS LOS LUGARES DONDE SE HAYA REALIZADO EL EXAMEN O CHEQUEO EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA…… A ESSALUD…… B FFAA Y PNP…… C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL…… D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA…… E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP… F **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR…… G CONSULTORIO PARTICULAR…… H **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG…… I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA…… J LIGA CONTRA EL CÁNCER…… K **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA…… L CAMPAÑA DE ESSALUD…… M OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) N OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE/ NO RECUERDA…… Y	

PARA LAS MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
408	**VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23:** MUJER DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD ☐	HOMBRE / MUJER MENOR DE 30 AÑOS ☐ →	500
409	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado un examen físico de mama? **DE SER NECESARIO LEA:** Examen físico de mama, es un examen mediante el cual el médico, obstetra o enfermera palpa la mama para detectar alguna tumoración que indique la presencia de cáncer.	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE / NO RECUERDA..... 8	411
410	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el examen físico de mama? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
411	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la prueba de papanicolaou? **DE SER NECESARIO LEA:** Prueba de papanicolaou, es una prueba mediante la cual se hace un raspado del cuello uterino de la mujer para detectar la posible presencia de un cáncer.	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE / NO RECUERDA..... 8	414
412	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez la prueba de papanicolau? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
413	¿Usted recogió o llegó a conocer los resultados de la prueba de papanicolaou?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

PARA LAS MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD

414	**VERIFIQUE PREGUNTA 23:** 40 A 59 AÑOS DE EDAD ☐	MENORES DE 40 AÑOS DE EDAD ☐ →	500
415	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado un examen de mamografía? **DE SER NECESARIO LEA:** Mamografía, es una radiografía de la mama que se utiliza con la finalidad de detectar anormalidades que puede indicar un cáncer de mama.	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE..... 8	500
416	¿Hace cuánto tiempo le realizaron la última vez el examen de mamografía? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SECCIÓN 5. TUBERCULOSIS

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	¿Actualmente tiene usted tos con flema?	SI..... 1 NO..... 2 →	502
501	¿Hace cuánto tiempo tiene usted tos con flema? **REGISTRE:** **EN "DÍAS", SI ES < DE 1 MES** **EN "MESES", SI ES DE 1 MES A MÁS**	DÍAS (SI ES MENOS DE 1 MES)..... 1 ☐☐ MESES (SI ES DE 1 MES A MÁS)..... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
502	**VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23:** **HOMBRE DE 15 AÑOS A MÁS /** **MUJER DE 50 AÑOS A MÁS** ☐ **MUJER DE 15 A 49 AÑOS** ☐ →		504
503	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TBC?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
504	**VERIFIQUE PREGUNTA 503 o 28 (SOLO SI ES MEF):** **RESPONDIÓ "SI" (CÓDIGO 1)** ☐ **RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8)** ☐ →		507
505	Cree usted que la tuberculosis se contagia:	SI / NO / NS/ NR	
	A ¿Cuando una persona enferma tose o estornuda cerca a otra persona?	TOSE O ESTORNUDA 1 2 8	
	B ¿Cuando una persona enferma habla de cerca con otra persona?	HABLA DE CERCA 1 2 8	
	C ¿Cuando una persona enferma toca a otra persona?	TOCA A OTRA PERSONA 1 2 8	
	D ¿Cuando una persona enferma comparte alimentos o utensilios con otra persona?	COMPARTE ALIMENTOS 1 2 8	
506	**SI ES MEF, PASE A LA PREGUNTA 507** ¿Puede curarse la tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

DESEABILIDAD SOCIAL

			SI	NO
507	**A continuación le voy a formular algunas preguntas con relación a su forma de ser. Por favor, responda con un SI o con un NO. A usted:**			
	A ¿Le cuesta ponerse a trabajar si no tiene ánimos?	TRABAJA SIN ANIMOS.....	1	2
	B ¿Se molesta cuando no puede hacer las cosas a su manera?	LE MOLESTA.....	1	2
	C ¿Siempre escucha atentamente a la persona con quien habla?	SIEMPRE ESCUCHA.....	1	2
	D ¿A veces engaña a las personas para tener un beneficio?	ENGAÑA.....	1	2
	E ¿Cuando comete un error siempre está dispuesta(o) a aceptarlo?	ACEPTA ERRORES.....	1	2
	F ¿ A veces trata de vengarse en lugar de perdonar y olvidar lo que le han hecho?	TRATA DE VENGARSE.....	1	2
	G ¿Siempre es amable, aún con gente desagradable?	SIEMPRE ES AMABLE.....	1	2
	H ¿Siempre se molesta cuando la gente tiene ideas distintas a las de usted?	SIEMPRE SE MOLESTA.....	1	2
	I ¿Algunas veces siente envidia de la buena suerte de la gente?	SIENTE ENVIDIA.....	1	2
	J ¿Le molesta que la gente le pida favores?	LE PIDA FAVORES.....	1	2

SECCIÓN 6. VIH / SIDA

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
600	**VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23:** HOMBRES DE **15 A 49 AÑOS** DE EDAD ☐	MUJERES DE **15 A 49 AÑOS** DE EDAD ☐ → 602 PERSONAS DE **50 AÑOS A MÁS** DE EDAD ☐ → 700	
601	Usted ha oído hablar de: A ¿La infección por VIH? B ¿Una enfermedad llamada SIDA?	**SI** **NO** VIH…… 1 2 SIDA…… 1 2	
602	**VERIFIQUE PREGUNTAS 601 O 29 (SOLO SI ES MEF)** POR LO MENOS UN "SÍ" ☐	NINGÚN "SÍ" ☐ → 700	
603	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde_____ del año pasado hasta _____ de este año, a usted le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI…… 1 NO…… 2 → 605 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
604	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
605	**VERIFIQUE PREGUNTAS 20 Y 23:** HOMBRE DE **15 A 29 AÑOS** DE EDAD ☐	MUJER DE **15 A 29 AÑOS** DE EDAD ☐ → 609 PERSONAS DE **30 A 49 AÑOS** DE EDAD ☐ → 700	

PARA LAS PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD

606	¿Cree usted que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
607	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
608	¿Cree usted 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 / NO RECUERDA…… 8	
609	¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
610	¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo alimentos o utensilios como: cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	
611	¿Cree usted que las personas que usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8	

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población

700 En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD
SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: **¿Cuántos días?**
SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)

			PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)
A	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)	POCO INTERES.....	0	1	2	3
B	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3
C	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	DORMIR.....	0	1	2	3
D	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	CANSADA(O).....	0	1	2	3
E	¿Poco apetito o comer en exceso?	APETITO.....	0	1	2	3
F	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)	PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3
G	¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	MOVERSE.....	0	1	2	3
H	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	MORIR.....	0	1	2	3
I	¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3

701 **VERIFIQUE PREGUNTA 700:**

CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS ☐

CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS ☐ → 703

702 ¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?

MUCHO..... 1
POCO..... 2
NADA..... 3

703 ¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido molestias o problemas mencionados anteriormente como: sentirse con poco interés, triste, con problemas para dormir, desanimada(o), cansada(o) sin motivo, desconcentrada(o) o con poco apetito ?
(DE SER NECESARIO LEA LOS ÍTEMS "G", "H", "I")

SI..... 1
NO..... 2 → 707

704 Por favor, recuerde en los últimos 12 meses, uno de los momentos en que tuvo estas molestias o problemas y dígame ¿cuando fue? _____

Ahora hablemos solo de las molestias o problemas que tuvo cuando (en) _____

NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD
SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: **¿Cuántos días?**
SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)

			PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)
A	¿Ha tenido pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)	POCO INTERES.....	0	1	2	3
B	¿Se ha sentido desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3
C	¿Ha tenido problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	DORMIR.....	0	1	2	3
D	¿Se ha sentido cansada(o) o ha tenido poca energía sin motivo que lo justifique?	CANSADA(O).....	0	1	2	3
E	¿Ha tenido poco apetito o ha comido en exceso?	APETITO.....	0	1	2	3
F	¿Ha tenido dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)	PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3
G	¿Se ha movido o hablado más lento de lo normal o se ha sentido más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	MOVERSE.....	0	1	2	3
H	¿Ha tenido pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	MORIR.....	0	1	2	3
I	¿Se ha sentido mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
705	**VERIFIQUE PREGUNTA 704:** CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS ☐	CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS ☐ →	707
706	¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?	MUCHO…… 1 POCO…… 2 NADA…… 3	
707	¿En los últimos 12 meses usted **ha recibido tratamiento** de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad ?	SI…… 1 NO…… 2 → NO SABE / NO RECUERDA…… 8 →	709
708	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA…… A ESSALUD…… B FFAA Y PNP…… C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL…… D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA…… E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP… F **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR…… G CONSULTORIO PARTICULAR…… H **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG…… I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA…… J OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE/ NO RECUERDA…… Y	
709	¿En los últimos 12 meses, es decir desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha estado casada(o) o conviviendo?	SI…… 1 NO…… 2 →	712

A continuación me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de su relación de pareja. Sabemos que algunas de estas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las parejas en el país.

710	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó con el pie, el puño o alguna otra parte del cuerpo (cabeza, codo, rodilla)?	NUNCA / NO…… 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)…… 2 A VECES (3 - 5 VECES)…… 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)…… 4	
711	¿En los últimos 12 meses, cuantas veces su pareja le golpeó, agredió con un objeto como: correa, palo, cuchillo o arma?	NUNCA / NO…… 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)…… 2 A VECES (3 - 5 VECES)…… 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)…… 4	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
712	**VERIFIQUE PREGUNTA 209:** RESPONDIÓ "SÍ" (CÓDIGO 1) ☐ ↓ RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) O NO SE HIZO LA PREGUNTA ☐ →		730
	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre los problemas que pudo haber tenido a causa de la bebida alcohólica y que le ocurrieron más de una vez		
713	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 713 A 717 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, **hubo momentos** en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa? (DE SER NECESARIO LEA: Resaca es el malestar que se siente después de la borrachera)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
714	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que el consumo de alcohol le **provocó** discusiones u otros **problemas** con su **familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo**?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → REHUSA..... 9	716
715	¿Siguió bebiendo a pesar de que le provocaba problemas con estas personas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
716	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
717	¿Le han detenido **más de una vez** por alterar el orden o manejar bajo los efectos del alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
718	**VERIFIQUE PREGUNTAS 713, 714, 715, 716 Y 717:** AL MENOS UNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" ☐ ↓ NINGUNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1" ☐ →		730
719	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 719 A 729 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
720	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto, o notó que ya no conseguía **"ponerse alegre"** con la misma cantidad que bebía habitualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
721	Cuando las personas que tienen costumbre de beber, empiezan a beber menos o dejan de beber, pueden sentir malestar intenso que dura más que una resaca normal. ¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber?	SI..... 1 → NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	723
722	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que tomó un vaso, copa o botella **para evitar** tener problemas como los mencionados anteriormente? (DE SER NECESARIO LEA: Como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
723	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que continuó bebiendo a pesar de que se había **prometido** que no lo haría, o bebió mucho más de lo que se había propuesto?	SI..... 1 → 726 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
724	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que bebió más frecuentemente o durante **más días seguidos** de lo que se había propuesto?	SI..... 1 → 726 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
725	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que empezó a beber y se emborrachó cuando **no quería hacerlo**?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
726	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
727	¿En los últimos 12 meses, **hubieron periodos** de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que casi no le quedaba tiempo para nada más?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
728	¿En los últimos 12 meses, tuvo un **periodo de un mes o más** en que dejó de hacer actividades importantes (como trabajar, estudiar, ver a amigos, familiares o practicar deportes), o las redujo considerablemente a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
729	¿En los últimos 12 meses, **hubo momentos** en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que podría haber sido provocado o empeorado por la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
730	**VERIFIQUE: PREG. 206, SI REGISTRÓ CÓDIGO 2 O CÓDIGO 8 PASE A 731A** ¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por consumo de alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → 731A	
731	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP... F **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	
731A	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: **2 Y 10C** DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA , DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	**PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)** Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	**SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)** Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) **RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS**. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: **2 Y 10B** DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO ☐☐ ☐☐ ☐☐ DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO ☐☐ ☐☐ ☐☐ DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) ☐☐	EDAD (EN AÑOS) ☐☐
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 806)**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 806)**
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 ☐☐ DOS O MÁS AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 ☐☐ DOS O MÁS AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA... 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP. 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR.. 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP. 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR. 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
806	En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? **A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA: SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 808)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 **(PASE A 808)**
807	¿Dónde recibió la información? ¿En algún otro lugar?	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS ☐ / MENOR DE 1 AÑO ☐ → PASE A 838A	DE 1 A 11 AÑOS ☐ / MENOR DE 1 AÑO ☐ → PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 816)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 816)**
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 812)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 812)**
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4
812	¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes? **SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental?** **REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO**	MESES (SI ES < DE 1 AÑO).. 1 ☐☐ UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA... 8	MESES (SI ES < DE 1 AÑO).. 1 ☐☐ UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA... 8
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
816	**VERIFIQUE PREGUNTA 802D**	**DE 3 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 3 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**	**DE 3 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 3 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? **(MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)**	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 3 **(PASE A 828)**	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 3 **(PASE A 828)**
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8 **(PASE A 828)**	SI…… 1 NO…… 2 NO SABE / NO RECUERDA…… 8 **(PASE A 828)**
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? **¿Algún otro problema?**	HIPERMETROPÍA…… A MIOPÍA…… B ASTIGMATISMO…… C PRESBICIA…… D OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE / NO RECUERDA…… Y	HIPERMETROPÍA…… A MIOPÍA…… B ASTIGMATISMO…… C PRESBICIA…… D OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE / NO RECUERDA…… Y
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ___ NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ___ NOMBRE _____
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 → **PASE A 826** NO..... 2	SI..... 1 → **PASE A 826** NO..... 2
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 828**	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 828**
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 → **PASE A 828**	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 → **PASE A 828**
827	¿Por qué motivo (NOMBRE) no usa lentes o anteojos siempre?	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE/ NO RECUERDA 8	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE/ NO RECUERDA 8
828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, **a menos de 30 centímetros**? **SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO**	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	¿Con qué frecuencia (NOMBRE) usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año cuando está en un lugar sin techo, nunca, a veces o siempre? **CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)**	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

830	**VERIFIQUE PREGUNTA 802D**	**DE 6 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 6 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**	**DE 6 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 6 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 → **(PASE A 833)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 → **(PASE A 833)**
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? **CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

SALUD MENTAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

833	En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer, ¿(NOMBRE) asistió a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 838A**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 838A**

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la convivencia escolar. Sus respuestas son muy importantes para mejorar esta situación en los centros educativos del país.

834	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por un profesor o por una profesora?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
835	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por otro estudiante?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
836	¿(NOMBRE) tiene confianza para contarle sus cosas a algún profesor o profesora de su escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
837	¿Durante este año, alguna vez (NOMBRE) no quiso ir a su escuela o colegio por miedo a que alguien le pegue ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
838	¿Usted sabe a quien o donde pedir apoyo si (NOMBRE) sufre violencia física en su escuela o colegio? **SI RESPONDE "SI", PREGUNTE:** **¿Cuál es el nombre?** **¿En algún otro lugar?**	CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)... E ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... F HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G COMISARÍA / POLICÍA..... H FISCALÍA..... I DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J DEMUNA..... K CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L IGLESIA..... M MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)... E ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... F HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G COMISARÍA / POLICÍA..... H FISCALÍA..... I DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J DEMUNA..... K CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L IGLESIA..... M MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y MISMA ESCUELA / COLEGIO..... Z
838A	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐

VERIFICACIÓN DEL CEPILLO Y CREMA DENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS

		PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
839	**VERIFIQUE PREGUNTA 809**	**CÓDIGO "1" (SI)** ☐ **CODIGO "2" (NO)** ☐ **PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900**	**CÓDIGO "1" (SI)** ☐ **CODIGO "2" (NO)** ☐ **PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900**
840	Por favor, ¿Podría mostrarme el cepillo dental y la crema dental con que (NOMBRE) se cepilla los dientes? **VERIFIQUE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR DE LA CREMA DENTAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA** **SI NO USA CREMA DENTAL CIRCULE CÓDIGO 6 Y CONSISTENCIE CON PREGUNTA 814**	**A CEPILLO DENTAL** MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO.. 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4 **B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR** 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM ..... 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM.... 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE	**A CEPILLO DENTAL** MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO.. 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4 **B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR** 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM ..... 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM... 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: **2 Y 10C** DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA , DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	**TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)** Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	**CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)** Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) **RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS**. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: **2 Y 10B** DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) 6 OTRA _____ (ESPECIFIQUE) 9	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O). 6 OTRA _____ (ESPECIFIQUE) 9
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑO O NIÑA DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐
802C	¿En que mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO ☐☐ ☐☐ ☐☐ DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO ☐☐ ☐☐ ☐☐ DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) ☐☐	EDAD (EN AÑOS) ☐☐
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 806)**	SI ..... 1 NO ..... 2 → **(PASE A 806)**
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 ☐☐ DOS O MÁS AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 ☐☐ DOS O MÁS AÑOS..... 2 ☐☐ NO SABE/ NO RECUERDA... 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP. 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR. 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP. 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR.. 20 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE/ NO RECUERDA..... 98

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
806	En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? **SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 **(PASE A 808)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 **(PASE A 808)**
807	¿Dónde recibió la información? ¿En algún otro lugar?	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

		DE 1 A 11 AÑOS ☐	MENOR DE 1 AÑO ☐ **PASE A 838A**	DE 1 A 11 AÑOS ☐	MENOR DE 1 AÑO ☐ **PASE A 838A**
808	**VERIFIQUE PREGUNTA 802D**				
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 816)**		SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 816)**	
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 812)**		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 812)**	
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4		UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	
812	¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes? **SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental?** **REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO**	MESES (SI ES < DE 1 AÑO).. 1 ☐☐ UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA... 8		MESES (SI ES < DE 1 AÑO).. 1 ☐☐ UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA... 8	
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2		SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
816	**VERIFIQUE PREGUNTA 802D**	**DE 3 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 3 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**	**DE 3 A 11 AÑOS** ☐ → **MENOR DE 3 AÑOS** ☐ **PASE A 838A**
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? **(MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 **(PASE A 828)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 **(PASE A 828)**
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 828)**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 **(PASE A 828)**
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? **¿Algún otro problema?**	HIPERMETROPÍA..... A MIOPÍA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPÍA..... A MIOPÍA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE / NO RECUERDA..... Y
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? **REGISTRE:** **EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS** **EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS**	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 ☐☐ AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)... 2 ☐☐ NO SABE / NO RECUERDA.. 8

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ___ NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ___ NOMBRE _____
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA ..... 21 **ONG** CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 **CAMPAÑA DE SALUD** CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 → **PASE A 826** NO..... 2	SI..... 1 → **PASE A 826** NO..... 2
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 828**	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → **PASE A 828**
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 → **PASE A 828**	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 → **PASE A 828**
827	¿Por qué motivo (NOMBRE) no usa lentes o anteojos siempre?	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE/ NO RECUERDA 8	DESCUIDO..... 1 LE INCOMODAN..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE/ NO RECUERDA 8
828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, **a menos de 30 centímetros**? **SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO**	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	¿Con qué frecuencia (NOMBRE) usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año cuando está en un lugar sin techo, nunca, a veces o siempre? **CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)**	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

		DE 6 A 11 AÑOS / MENOR DE 6 AÑOS	DE 6 A 11 AÑOS / MENOR DE 6 AÑOS
830	**VERIFIQUE PREGUNTA 802D**	☐ / ☐ → PASE A 838A	☐ / ☐ → PASE A 838A
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 → (PASE A 833)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 → (PASE A 833)
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? **CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.**	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

SALUD MENTAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

833	En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer, ¿(NOMBRE) asistió a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → PASE A 838A	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 → PASE A 838A

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la convivencia escolar. Sus respuestas son muy importantes para mejorar esta situación en los centros educativos del país.

834	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por un profesor o por una profesora?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
835	En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, ¿Cuántas veces (NOMBRE) fue golpeada(o) por otro estudiante?	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	NUNCA..... 1 RARA VEZ (1 A 2 VECES)..... 2 A VECES (3 A 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
836	¿(NOMBRE) tiene confianza para contarle sus cosas a algún profesor o profesora de su escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
837	¿Durante este año, alguna vez (NOMBRE) no quiso ir a su escuela o colegio por miedo a que alguien le pegue ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8

	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
838	¿Usted sabe a quien o donde pedir apoyo si (NOMBRE) sufre violencia física en su escuela o colegio? **SI RESPONDE "SI", PREGUNTE:** **¿Cuál es el nombre?** **¿En algún otro lugar?**	CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)... E ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... F HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G COMISARÍA / POLICÍA..... H FISCALÍA..... I DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J DEMUNA..... K CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L IGLESIA..... M MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y MISMA ESCUELA / COLEGIO..... Z	CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI)..... A ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFA)..... B DIRECCIÓN DEL COLEGIO..... C COMITÉ DE TUTORÍA Y CONVIVENCIA..... D UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA (UGEL)... E ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... F HOSPITAL / CLÍNICA / POLICLÍNICO..... G COMISARÍA / POLICÍA..... H FISCALÍA..... I DEFENSORÍA DEL PUEBLO..... J DEMUNA..... K CENTRO DE EMERGENCIA MUJER..... L IGLESIA..... M MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... N OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y MISMA ESCUELA / COLEGIO..... Z
838A	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO POR CADA NIÑA Y NIÑO	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐

VERIFICACIÓN DEL CEPILLO Y CREMA DENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS

839	**VERIFIQUE PREGUNTA 809**	**CÓDIGO "1" (SI)** ☐ **CODIGO "2" (NO)** ☐ **PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900**	**CÓDIGO "1" (SI)** ☐ **CODIGO "2" (NO)** ☐ **PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900**
840	Por favor, ¿Podría mostrarme el cepillo dental y la crema dental con que (NOMBRE) se cepilla los dientes? **VERIFIQUE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR DE LA CREMA DENTAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA** **SI NO USA CREMA DENTAL CIRCULE CÓDIGO "6" Y CONSISTENCIE CON PREGUNTA 814**	**A CEPILLO DENTAL** MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO.. 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4 **B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR** 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM ..... 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM... 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE	**A CEPILLO DENTAL** MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO.. 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR..... 4 **B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR** 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM ..... 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM... 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE LA MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900	PESO (KILOGRAMOS)	☐☐☐.☐	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	☐☐☐.☐	
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO…….. 1 NO PRESENTE…… 2 RECHAZO…… 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR… 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
903	PRIMERA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA ☐☐☐ mmHg DIASTÓLICA ☐☐☐ mmHg	
904	HORA DE LA MEDICIÓN	HORA ☐☐ MINUTOS ☐☐	
905	SEGUNDA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA ☐☐☐ mmHg DIASTÓLICA ☐☐☐ mmHg	
906	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	MEDIDO…….. .. 1 NO PRESENTE…… 2 RECHAZO…… 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR… 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA _____ CÓDIGO ☐☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR _____ CÓDIGO ☐☐

OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA
(Para ser llenado inmediatamente después de la medición del peso y talla)

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

INEI