MICS *CUESTIONARIO DE HOGAR*

Paraguay 2016

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR **HH**

HH1. Número de conglomerado (UPM): ___ ___ ___

HH2. Número de hogar (vivienda): ___ ___

HH3. Nombre y número de la entrevistadora:

Nombre_____ ___ ___

HH4. Nombre y número del supervisor:

Nombre_____ ___ ___

HH5. Día / Mes / Año de la entrevista:

___ ___ /___ ___ / 2016

HH6. Área:
Urbana 1
Rural 2

HH7. *Región: (dominio)*

Asunción..... ……1
San Pedro……....2
Central……..3
Caaguazú ..... ……4
Alto Paraguay……..5
Boquerón ……6
Alto Paraná……..7
Itapúa……....8
Resto……9

HH8B. ¿Ha sido el hogar seleccionado para la prueba de la calidaddel agua?

☐*Sí* ……..*1*⇨Aplicar cuestionario de calidad del agua

☐*No*……*2*⇨*No se aplica el cuestionario de calidad del agua*

SOMOS DE ***LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS***. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON **UNICEF** SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***30*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ESTÁ GARANTIZADO POR EL ART. 14 DE DECRETO LEY N° 11.126 DEL 20/02/1942

☐ *Sí, se concede el permiso* ⇨*Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista*.

☐ *No, no se concede permiso* ⇨*Circule '04' en HH9. Discuta el resultado con su supervisor.*

HH9. Resultado de la entrevista del hogar:

Completada 01
Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar..... 02
Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo..... 03
Rechazada..... 04
Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda 05
Vivienda destruida 06
No se encontró la vivienda 07

Otro (*especificar*)_____96

Después de haber completado el cuestionariodel hogar, llene la siguiente información:

HH10.Entrevistado/a del Cuestionario de Hogar:

Nombre _____ ___ ___

HH11. Número total de miembros del hogar: ___ ___

HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años: ___ ___

HH14. Número de niños/as menores de 5 años: ___ ___

Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información

HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: : ___ ___

HH15.Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados: ___ ___

HH18. *Anote la hora.*

Hora .....__ __

Minutos .....__ __

LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR

HL

¿PODRÍA DECIRME EN PRIMER LUGAR EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE VIVEN AQUÍ, COMENZANDO POR EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?

Anote el nombre del jefe/la jefa del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con el jefe/la jefa del hogar (HL3) y su sexo (HL4).

Luego pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA/S QUE VIVA AQUÍ AUNQUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO?

Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas.

Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del listado de miembros del hogar.

								*Para mujeres de **15 a 49** años*	*Para niños/as de **0 a 4** años*	*Para niños/as de **0 a 17 años***						*Para niños/as de **0-14 años***
HL1. *Número de línea*	**HL2**. *Nombre*	**HL3**. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PAREN-TESCO DE (*nombre*) CON EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	**HL4**. ¿ES (*nombre*) HOMBRE O MUJER? 1 Hombre 2 Mujer	**HL5**. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (*nombre*)? 98 NS	9998 NS	*HL6. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? Anote en años cumplidos. Si la edad es 95 o más, anote '95'*		**HL7**. *Circule el número de línea si la edad de la mujer es de **15 a 49** años.*	**HL7B**. *Circule el número de línea si la edad es de **0 a 4** años.*	**HL11**. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ↘ HL13 8 NS ↘ HL13	**HL12**. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", guarde el número de línea de la madre y vaya a HL13. Si es "No" anote 00.*	**HL12A**. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 8 NS	**HL13**. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ↘ HL15 8 NS ↘ HL15	**HL14**. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", guarde el número de línea del padre y vaya a HL15. Si es "No" anote 00*	**HL14A**. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 8 NS	**HL15**. *Guarde el número de línea de la madre desde HL12 si así se indica. Si HL12 está vacío o "00" pregunte:* ¿QUIÉN ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (*nombre*)?
Linea	Nombre	Relación*	H	M	Mes	Año	Edad	15-49	0-4	S N NS	Madre		S N NS	Padre		Madre
01		**0 1**	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	01	01	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
02		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	02	02	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
03		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	03	03	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
04		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	04	04	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
05		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	05	05	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
06		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	06	06	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
07		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	07	07	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
08		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	08	08	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
09		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	09	09	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___
10		___ ___	1	2	__ __	__ __ __ __	__ __	10	10	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 8	___ ___

								*Para mujeres de **15 a 49** años*	*Para niños/as de **0 a 4** años*	*Para niños/as de **0 a 17 años***						*Para niños/as de **0-14 años***
HL1. *Número de línea*	**HL2**. *Nombre*	**HL3**. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PAREN-TESCO DE (*nombre*) CON EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	**HL4**. ¿ES (*nombre*) HOMBRE O MUJER? 1 Hombre 2 Mujer	**HL5**. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (*nombre*)? 98 NS 9998 NS		**HL6**. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (*nombre*)? *Anote en años cumplidos. Si la edad es 95 o más, anote '95'*		**HL7**. *Circule el número de línea si la edad de la mujer es de **15 a 49** años.*	**HL7B**. *Circule el número de línea si la edad es de **0 a 4** años.*	**HL11**. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ⇘ HL13 8 NS ⇘ HL13	**HL12**. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", guarde el número de línea de la madre y vaya a HL13. Si es "No" anote 00"*	**HL12A**. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 8 NS	**HL13**. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ⇘ HL15 8 NS ⇘ HL15	**HL14**. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", guarde el número de línea del padre y vaya a HL15. Si es "No" anote 00*	**HL14A**. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 8 NS	**HL15**. *Guarde el número de línea de la madre desde HL12 si así se indica. Si HL12 está vacío o "00" pregunte:* ¿QUIÉN ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (*nombre*)?
Linea	Nombre	Relación*	H M	Mes	Año	Edad		15-49	0-4	S N NS	Madre		S N NS	Padre		Madre
11		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __		11	11	1 2 8	__ __	1 2 3 8	1 2 8	__ __	1 2 3 8	__ __
12		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __		12	12	1 2 8	__ __	1 2 3 8	1 2 8	__ __	1 2 3 8	__ __
13		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __		13	13	1 2 8	__ __	1 2 3 8	1 2 8	__ __	1 2 3 8	__ __
14		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __		14	14	1 2 8	__ __	1 2 3 8	1 2 8	__ __	1 2 3 8	__ __
15		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __		15	15	1 2 8	__ __	1 2 3 8	1 2 8	__ __	1 2 3 8	__ __

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional ☐

Sondee para miembros adicionales en el hogar.
Pregunte especialmente por algún niño/a pequeño que no haya sido incluido en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (como empleados domésticos, amigos) pero que, por lo general, vivan en el hogar. Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.

Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años de edad, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Mujer aparte.
Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea yel número de línea de su madre o persona encargada en el panel de información de un Cuestionario para Menores de 5 años aparte.
Usted deberá tener ahora un cuestionario por separado para cada mujery cada niño/a menor de 5 en el hogar.

** Códigospara **HL3**: Relación con el jefe/la jefa del hogar:*

01 Jefe/a
02 Esposo/a/pareja
03 Hijo/a
04 Yerno/Nuera
05 Nieto/a
06 Padre o Madre
07 Suegros
08 Hermano /a
09 Cuñado / a
10 Tío / a
11 Sobrina / o
12 Otro parentesco
13 Adoptado / Hijo/a de crianza/ Hijastro/a
14 Empleado/criado (vive en el hogar)
96 Otro (Sin parentesco)
98 No sabe

EDUCACIÓN

ED

			*Para miembros del hogar de **5 años de edad y mayores***			*Para miembros del hogar de **5 a 24 años***								
ED1. *Número de línea*	**ED2**. *Nombre y edad* *Copie de HL2 y HL6*		**ED3**. ¿ASISTE/ ASISTIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O PRE-ESCOLAR? 1 Sí 2 No ⇘ Siguiente línea	**ED4A**. ¿A QUÉ NIVEL CORRESPONDE EL ÚLTIMOGRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE ASISTE/ASISTIÓ (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo)/ Ex Primaria 4 EEB (3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	**ED4B**. ¿CUÁL ES EL GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE (*nombre*) HA APROBADO DE ESE NIVEL? Grado: 98 NS *Si el primer grado de este nivel no se completó, , anote "00".*	**ED5**. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ES DECIR2016, ¿ASISTE/ASISTIÓ (*nombre*) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? 1 Sí 2 No ⇘ ED7	**ED6**. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria 4 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/ Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	Grado: 98 NS	**ED7**. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR 2015 ¿ASISTIÓ (*nombre*) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PREESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? 1 Sí 2 No ⇘ Siguiente línea 8 NS⇘ Siguiente línea	**ED8**. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR 2015 ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB(1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria 4 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/ Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	Grado: 98 NS
Línea	Nombre	Edad	Sí No	Nivel	Grado	Sí No	Nivel	Grado	SI NO NS	Nivel	Grado			
01		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
02		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
03		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
04		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
05		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
06		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
07		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
08		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
09		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
10		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
11		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			
12		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __			

EDUCACIÓN													ED
			*Para miembros del hogar de **5 años de edad y mayores***			*Para miembros del hogar de **5 a 24 años***							
ED1. *Número de línea*	**ED2**. *Nombre y edad* *Copie de HL2 y HL6*		**ED3**. ¿ASISTE/ ASISTIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O PRE-ESCOLAR? 1 Sí 2 No ⇘ Siguiente línea	**ED4A**. ¿A QUÉ NIVEL CORRESPONDE EL ÚLTIMOGRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE ASISTE/ASISTIÓ (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo)/ Ex Primaria 4 EEB (3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	**ED4B**. ¿CUÁL ES EL GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE (*nombre*) HA APROBADO DE ESE NIVEL? Grado: 98 NS *Si el primer grado de este nivel no se completó, , anote "00".*	**ED5**. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ES DECIR2016, ¿ASISTE/ASISTIÓ (*nombre*) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? 1 Sí 2 No ⇩ ED7	**ED6**. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria 4 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/ Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	Grado: 98 NS	**ED7**. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR 2015 ¿ASISTIÓ (*nombre*) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PREESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? 1 Sí 2 No ⇘ Siguiente línea 8 NS ⇘ Siguiente línea	**ED8**. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR 2015 ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (*nombre*)? **Nivel:** 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB(1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria 4 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/ Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS	Grado: 98 NS
13		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __
14		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __
15		__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	__ __

SELECCIÓN DE UN NIÑO/A PARA TRABAJO INFANTIL/DISCIPLINA INFANTIL SL

SL1. *Verifique HL6 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 1-17 años.*

Número total..... __

SL2. *Verifique el número total de niños/as de 1-17 años en SL1:*

☐*Cero ⇨ Vaya al módulo de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR*

☐*Uno ⇨ Vaya a SL9 y anote el número de orden como '1', ingrese el número de línea, el nombre y la edad del niño/a*

☐*Dos o más ⇨ Continúe con SL2A*

SL2A. *Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 17 años en el orden en que aparece en el Listado de miembros del hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 17 años de edad.Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.*

SL3. *Número de orden*	**SL4**. *Número de línea de HL1*	**SL5**. *Nombre de HL2*	**SL6**. *Sexo de HL4*		**SL7**. *Edad de HL6*
Orden	Línea	Nombre	M	F	Edad
1	__ __		1	2	___ ___
2	__ __		1	2	___ ___
3	__ __		1	2	___ ___
4	__ __		1	2	___ ___
5	__ __		1	2	___ ___
6	__ __		1	2	___ ___
7	__ __		1	2	___ ___
8	__ __		1	2	___ ___

SL8. *Verifique el último dígito del número de hogar (vivienda) (HH2) que aparece en la portada. Este es el número de la fila a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.*

Verifique el número total de niños/as (1-17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden (SL3) del niño/a seleccionado.

Último dígito del número de hogar (vivienda) (de HH2)	**Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)**						
	2	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8+***
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

SL9. *Registre el número de orden (SL3), número de línea (SL4), nombre (SL5) y edad (SL7) del niño/a seleccionado*

Número de orden ..... __

Número de línea ..... __ __

Nombre_____

Edad..... __ __

TRABAJO INFANTIL		CL
CL1. *Verifique la edad del niño/a seleccionado de SL9:* ☐*1-4 años⇨Vaya al siguiente módulo* ☐*5-17 años⇨ Continúe con CL2*		
CL2. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO DE TRABAJO QUE PUEDAN HACER LOS NIÑOS/AS DE ESTE HOGAR. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, REALIZÓ (*nombre*) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, INCLUSO SEA MENOS DE UNA HORA?	Sí No	
[A] TRABAJÓ (*nombre*) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN ELHOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES?POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?	Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales 1 2	
[B] AYUDÓ (*nombre*) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN REMUNERACIÓN, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?	Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio..1 2	
[C] PRODUJO O VENDIÓ (*nombre*) ARTÍCULOS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?	Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas 1 2	
[D] EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, SE INVOLUCRÓ (*nombre*) EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, INCLUSO DURANTE SÓLO UNA HORA? *Si "No", indague:* POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (*nombre*) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	Alguna otra actividad 1 2	
CL3. *Verifique CL2, A a D* ☐*Hay al menos un 'Sí' ⇨ continúe con CL4* ☐*Todas las respuestas son 'No'⇨ Vaya a CL8*		
CL4. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS DEDICÓ EN TOTAL A ESTA/S ACTIVIDAD/ES (*nombre*)? *Si es menos de una hora, anote "00".*	Número total de horas .....__ __	
CL5. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE UNA GRAN CARGA DE PESO?	Sí. .....1 No 2	1⇨CL8

CL6. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE TRABAJO CON HERRAMIENTAS PELIGROSAS (CUCHILLOS,ETC.) U OPERAR MAQUINARIA PESADA?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
CL7. CÓMO DESCRIBIRÍA ELENTORNO DE TRABAJO DE (*nombre*)?		
[A] ESTÁ (*nombre*) EXPUESTO A POLVO, HUMOS O GAS?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
[B] ESTÁ (*nombre*) EXPUESTO A FRÍO, CALOR O HUMEDAD EXTREMOS?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
[C] ESTÁ (*nombre*) EXPUESTO AL RUIDO O VIBRACIONES FUERTES?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
[D] SE REQUIERE QUE (*nombre*) TRABAJE EN ALTURAS?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
[E] SE REQUIERE QUE (*nombre*) TRABAJE CON SUSTANCIAS QUÍMICAS (PESTICIDAS, PEGAMENTOS, ETC.) O EXPLOSIVOS?	Sí. .....1 No 2	1⇨ CL8
[F] ESTÁ (*nombre*) EXPUESTO A OTRAS COSAS, PROCESOS O CONDICIONES MALAS PARA LA SALUD O SEGURIDAD DE (*nombre*)?	Sí. .....1 No 2	
CL8. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, BUSCÓ AGUA (*nombre*) O RECOGIÓ LEÑA PARA USO DEL HOGAR?	Sí. .....1 No 2	2⇨ CL10
CL9. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, EN TOTAL, CUÁNTAS HORAS DEDICÓ (*nombre*) EN IR A BUSCAR AGUA O RECOGER LEÑA PARA USO DEL HOGAR? *Si es menos de una hora, guarde "00"*	Número total de horas.....__ __	
CL10. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, REALIZÓ (*nombre*) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TAREAS PARA ESTE HOGAR?	Sí No	
[A] COMPRAS O MANDADOS PARA LA CASA?	Compras o mandados para la casa.....1 2	
[B] REPARAR ALGÚN EQUIPO DEL HOGAR (MUEBLES, ELECTRODOMÉSTICOS)?	Reparar algún equipo del hogar 1 2	
[C] COCINAR, LIMPIAR LA CASA (LAVAR CUBIERTOS, BARRER, TIRAR BASURA)?	Cocinar o limpiar cubiertos de la casa 1 2	
[D] LAVAR ROPAS/ZAPATOS?	Lavar la ropa.....1 2	
[E] CUIDAR DE LOS NIÑOS/AS?	Cuidar de los niños/as 1 2	
[F] CUIDAR DE LAS PERSONAS MAYORES O DE ENFERMOS?	Cuidar de los mayores o de enfermos 1 2	
[G] OTRAS TAREAS DEL HOGAR?	Otras tareas del hogar.....1 2	

CL11. *Verifique CL10, A a G* ☐*Hay al menos un 'Sí'* ⇨ *Continúe con CL12* ☐*Todas las respuestas son 'No'* ⇨*Vaya al siguiente módulo*		
CL12. EN TOTAL, CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ (*nombre*) PARA REALIZAR ESTA/S ACTIVIDAD/ES DEL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS? *Si es menos de una hora, anote "00".*	Número total de horas.....__ __	

DISCIPLINA INFANTIL		CD
***CD1**. Verifique la edad del niño/ha seleccionado/a desde SL9:* ☐*1-14 años ⇨ Continúe con CD2* ☐*15-17 años ⇨ Vaya al siguiente módulo*		
CD2. *Escriba el número de línea y nombre del niño/a desde SL9.*	Número de línea.....__ __ Nombre _____	
CD3. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS/AS LA MANERA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUERRÍA QUE ME DIJERA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON *(nombre)* EN EL MES PASADO.	Sí No	
[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A *(nombre)* LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Le quitó algún privilegio 1 2	
[B] LE EXPLICÓ A (*nombre*) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Explicó el comportamiento erróneo....1 2	
[C] LO/LA SACUDIÓ.	Lo/la sacudió. 1 2	
[D] LE GRITÓ, LE VOCEÓ.	Le gritó, le voceó.....1 2	
[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	Le dio otra cosa que hacer.....1 2	
[F] LE DIO UNA PALIZA, LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN LA COLA SÓLO CON LA MANO.	Le dio una paliza, lo/la golpeó o lo/la palmeó en la cola sólo con la mano. 1 2	
[G] LO/LA GOLPEÓ EN LA COLA O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMOCINTO, CON UN CHICOTE U OTRO OBJETO (NO INCLUYE CON LA MANO) .	Lo/la golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con algún objeto, como cinto. 1 2	
[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HARAGÁN/A , ESTÚPIDO/A O ALGÚN OTRO INSULTO.	Lo/la llamó tonto/a, haragán/a , estúpido/a o algún otro insulto. 1 2	
[I] LE DIO UNA BOFETADA, LE PEGO EN LA CABEZA O LE DIO ESTIRÓN DE OREJAS.	Le dio una bofetada, le pego en la cabeza o le dio estirón de orejas.....1 2	
[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	Golpeó/dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.....1 2	
[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR,LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.	Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.....1 2	
CD4.¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí. .....1 No .....2 NS / No opina 8	

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
HC1A. ¿CUÁL ES LA RELIGIÓN DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Católica ..... 1 Evangélica ..... 2 Mormón ..... 3 Otra religión (*especificar*)_____6 Ninguna religión……...7	
HC1B. ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/IDIOMA NATIVO DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Guaraní …… 1 Guaraní y Castellano ..... 2 Castellano ..... 3 Otro idioma (*especificar*) _____ 6	
HC2. ¿CUÁNTOS CUARTOS/ PIEZAS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	Número de cuartos/piezas ..... __ __	
HC3. *Material predominante del piso de la vivienda.* *Anote la observación.*	Piso natural Tierra/Arena ..... 11 Piso rudimentario Tablones de madera ..... 21 Palmera/Bambú ..... 22 Piso terminado Parquet o madera lustrada ..... 31 Tiras de vinilo o asfalto ..... 32 Cerámicos, baldosa común, mosaico.. 33 Cemento (Lecherada) ..... 34 Alfombra..... 35 Porcelanato, mármol, granito..... 36 Ladrillo..... 37 Otro (*especificar*)_____ 96	
HC4. *Material principal del techo.* *Anote la observación.*	Techo natural Paja/hojas de palmera sin tejer ..... 12 Techo rudimentario Tronco de palmera/bambú (takuara) .... 22 Tablones/ tablilla de madera,..... 23 Cartón, hule, madera de embalaje……..24 Techo terminado Metal/lata (chapa de zinc)..... 31 Calamina/Fibra de cemento (eternit) ... 33 Cerámicos (Teja) ..... 34 Cemento (hormigón armado, loza o bovedilla)..... 35 Otro (*especificar*)_____ 96	

HC5. *Material principal de las paredes exteriores.* *Anote la observación.*	Paredes naturales No tiene pared ..... 11 Tronco de Palmera/Bambú (takuara) ... 12 Paredes rudimentarias Bambú/takuara con barro (Estaqueo).. 21 Adobe a la vista ..... 23 Cartón, hule, madera de embalaje ..... 25 Madera reutilizada ..... 26 Paredes terminadas Ladrillo..... 33 Bloques de cemento ..... 34 Adobe cubierto (revocado)..... 35 Tablones de madera ..... 36 Otro (*especificar*)_____ 96	
HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU HOGAR PARA COCINAR?	Electricidad ..... 01 Gas de petróleo licuado (GPL) ..... 02 Kerosene, alcohol ..... 05 Carbón ..... 07 Madera (leña)..... 08 Ninguno, no cocina.....95 Otro (*especificar*)_____ 96	01⇨HC8 02⇨HC8 05⇨HC8 95⇨HC8
HC7. ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA CONSTRUCCIÓN SEPARADA O A CAMPO ABIERTO? *Si responde 'Dentro de la casa', indague*: ¿EN UN CUARTO SEPARADO UTILIZADA COMO COCINA?	Dentro de la casa En una pieza separada utilizada como cocina..... 1 En otra parte de la casa..... 2 En una construcción separada ..... 3 A campo abierto..... 4 Otro (*especificar*)_____ 6	
HC8. ¿TIENE SU HOGAR:	Sí No	
[A] ELECTRICIDAD?	Electricidad 1 2	
[B] RADIO?	Radio..... 1 2	
[C] TELEVISOR?	Televisor..... 1 2	
[D] TELÉFONO FIJO?	Teléfono fijo 1 2	
[E] REFRIGERADOR?	Refrigerador 1 2	
[F] COCINA A GAS/ELÉCTRICA?	Cocina a gas/eléctrica..... 1 2	
[G] HORNOMICROONDAS?	Horno microondas..... 1 2	
[H] HORNO ELÉCTRICO?	Horno eléctrico..... 1 2	
[I] MAQUINA LAVARROPA?	Maquina lavarropa 1 2	
[J] TERMOCALEFÓN?	Termocalefón 1 2	
[K] ACONDICIONADOR DE AIRE?	Acondicionador de aire 1 2	
[L] ANTENA PARABÓLICA?	Antena parabólica 1 2	
[M] TV CABLE?	TV cable 1 2	
[N] COMPUTADORA DE MESA?	Computadora de mesa …….1 2	
[O] GENERADOR ELÉCTRICO?	Generador eléctrico 1 2	

HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:	Sí No	
[A] RELOJ DE MANO?	Reloj de mano 1 2	
[B] TELÉFONO CELULAR?	Teléfono celular 1 2	
[C] BICICLETA?	Bicicleta..... 1 2	
[D] MOTOCICLETA?	Motocicleta 1 2	
[E] CARRETA/CARRITO ESTIRADA POR ANIMALES?	Carreta/carrito estirada por animales..... 1 2	
[F] AUTOMÓVIL, CAMIÓN O CAMIONETA?	Automóvil / Camioneta..... 1 2	
[G] LANCHA A MOTOR?	Lancha a motor 1 2	
[H] COMPUTADOR PORTÁTIL?	Computador portátil 1 2	
[I] BOTE SIN MOTOR?	Bote sin motor 1 2	
HC10. ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR PROPIETARIO DE LA VIVIENDA? *Si es "No", pregunte:* ¿USTED ALQUILA LA VIVIENDA DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR? *Si "Alquila de alguien que no vive en el hogar", marque "2". Para otras respuestas, marque "6".*	Propietario..... 1 Alquila ..... 2 Otro (*especificar*)..... 6	
HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNAS TIERRAS QUE PUEDAN USARSE PARA LAS ACTIVIDADES AGROPECUARIAS?	Sí..... 1 No..... 2	2⇨HC13
HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA TIENEN EN TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES AGROPECUARIAS? *Si es menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.*	Hectáreas..... ___ ___	
HC13. ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?	Sí..... 1 No..... 2	2⇨HC15
HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS ANIMALES SIGUIENTES POSEE EL HOGAR?		
[A] ¿GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS?	*Ganado, vacas lecheras o toros...*___ ___	
[B] ¿CABALLOS, BURROS O MULAS?	*Caballos, burros o mulas.....*___ ___	
[C] ¿CABRAS?	*Cabras.....*___ ___	
[D] ¿OVEJAS?	*Ovejas.....*___ ___	
[E] ¿POLLOS, GALLINAS O GALLOS?	*Pollos, gallinas o gallos.....*___ ___	
[F] ¿CERDOS?	*Cerdos.....*___ ___	
[G] ¿CRÍA DE PECES?	*Cría de peces …….....*___ ___	
[H] ¿OTRAS AVES DE CORRAL?	*Otras aves de corral.....*___ ___	
[I] ¿COLMENARES? *Si no posee ninguno, anote '00'. Si responde 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.*	*Colmenares.....*___ ___	
HC15. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?	Si ..... 1 No..... 2	

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿CUÁL ES LA **FUENTE** PRINCIPAL DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda ..... 11 Tubería dentro del terreno, patio o lote 12 Tubería al vecino ..... 13 Llave/grifo público ..... 14 Pozo con tubería..... 21 Pozo cavado Pozo protegido..... 31 Pozo no protegido..... 32 Agua de manantial Manantial protegido ..... 41 Manantial no protegido ..... 42 Recogen agua de lluvia ..... 51 Carro-tanque / camión cisterna ..... 61 Carreta con tanque/tambor pequeño..... 71 Agua de superficie (río,arroyo,represa, lago,estanque,canal,canal de irrigación) .. 81 Agua embotellada/envasada ..... 91 Otra (*especificar*) _____ 96	 11⇨WS5C 12⇨WS5C 13⇨WS5C 14⇨WS3 21⇨WS3 31⇨WS3 32⇨WS3 41⇨WS3 42⇨WS3 51⇨WS3 61⇨WS3 71⇨WS3 81⇨WS3 96⇨WS3
WS2. ¿CUÁL ES LA **FUENTE** PRINCIPAL DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?	Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda ..... 11 Tubería dentro del terreno, patio o lote 12 Tubería al vecino ..... 13 Llave/grifo público ..... 14 Pozo con tubería..... 21 Pozo cavado Pozo protegido..... 31 Pozo no protegido..... 32 Agua de manantial Manantial protegido ..... 41 Manantial no protegido ..... 42 Recogen agua de lluvia ..... 51 Carro-tanque / camión cisterna ..... 61 Carreta con tanque/tambor pequeño..... 71 Agua de superficie (río,arroyo,represa, lago,estanque,canal,canal de irrigación) .. 81 Otra (*especificar*) _____ 96	 11⇨WS5C 12⇨WS5C 13⇨WS5C
WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda ..... 1 En el propio patio/lote ..... 2 En otro lado..... 3	1⇨WS5C 2⇨WS5C
WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Número de minutos ..... __ __ __ No Sabe 998	

WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR? *Indague:* ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?	Mujer adulta (de 15 años o más).....1 Hombre adulto (de 15 años o más).....2 Niña (menor de 15) .....3 Niño (menor de15) .....4 NS.....8	
WS5C. ¿ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. UD. NO PUDO ACCEDER AL AGUA EN LAS CANTIDADES SUFICIENTES QUE NECESITABA?	Sí. .....1 No .....2 NS.....8	 2⇨WS6 8⇨WS6
WS5D. ¿CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO PUDO ACCEDER AL AGUA EN CANTIDADES SUFICIENTES CUANDO NECESITABA?	No había agua disponible de la fuente.....1 Agua demasiado cara .....2 Fuente no accesible .....3 Otra (*especificar*) .....6 NS..... 8	
WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí. .....1 No .....2 NS.....8	 2⇨WS8 8⇨WS8
WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER? *Indague:* ¿ALGO MÁS? *Anote todas las opciones mencionadas.*	La hierve..... A Le añade blanqueador / cloro..... B La filtra con una tela ..... C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) ..... D Desinfección solar ..... E La deja reposar y asentar.....F Otro (*especificar*) _____ X NS.....Z	
WS8. ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? *Si responde "inodoro" o "letrina con cierre hidráulico", indague:* ¿HACIA DÓNDE DESCARGA? *Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.*	Chorro/baldeo Red de alcantarillado sanitario(cloaca) ..11 Cámara séptica y pozo ciego .....12 Pozo ciego, sin cámara séptica .....13 La calle, patio /terreno o en algún otro lugar.....14 No Sabe dónde se depositan. .....15 Letrina de fosa Letrina ventilada de hoyo seco (común con tubo de ventilación .....21 Letrina común de hoyo seco con losa (techo, paredes y puertas).....22 Letrina común de hoyo seco con losa (sin techo, paredes y puertas) .....23 Letrina común sin losa pero con techo o puerta…….24 Letrina común sin losa, sin techo o puerta……..25 Baño de silla/basin para adultos/niños o enfermos……..41 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo .....95 Otro (*especificar)* 96	 11⇨WS8C 14⇨WS8C 15⇨WS8C 41⇨WS8C 95⇨Módulo siguiente 96⇨WS8C

WS8A. ¿CUÁNTO HACE DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE VACÍO SULETRINA,CÁMARASÉPTICA O POZO CIEGO? *Indague:* HACE CUANTOS MESES/AÑOS?	Numero de meses..... 1 __ __ Número de años..... 2 __ __ Nunca..... 995 No sabe..... 998 Otro(*especificar*)_____996	995⇨WS9
WS8B. ¿CUÁNDO FUE VACIADA, A DONDE FUE A PARAR EL CONTENIDO?	A un agujero cubierto y sellado (enterrado)……..…1 A un desagüe abierto o a un cuerpo de agua (lago, rio, arroyo, etc) …….....2 A un agujero abierto (no enterrado), al campo o a terrenos agrícolas…..……...3 Se lo llevo un proveedor de servicios.....4 Otros (*especificar)*_____ 6 NS..... 8	
WS8C. ¿DÓNDE ESTÁ SITUADO EL BAÑO?	En el interior de la propia vivienda .....1 En el propio patio/lote.....2 En otro lado 3	
WS9. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí. .....1 No 2	2⇨Módulo siguiente
WS10. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON MIEMBROS DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general) .....1 Instalación pública.....2	2⇨Módulo siguiente
WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Número de hogares (si menos de 10).....0__ Diez hogares o más .....10 NS.....98	

LAVADO DE MANOS		HW
HW1. NOS GUSTARÍA APRENDER SOBRE LOS ESPACIOS QUE UTILIZAN LOS HOGARES PARA LAVARSE LAS MANOS. ¿PUEDE MOSTRARME QUÉ LUGAR USAN CON MAYOR FRECUENCIA LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Lugar observado .....1 Lugar no observado No está en la vivienda/patio/lote.....2 No obtuvo permiso para ver el lugar.....3 Otra razón (*especificar*).....6	 2 ⇨HW4 3 ⇨HW4 6 ⇨HW4
HW2. *Observe si hay agua en el lugar específico para el lavado de manos.* *Verifique la llave/bomba, cuenca, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para la presencia de agua.*	Hay agua disponible .....1 No hay agua disponible 2	
HW3A. *¿Hay jabón, detergente o ceniza/barro/arenaen el lugar específico para el lavado de manos.*	Sí, presente .....1 No presente 2	 2 ⇨HW4
HW3B. *Anote la observación.* *Circule todo lo que corresponda.*	Jabón en barra ..... A Detergente (en polvo / líquido / en pasta) .. B Jabón líquido ..... C Ceniza / barro / arena..... D	A⇨HH19 B⇨HH19 C⇨HH19 D⇨HH19
HW4. ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE O CENIZA/BARRO/ARENA EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Sí. .....1 No 2	 2⇨HH19
HW5A. ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO, POR FAVOR?	Sí, mostrado .....1 No mostrado 2	 2⇨HH19
HW5B. *Anote la observación.* *Circule todo lo que corresponda*	Jabón en barra ..... A Detergente (en polvo / líquido / en pasta) .. B Jabón líquido ..... C Ceniza / barro / arena..... D	

HH19. *Anote la hora.*	Hora y minutos .....__ __ : __ __	

HH20. *Agradezca al entrevistado/a su cooperación y verifique el Listado de miembros del hogar:*

☐*En el listado de miembros del hogar (HL7) se ha emitido un cuestionario separado de mujeres individuales para cada mujer de edad 15 a 49 años*

☐*En el listado de miembros del hogar (HL7B) se ha emitido un cuestionario separado de niños/as menores de 5 años*

Vuelva a la portada del cuestionario y asegúrese de que el resultado de la entrevista del hogar (HH9), el nombre y número de línea del respondiente del cuestionario del hogar (HH10), y el número de mujeres elegibles (HH12) y niño/as menores de 5 años (HH14)estén completos.

Haga arreglos para la aplicación del cuestionario/s restantes en este hogar.

Observaciones dela Entrevistadora

Observaciones del Supervisor

CUESTIONARIO DE MUJERES INDIVIDUALES

Paraguay 2016

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER	**WM**
Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.	
WM1. Número de conglomerado (UPM): ___ ___ ___	**WM2**. Número de hogar (vivienda): ___ ___
WM3. Nombre de la mujer: Nombre_____	**WM4**. Número de línea de la mujer: ___ ___
WM5.Nombre y número de la entrevistadora: Nombre_____ ___ ___	**WM6**. Día/Mes/Año de la entrevista: ___ ___ / ___ ___ / 2016

Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado: SOMOS DE ***LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS***. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON **UNICEF** SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***30*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	*Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:* ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***30*** MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ *Sí, se concede permiso* ⇨*Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.* ☐ *No, no se concede permiso* ⇨*Circule"03" en* WM7. *Discuta el resultado con su supervisor.*	

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada ..... 01 Ausente ..... 02 Rechazo ..... 03 Parcialmente completada ..... 04 Incapacitada para responder ..... 05 Otro (*especificar*) _____ 96

WM10. *Anote la hora.*	Hora y minutos ....._ _ : _ _	

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes ..... __ __ No sabe el mes ..... 98 Año ..... __ __ __ __ No sabe el año 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? *Indague:* ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? *Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes*	Edad (en años completos) ..... __ __	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA?	Sí. ..... 1 No 2	2⇨WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ?	**Nivel:** Grado Especial……..0 Programas de Alfabetización……..1 Pre-primario…….....2 EEB(1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria……....3 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica…....4 Educación Media/ Ex Bachillerato……..5 Superior no Universitario……..…...6 Universitario……...7 NS……8	0⇨WB7 2⇨WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? *Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"*	Grado ..... __ __	
WB6. *Verifique WB4:* ☐*Secundaria, Superior o Universitario (WB4=4, 5, 6 o 7)* ⇨ *Vaya al Siguiente Módulo* ☐*Primaria (WB4= 1 o 3)* ⇨ *Continúe con WB7*		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. *Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:* ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada..... 1 Puede leer sólo partes de la frase ..... 2 Puede leer la frase completa ..... 3 La frase no estaba en el idioma requerido_____4 *(especificar el idioma)* Ciega/vista impedida..... 5	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN		MT
MT1. *Verifique WB7:* ☐*La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores)* ⇨*Continúe con MT2* ☐*Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4)* ⇨*Continúe con MT2* ☐*No puede leer nada o es ciega/vista impedida (WB7 = 1 o 5)*⇨*Vaya a MT3*		
MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca..... 4	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca..... 4	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca..... 4	
MT5. *Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?* ☐ *Edad de 15 a 24*⇨*Continúe con MT6* ☐*Edad de 25 a 49*⇨*Vaya al Siguiente módulo*		
MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí..... 1 No 2	2⇨MT9
MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No 2	2⇨MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca..... 4	
MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí..... 1 No 2	2⇨Siguiente módulo
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? *Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.*	Sí..... 1 No 2	2⇨Siguiente módulo
MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca..... 4	

FECUNDIDAD/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO CM		
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO CON HIJO/A NACIDO VIVO?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM8
CM4 . ¿DE ESTOS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? *Si la respuesta es ninguno, anote '00'.*	Hijos varones viviendo en casa ..... __ __ Hijas viviendo en casa ..... __ __	
CM6. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS NO ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? *Si la respuesta es ninguno, anote '00'.*	Hijos varones en otro lugar..... __ __ Hijas en otro lugar..... __ __	
CM8. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS ALGUNO/A FALLECIÓ DESPUÉS? *Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:* ME REFIERO UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS.	Sí..... 1 No 2	2⇨CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? *Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.*	Niños muertos..... __ __ Niñas muertas..... __ __	
CM10. *Sume las respuestas a CM5, CM7 y CM9.*	Total..... __ __	

CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (*número total en CM10*) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?

☐ *Sí. Verifique abajo:*

☐ *No nacidos vivos ⇨ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD*

☐ *Uno o más nacidos vivos ⇨ Continúe con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO*

☐ *No ⇨ Verifique las respuestas a CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO o el módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD*

HISTORIAL DE NACIMIENTOS — BH

AHORA ME GUSTARÍA ANOTAR LOS NOMBRES DE TODOS SUS HIJOS NACIDOS VIVOS, QUE ACTUALMENTE ESTÉN VIVOS O NO, EMPEZANDO POR EL PRIMERO QUE TUVO.
Anote los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (*primer/siguiente*) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS /GEMELOS? 1 Único 2 Múltiple		BH3. ¿ES (*nombre*) NIÑO O NIÑA? 1 Niño 2 Niña		BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (*nombre*)? *Indague*: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (*nombre*) TODAVÍA? 1 Sí 2 No		BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (*nombre*) EN SU ÚLTIMO CUMPLE-AÑOS? *Anote la edad en años cumplidos.*	BH7. ¿VIVE (*nombre*) CON USTED? 1 Sí 2 No		BH8. *Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HL1)* *Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.*	BH9. *Si ha fallecido:* ¿QUÉ EDAD TENÍA (*nombre*) CUANDO FALLECIÓ? *Si es "1 año", indague:* ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (*nombre*)? *Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; y demás en años*		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (*nombre del nacido anterior*) Y (*nombre*), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER? 1 Sí 2 No	
Línea	Nombre	U	M	H	M	Mes	Año	S	N	Edad	S	N	Núm. línea	Unidad	Número	S	N
01		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨Próxima Línea	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___		
02		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
03		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
04		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
05		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
06		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
07		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇨ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (*primer/siguiente*) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS /GEMELOS? 1 Único 2 Múltiple	BH3. ¿ES (*nombre*) NIÑO O NIÑA? 1 Niño 2 Niña	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (*nombre*)? *Indague*: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (*nombre*) TODAVÍA? 1 Sí 2 No	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (*nombre*) EN SU ÚLTIMO CUMPLE-AÑOS? *Anote la edad en años cumplidos.*	BH7. ¿VIVE (*nombre*) CON USTED? 1 Sí 2 No	BH8. *Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HL1)* *Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.*	BH9. *Si ha fallecido:* ¿QUÉ EDAD TENÍA (*nombre*) CUANDO FALLECIÓ? *Si es "1 año", indague:* ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (*nombre*)? *Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; y demás en años*		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (*nombre del nacido anterior*) Y (*nombre*), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER? 1 Sí 2 No	
Línea	Nombre	U M	H M	Mes	Año	S N	Edad	S N	Núm. línea	Unidad	Número	S	N
08		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
09		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
10		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
11		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
12		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
13		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido
14		1 2	1 2	___ ___	___ ___ ___ ___	1 2 ⇨ BH9	___ ___	1 2	___ ___ ⇨BH10	Días ..... 1 Meses..... 2 Años 3	___ ___	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido

BH11. ¿HA TENIDO USTED ALGÚN NACIDO VIVO DESDE EL NACIMIENTO DE (*nombre del último nacido en el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO*)?	Sí .....1 No 2	1⇨Anote nacido/s en el Historial de nacimientos

CM12A. *Compare el número en CM10 con el número de nacimientos en el Historial de nacimientos de arriba y verifique:*

☐ *Los números son los mismos ⇨ Continúe con CM13*

☐ *Los números son diferentes ⇨ Indague y verifique*

CM13. *Verifique BH4 en el HISTORIAL DE NACIMIENTOS: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de* ***2014*** *(si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es* ***2014****, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)*

☐ *No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇨ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.*

☐ *Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇨ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo*

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. *Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13_____.* *Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.*		
DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (*nombre*), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. .....1 No 2	1⇨Siguiente Módulo
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante .....1 No más 2	2⇨Siguiente Módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS HUBIERA QUERIDO ESPERAR? *Anote la respuesta tal y como responda la entrevistada.*	Meses .....1__ __ Años.....…2 __ __ No sabe 998	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____. *Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.*		
MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*)?	Sí. .....1 No 2	2⇨MN5
MN2. ¿CON QUIÉN REALIZÓ LA CONSULTA O ATENCIÓN PRENATAL? *Indague:* ¿ALGUNA OTRA PERSONA? *Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.*	Profesional de la salud: Médico ..... A Enfermera ..... B Obstetra profesional ..... C Otra persona Partera tradicional (chaé) ..... F Trabajadora de salud comunitaria … .....G Chamán/Curandero/Naturalista……...H Otro*(especificar)*_____ X	
MN2A.¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES DE EMBARAZO TENÍA CUANDO RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL O ATENCIÓN PRENATAL? *Anote la respuesta tal y como responda la entrevistada.*	Semanas..... 1 __ __ Meses ..... 2 0 __ No sabe 998	
MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? *Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.*	Número de veces..... __ __ No sabe 98	
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, ¿SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?:	Sí No	
[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	Presión arterial..... 1 2	
[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	Muestra de orina..... 1 2	
[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	Muestra de sangre..... 1 2	
[D] ¿LE MIDIERON LA BARRIGA?	Le midieron la barriga……1 2	
[E] ¿LE OYERON EL CORAZÓN AL BEBÉ?	Le oyeron el corazón al bebé……1 2	
[F] ¿LE HICIERON LA ECOGRAFÍA?	Le hicieron la ecografía……..1 2	
[G] ¿LE HICIERON EL PAP?	Le hicieron el PAP……..1 2	
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA TARJETA DE VACUNACIÓN O FICHA DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR? *Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.*	Sí (vio la tarjeta de vacunación) .....1 Sí (no vio la tarjeta de vacunación) .....2 No .....3 No sabe……8	

MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*), ¿RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨MN9 8⇨MN9
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*)?	Número de veces.....__ No sabe _____8	 8⇨MN9
MN8.*¿De cuántas vacunas antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?* ☐*Al menos dos vacunas antitetánicas durante el último embarazo ⇨ Vaya a MN17* ☐*Solo una vacuna antitetánica durante el último embarazo. ⇨ Continúe con MN9*		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA VACUNA ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí. .....1 No.....2 No sabe……8	 2⇨MN17 8⇨MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*)? *Si fueron 7 o más veces, anote '7'.*	Cantidad de veces .....__ No sabe 8	 8⇨MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*)? *Si fue menos de 1 año, anote '00'.*	Hace (años) .....__ __	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (*nombre*)? *Indague:* ¿ALGUIEN MÁS? *Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.* *Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.*	Profesional de la salud: Médico ..... A Enfermera ..... B Obstetra profesional ..... C Otra persona Partera tradicional (chaé) ..... F Trabajadora de salud comunitaria … .....G Pariente/amigo/a……H Partera tradicional indígena…….....I Nadie…….. ……Y Otro*(especificar)*_____ X	

MN18. ¿DÓNDE FUE EL PARTO DE (*nombre*)? *Indague para identificar el tipo de fuente.* *Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.* _____ *(Nombre del lugar)*	Hogar Casa de la entrevistada.....11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.).....12 Sector público Establecimientos del MSP y BS.....21 IPS.....22 Materno infantil.....23 Hospital de Clínicas……..24 Otra institución publica (*especificar*) _____26 Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado.....31 Clínica/Médico privada.....32 Cruz Roja Paraguaya.....34 Otro centro médico privado (*especificar*).....36 Otro (*especificar*).....96	11⇨MN20 12⇨MN20 96⇨MN20
MN19. ¿NACIÓ (*nombre)* POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?	Sí.....1 No.....2	 2⇨MN20
MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA? ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORES DEL TRABAJO DE PARTO?	Antes……1 Después……2	
MN20. CUANDO NACIÓ (*nombre*), ¿ERA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	Muy grande.....1 Más grande que el promedio.....2 Tamaño promedio.....3 Más pequeño que el promedio.....4 Muy pequeño.....5 No sabe.....8	
MN21. ¿SE PESÓ A (*nombre*) AL NACER?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	 2⇨MN23 8⇨MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (*nombre*)? *Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.*	Kg gr De la tarjeta.....1 __ . __ __ __ De memoria.....2 __ . __ __ __ No sabe.....99998	
MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*)?	Sí.....1 No.....2	
MN24. ¿ALGUNA VEZ AMAMANTO A (*nombre*)?	Sí.....1 No.....2	 2⇨Siguiente módulo

MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO DE MAMAR A (*nombre*) POR PRIMERA VEZ? *Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.* *Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.* *En cualquier otro caso, anote días.*	Inmediatamente.....000 Horas.....1 __ __ Días.....2 __ __ NS/no recuerda.....998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (*nombre*) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí. .....1 No.....2	2⇨Siguiente módulo
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (*nombre*) DE TOMAR? *Indague:* ¿ALGO MÁS?	Leche (cartón, sachet y leche fresca).....A Agua sola .....B Agua con azúcar o con glucosa..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal .....E Jugo de frutas.....F Leche de fórmula para bebés ..... G Té/infusiones ..... H Miel……I Otro (*especificar*)_____X	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		PN
Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. *Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____.* *Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.*		
PN1. *Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en un establecimiento de salud?* ☐*Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21-36) ⇨ Continúe con PN2* ☐*No, el niño/a no nació en un establecimiento de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN6*		
PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre).* USTED DIJO QUE LE TUVO EN (*tipo de establecimiento de salud MN18*). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas..... 1 __ __ Días..... 2 __ __ Semanas..... 3 __ __ NS/ no recuerdo..... 998	
PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (*nombre*) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (*nombre*) ESTABA BIEN. ANTES DE QUE SE FUERA DE A (*tipo de establecimiento de salud MN18*), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No..... 2	
PN4. ¿Y HAN EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD – ES DECIR, ALGUIEN HA EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD, POR EJEMPLO: AL HACERLE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN DE SALUD O LA HAN EXAMINADO? A USTED, ALGUIEN LE EXAMINÓ SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE RETIRARSE DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*)	Sí..... 1 No..... 2	
PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*). ¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DE RETIRARSE DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*)?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨PN11 2⇨PN16

PN6. *Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o Trabajadora de salud comunitaria?* ☐ *Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇨ Continúe con PN7* ☐ *No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u otro trabajador/a de salud (A-G ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN10*		
PN7. USTED HA DICHO QUE (*persona o personas en MN17*) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (*nombre*), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (*nombre*) ESTABA BIEN. DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE SE RETIRARA EL (*persona o personas en MN17*), ¿LE CONTROLÓ LA SALUD A DE (*nombre*)?	Sí.... .....1 No 2	
PN8. ¿Y (*persona o personas en MN17*) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA? CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí.... .....1 No 2	
PN9. DESPUÉS DE QUE (*persona o personas en MN17*) SE FUERA, ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD DE (*nombre*)?	Sí.... .....1 No 2	1⇨PN11 2⇨PN18
PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO ALGUIEN HA EXAMINADO A (*nombre*), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN. DESPUÉS EL NACIMIENTO DE (*nombre*) ¿ALGUIEN CONTROLÓ LA SALUD DE ÉL/ELLA?	Sí.... .....1 No 2	2⇨PN19
PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez..... 2	1⇨PN12A 2⇨PN12B
PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? **PN12B**. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas .....1 __ __ Días .....2 __ __ Semanas.....3 __ __ NS/no recuerda 998	

PN13. ¿QUIÉN CONTROLÓ LA SALUD DE (*nombre*) EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico ..... A Enfermera ..... B Obstetra profesional ..... C Otra persona Partera tradicional (chaé) ..... F Trabajadora de salud comunitaria … .....G Pariente/amigo/a……H Partera tradicional indígena…….....I Otro/a (*especificar*) _____X	
PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? *Indague para identificar el tipo de fuente.* *Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.* _____ *(Nombre del sitio)*	Hogar Casa de la entrevistada .....11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.) .....12 Sector público Establecimientos del MSP y BS .....21 IPS .....22 Materno infantil .....23 Hospital de Clínicas……..24 Otra institución publica (*especificar*) _____ 26 Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado .....31 Clínica/Médico privada .....32 Cruz Roja Paraguaya…….……..34 Otro centro médico privado (*especificar*)……...36 Otro (*especificar*)_____ 96	
PN15. *Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un establecimiento de salud?* ☐ *Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21- 36) ⇨ Continúe con PN16* ☐ *No, el niño/a no nació en un establecimiento de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN17*		
PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (*tipo de establecimiento de salud en MN18*), ¿CONTROLÓ ALGUIEN SU SALUD?	Sí..... .....1 No 2	1⇨PN20 2⇨Siguiente módulo
PN17. *Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?* ☐ *Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇨ Continúe con PN18* ☐*No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de Salud (A-G ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN19*		
PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (*profesional de salud u otra persona en MN17*), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?	Sí... .....1 No 2	1⇨PN20 2⇨Siguiente módulo

PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*), ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD DE USTED? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí... .....1 No 2	2⇨Siguiente módulo
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez 2	1⇨PN21A 2⇨PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? **PN21B**. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas .....1 __ __ Días .....2 __ __ Semanas.....3 __ __ NS/no recuerda 998	
PN22. ¿QUIÉN CONTROLÓ SU SALUD EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico ..... A Enfermera ..... B Obstetra profesional ..... C Otra persona Partera tradicional (chaé) ..... F Trabajadora de salud comunitaria … .....G Pariente/amigo/a……H Partera tradicional indígena…….....I Otro/a (*especificar*) _____X	
PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? *Indague para identificar el tipo de fuente.* *Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.* _____ *(Nombre del sitio)*	Hogar Casa de la entrevistada.....11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.) .....12 Sector público Establecimientos del MSP y BS .....21 IPS .....22 Materno infantil .....23 Hospital de Clínicas……..24 Otra institucion publica (*especificar*)_____ 26 Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado .....31 Clínica/Médico privada .....32 Cruz Roja Paraguaya……...34 Otro centro médico privado (*especificar*)……...36 Otro (*especificar*)_____ 96	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
IS1. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15* *¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?* ☐ *Sí ⇨ Continúe con IS2.* ☐ *No ⇨ Vaya al siguiente módulo.*		
IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD. ¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA? *Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.* *Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias*	El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A El niño/a empeora ..... B El niño/a comienza a tener fiebre..... C El niño/a tiene respiración rápida ..... D El niño/a tiene dificultades para respirar .... E El niño/a tiene sangre en las heces ..... F El niño/a ingiere poco líquido .....G El niño/a tiene diarrea……H El niño/a tiene vómito……I Otro (*especificar*)_____ X	

ANTICONCEPCION		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ACTUALMENTE ESTÁ USTED EMBARAZADA?	Sí, actualmente embarazada ..... 1 No ..... 2 No está segura o no sabe 8	1⇨CP2A
CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ACTUALMENTE, ¿ESTÁ USTED HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí. ..... 1 No 2	1⇨CP3
CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Si ..... 1 No 2	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo
CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO? *No induzca una respuesta.* *Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.*	Esterilización femenina (ligadura) .....A Esterilización masculina (vasectomía) .....B DIU (espiral o T de cobre) ..... C Inyección anticonceptiva ..... D Implantes .....E Píldoras o pastillas anticonceptivas .....F Condón masculino..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Jalea/Espuma..... J *Método de amenorrea por lactancia (MELA)* .....K Abstinencia periódica/Ritmo (calendario o control de la temperatura) ..... L Retiro ..... M Otro (*especificar*) _____ X	

NECESIDAD NO SATISFECHA		UN
UN1. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?* ☐*Sí, está embarazada actualmente ⇨Continúe con UN2* ☐*No, no está segura o no sabe ⇨Vaya a UN5*		
UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨UN4
UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde. ..... 1 No más..... 2	
UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a..... 1 No más/ninguno..... 2 No ha decidido/NS 8	1⇨UN7 2⇨UN13 8⇨UN13
UN5. *Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora "Esterilización femenina"?* ☐*Sí. ⇨Vaya aUN13* ☐ *No. ⇨Continúe con UN6*		
UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a..... 1 No más/ninguno ..... 2 Dice que no puede quedarse embarazada. 3 No lo ha decidido/NS 8	 2⇨UN9 3⇨UN11 8⇨UN9
UN7. ¿CUÁNTO TIEMPO QUERRÍA ESPERAR PARA TENER UN/OTRO HIJO/A? *Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.*	Meses..... 1 __ __ Años ..... 2 __ __ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada... 994 Después del casamiento..... 995 Otro ..... 996 NS 998	 994⇨UN11
UN8. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?* ☐ *Sí, está embarazada actualmente ⇨ Vaya a UN13* ☐ *No, no está segura o no sabe ⇨ Continúe con UN9*		
UN9. *Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?* ☐ *Si ⇨ Vaya a UN13* ☐*No ⇨Continúe con UN10*		

UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Sí……..... 1 No..... ..... 2 No sabe 8	1 ⇨UN13 8 ⇨UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales ..... A Menopausia ..... B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) ..... D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto (no menstrua después del parto) ..... F Amamantamiento..... G Demasiado mayor..... H Fatalista (no vale la pena) ..... I Otro (*especificar*)_____X NS ..... Z	
UN12. *Verifique UN11. ¿Mencionó "nunca menstruó"?* ☐*Mencionado.* ⇨ *Vaya al Siguiente módulo* ☐ *No mencionado* ⇨ *Continúe con UN13*		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? *Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada*	Hace días ..... 1 __ __ Hace semanas ..... 2 __ __ Hace meses ..... 3 __ __ Hace años ..... 4 __ __ En la menopausia/se le ha realizado histerectomía..... 994 Antes del último nacimiento ..... 995 Nunca menstruó..... 996	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA				DV
DV1. A VECES, UN ESPOSO/COMPAÑERO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA/COMPAÑERA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO/COMPAÑERO GOLPEE A SU ESPOSA/COMPAÑERA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:	Sí	No	NS	
[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle 1	2	8	
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as 1	2	8	
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....1	2	8	
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales…….1	2	8	
[E] ¿SI ELLA QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida…….1	2	8	
[F] ¿SI ELLA LE PROVOCA CELOS?	Le provoca celos.……1	2	8	

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada ..... 1 Sí, viviendo con un hombre ..... 2 No, no en unión 3	3⇨MA5
MA2. ¿CUÁNTO AÑOS TIENE SU ESPOSO/ CONCUBINO? *Indague:* ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/ CONCUBINO EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?	Edad en años ..... __ __ No sabe 98	⇨MA7 98⇨MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado ..... 1 Sí, vivió con un hombre en el pasado ..... 2 No 3	3⇨Siguiente módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda ..... 1 Divorciada ..... 2 Separada 3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez ..... 1 Más de una vez 2	1⇨MA8A 2⇨MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? **MA8B**. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del(primer) matrimonio Mes ..... __ __ No sabe en qué mes ..... 98 Año ..... __ __ __ __ No sabe en qué año 9998	⇨Siguiente módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (<u>PRIMER</u>) ESPOSO/ PAREJA?	Edad en años ..... __ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.		
SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca mantuvo relaciones sexuales .....00 Edad en años .....__ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/pareja.....95	00⇨Siguiente módulo
SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no recuerda.....8	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES? *Guarde las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).* *Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.*	Hace días .....1 __ __ Hace semanas .....2 __ __ Hace meses .....3 __ __ Hace años .....4 __ __	4⇨SB15
SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .....1 No 2	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? *Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.* *Si es "novio", pregunte:* ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? *Si la respuesta es "sí", circule "2"* *Si la respuesta es "no", circule "3"*	Esposo.....1 Pareja conviviente (concubino) .....2 Novio .....3 Compañero casual .....4 Otro (*especificar*) _____ 6	 3⇨SB7 4⇨SB7 6⇨SB7
SB6. *Verifique MA1:* ☐ *Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇨Vaya a SB8* ☐ *No casada/no en una unión (MA1 = 3) ⇨ Continúe con SB7*		
SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA ÚLTIMA PERSONA? *Si la respuesta es "no sabe", indague:* ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual.....__ __ No sabe 98	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. .....1 No 2	 2⇨SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .....1 No 2	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA OTRA PERSONA? *Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual* *Si es el "novio", pregunte:* ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? *Si la respuesta es "sí", circule "2"* *Si la respuesta es "no", circule "3"*	Esposo.....1 Compañero conviviente.....2 Novio .....3 Compañero casual .....4 Otro (*especificar*) _____ 6	 3⇨SB12 4⇨SB12 6⇨SB12
SB11.*Verifique MA1 y MA7:* ☐*Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2)* *Y* *Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇨Vaya a SB13* ☐*Otro ⇨ Continúe con SB12*		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA OTRA PERSONA? *Si la respuesta es "no sabe", indague:* ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad del compañero sexual.....__ __ No sabe 98	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. .....1 No 2	 2⇨SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros .....__ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? *Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.* *Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote "95".*	Numero de compañeros en toda su vida....__ __ No sabe 98	

VIH/SIDA		HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE EL SIDA?	Sí. .....1 No 2	2⇨Siguiente módulo
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA6.¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	Sí No NS Durante el embarazo .....1 2 8 Durante el parto .....1 2 8 Amamantando 1 2 8	
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA13. *Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años?* ☐ *No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= "No" o quedó en blanco)* ⇨ *Vaya a HA24.* ☐*Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años.* ⇨ *Continúe con HA14.*		
HA14. *Verifique MN1: recibió chequeo prenatal* ☐*Recibió chequeo prenatal.* ⇨ *Continúe con HA15* ☐ *No recibió cuidados prenatales* ⇨ *Vaya a HA24*		
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (*nombre*), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí No No sabe SIDA de la madre……1 2 8 Cosas que hacer……..1 2 8 Hacerse la prueba del SIDA……..1 2 8 Se le ofreció una prueba….1 2 8	
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí .....1 No .....2 No sabe 8	2⇨HA19 8⇨HA19
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	2⇨HA22 8⇨HA22
HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ASESORAMIENTO DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ASESORAMIENTO DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	1⇨HA22 2⇨HA22 8⇨HA22

HA19. *Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)?* ☐ *Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇨ Continúe con HA20* ☐ *No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = F, G, H, I o Y) ⇨ Vaya a HA24*		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí .....1 No…….....2	2⇨HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	Sí .....1 No…….....2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Sí .....1 No…….....2	1⇨HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses.....1 12-23 meses atrás.....2 Hace 2 o más años 3	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo 3⇨Siguiente módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No 2	2⇨HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses.....1 12-23 meses atrás.....2 Hace 2 o más años 3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo 8⇨Siguiente módulo
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí .....1 No…….....2	

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		TA
TA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS PITADAS?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA6
TA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨TA6
TA3. ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA6
TA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos..... ___ ___	
TA5. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO, POR EJEMPLO, CIGARROS, PIPA DE AGUA O PIPA?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA10
TA7. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA10
TA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO FUMABLE CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? *Circule todos los productos mencionados.*	Cigarros ..... A Pipa de agua (narguile) ..... B Cigarrillos ..... C Pipa ..... D Otros (*especificar*)_____ X	
TA9. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA FUMAR? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	

TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR (NACO, PETÝ)?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨TA14
TA11. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨TA14
TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Tabaco de mascar ..... A Otros (*especificar*)_____X	
TA13. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/ SIN HUMO? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇨Siguiente módulo
TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE VODKA, WHISKY O RON, UNA PETACA DE CAÑA. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨Siguiente módulo
TA16. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? *Si la entrevistada no tomó ninguno, circule "00".* *Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	No tomó un trago de alcohol en los últimos 30 días ..... 00 Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	00⇨Siguiente módulo
TA17EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ..... ___ ___	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA		LS
LS1.*Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15 a 24 años?* ☐ *Edad de 25 a 49 ⇨Vaya a WM11* ☐*Edad de 15 a 24 ⇨Continúe con LS2*		
LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN. PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ? TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA. *Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquele el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.*	Muy feliz ..... 1 Algo feliz ..... 2 Ni feliz ni infeliz ..... 3 Un poco infeliz ..... 4 Muy infeliz 5	
LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS. EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA. TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA. *Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquele el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.* ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ***actual 2016***, ¿ASISTE/ASISTIÓ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN ALGÚN MOMENTO?	Sí. ..... 1 No 2	2⇨LS7
LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	

LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL? *Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.*	No tiene empleo ..... 0 Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE? *En caso de que sea necesario, explíquele que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.*	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS10. ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?	Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES? *Si responde que no tiene ingresos, circule "0"y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.*	No tiene ingresos ..... 0 Muy satisfecha ..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha 5	
LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO?	Mejorado ..... 1 Mantenido más o menos igual ..... 2 Empeorado 3	
LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?	Mejor ..... 1 Más o menos igual ..... 2 Peor 3	

WM11. *Anote la hora*.	Hora y minutos .....__ __ : __ __	

WM12.*Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*
¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

☐ *Sí ⇨ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.*

☐*No⇨Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.*

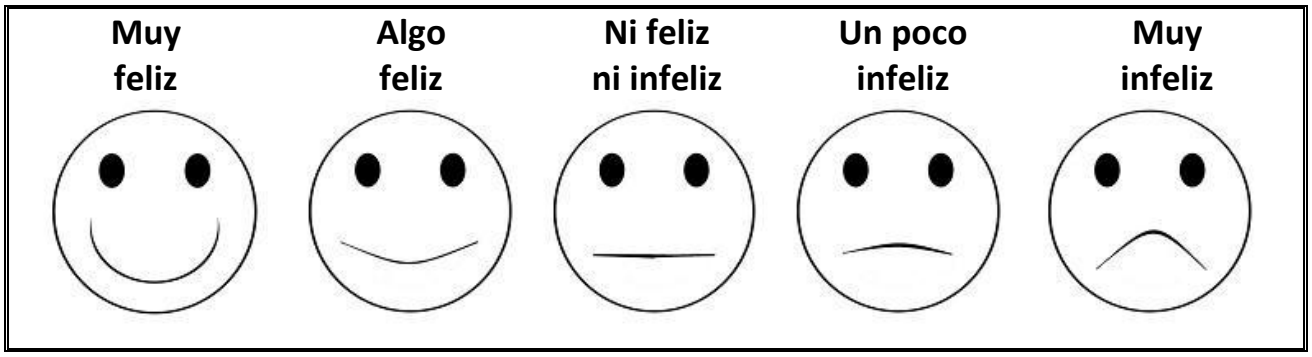
Observaciones de la Encuestadora

Observaciones del Antropometrista

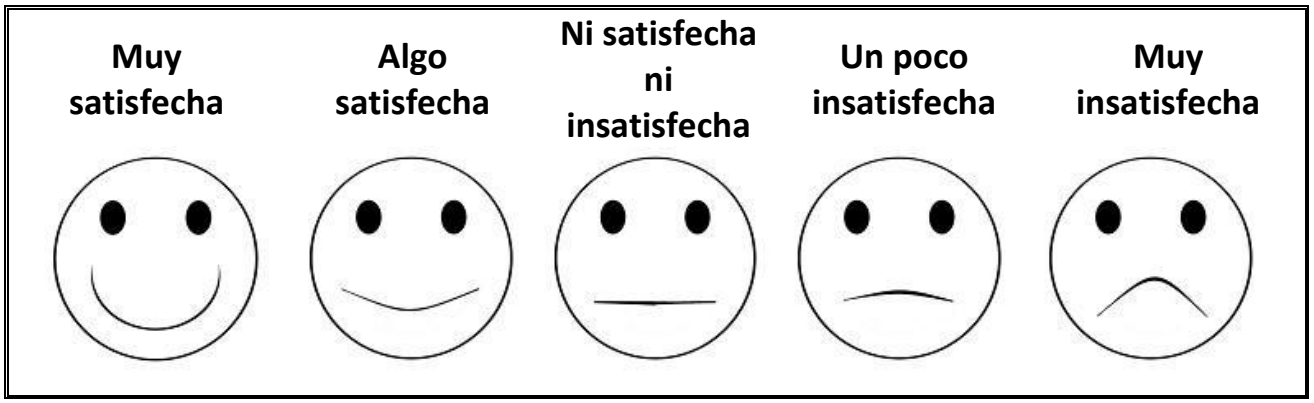
Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1



LADO 2



CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS

Paraguay 2016

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS	UF
Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). *Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.*	
UF1. Número de conglomerado (UPM): ___ ___ ___	**UF2**. Número de hogar (vivienda): ___ ___
UF3. Nombre del niño/a: Nombre_____	**UF4**. Número de línea del niño/a : ___ ___
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre_____	**UF6**. Número de línea de la madre/persona encargada: ___ ___
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre_____ ___ ___	**UF8**. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ ____ / ____ ____ / 2016

Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado: SOMOS DE ***LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS***. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON **UNICEF** SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (***nombre del niño/a de UF3***). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***30*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	*Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:* ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (***nombre del niño/niña de UF3***) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***30*** MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. .
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ *Sí, se concede el permiso ⇨ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.* ☐ *No, no se concede permiso ⇨ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor*	

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años *Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.*	Completada .....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Completada parcialmente.....04 Incapacitada .....05 Otro (*especificar*)_____ 96	
UF12. *Anote la hora.*	Hora y minutos……..__ __ : __ __	

EDAD		AG
AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (*nombre*), ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (*nombre*)? *Indague:* ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS? *Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.* *Debe anotar el mes y el año.*	Fecha de nacimiento Día .....__ __ No sabe día.....98 Mes.....__ __ Año .....__ __ __ __	
AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (*nombre*)? *Indague*: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (*nombre*) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? *Anote la edad en años completos.* *Anote '0' si tiene menos de 1 año.* *Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.*	Edad (en años completos) .....__	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO O CÉDULA DE IDENTIDAD DE (*nombre*)? *Si responde que sí, pregunte* ¿PUEDO VERLO?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto..... 2 No ..... 3 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo
BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (*nombre*) ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí ……1 No ..... 2 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo
BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE (*nombre*)?	Sí ……1 No……..…..2	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC
EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (*nombre*)?	Ninguno ..... 00 Número de libros de niños ..... 0 __ Diez o más libros 10	
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (*nombre*) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON: [A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)? [B] JUGUETES COMPRADOS EN UN NEGOCIO O INDUSTRIALIZADOS? [C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO PLATOS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS U HOJAS)? *Si el entrevistado responde "SÍ" a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.*	Sí No NS Juguetes caseros……..1 2 8 Juguetes comprados……1 2 8 Objetos del hogar u objetos del exterior……1 2 8	
EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA. ¿CUÁNTOS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS DEJÓ A (*nombre*): [A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA? [B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA? *Si la respuesta es 'ningún día', escriba' 0'.* *Si la respuesta es 'no sé', escriba' 8'*	Número de días que lo dejó solo durante más de una hora ..... __ Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora ..... __	
EC4. *Verifique AG2: Edad del niño/a* ☐ *Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇨ Pase EC18* ☐ *Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇨ Continúe con EC5*		
EC5. ¿ASISTE (*nombre*) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO ESTRUCTURADO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO COMO CODENI, CEBINFA , MITA ROGA, DEQUENÍ, ETC.?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	

EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (*nombre*): *Si es "SÍ", pregunte:* ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (*nombre*)? *Circule todas las opciones que apliquen.*		Madre	Padre	Otro	Nadie	
[A] LEYÓ LIBROS A (*nombre*) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (*nombre*)?	Leyó libros	A	B	X	Y	
[B] CONTÓ CUENTOS A (*nombre*) ?	Contó cuentos	A	B	X	Y	
[C] LE CANTÓ CANCIONES A (*nombre*) O CANTÓ CON (*nombre*), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?	Cantaron canciones	A	B	X	Y	
[D] LLEVÓ A (*nombre*) A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGUNA PLAZA, PARQUE, PATIO U OTRO LUGAR?	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	
[E] JUGÓ CON (*nombre*) ?	Jugó	A	B	X	Y	
[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (*nombre*) O CON (*nombre*) ?	Nombró/contó	A	B	X	Y	
EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (*nombre*). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (*nombre*). ¿PUEDE (*nombre*) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC9. ¿PUEDE (*nombre*) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC10. ¿SABE (*nombre*) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC11. ¿PUEDE (*nombre*) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					

EC12. ¿SE SIENTE (*nombre*) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
EC13. ¿PUEDE (*nombre*) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE,?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (*nombre*) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
EC15. ¿SE LLEVA (*nombre*) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿(*Nombre*) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE (*nombre*) FÁCILMENTE?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	

EC18. *Verifique AG2: Edad del niño/a*

- ☐ *si el niño/a tiene menos de 1 año (de 0 a 11 meses)⇨ continúe con EC18A*
- ☐ *si el niño/a tiene 1 año (de 12 a 23 meses) ⇨ continúe con EC19A*
- ☐ *si el niño/a tiene 2 años(de 24 a 35 meses)⇨ continúe con EC20A*
- ☐ *si el niño/a tiene 3- 4 años (de 36 a 59 meses)⇨ pase al módulo siguiente*

EC18A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN MIRÓ A LOS OJOS, HABLÓ, Y ACARICIÓ A (*nombre*) AL DARLE DE COMER?: SI ES "SÍ", PREGUNTE: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (*nombre*)? *Circule todas las opciones que apliquen*.		Madre	Padre	Otro	Nadie	
[A] LE MIRÓ A (*nombre*)?	Le Miró	A	B	X	Y	
[B] LE ACARICIÓ A (*nombre*) ?	Acarició	A	B	X	Y	
[C] LE HABLÓ A (*nombre*)?	Habló	A	B	X	Y	⇨Siguiente Módulo

EC19A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN JUGÓ CON (*nombre*) A ESCONDERSE, TREPAR, O QUE LE SIGAN Y ALCANCEN?: SI ES "SÍ", PREGUNTE: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (*nombre*)? *Circule todas las opciones que apliquen*.		Madre	Padre	Otro	Nadie	
[A] A ESCONDERSE?	A esconderse	A	B	X	Y	
[B] A TREPAR?	A Trepar	A	B	X	Y	
[C] QUE LE SIGAN Y ATRAPEN?	Que le sigan y atrapen	A	B	X	Y	⇨Siguiente módulo
EC20A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN CONVERSÓ CON (*nombre*) SOBRE UN TEMA DE SU INTERÉS, NOMBRANDO OBJETOS, COLORES, NÚMEROS, O ACCIONES?: SI ES "SÍ", PREGUNTE: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (*nombre*)? *Circule todas las opciones que apliquen*.		Madre	Padre	Otro	Nadie	
[A] A NOMBRAR OBJETOS Y COLORES?	Nombrando objetos y colores	A	B	X	Y	
[B] NOMBRANDO NÚMEROS?	Números	A	B	X	Y	
[C] A REALIZAR ACCIONES?	A realizar acciones	A	B	X	Y	⇨Siguiente módulo

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. *VerifiqueAG2: edad del niño/a* ☐ *Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇨ Continúe con BD2* ☐ *Edad del niño/a 3 o 4 ⇨ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES*		
BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (*nombre*) ALGUNA VEZ?	Sí.....1 No .....2 No sabe.....8	 2⇨BD4 8⇨BD4
BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí.....1 No .....2 No sabe.....8	
BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (*nombre*) ALGÚN LÍQUIDO EN UN BIBERÓN?	Sí.....1 No .....2 No sabe.....8	
BD5. ¿TOMÓ (*nombre*) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí.....1 No .....2 No sabe.....8	
BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (*nombre*) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí.....1 No .....2 No sabe.....8	
BD7.QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (*nombre*) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (*nombre*) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. ¿BEBIÓ (*nombre*) (*nombre los ítem, de* [A] *a la* [F]) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE? ***Incluir los líquidos consumidos fuera de su hogar.***	Si No NS	
[A] AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola 1 2 8	
[B] JUGO O BEBIDAS DE JUGO	Jugo o bebidas de jugo 1 2 8	
[C] SOPA DE VERDURA, DE CARNE ,POLLO O CUALQUIER OTROS CALDO NO ESPESO.	Caldo de verduras. 1 2 8	
[D] LECHE SACHET O CARTÓN, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche 1 2 8	
Si es sí:¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (*nombre)*LECHE? *Si es 7 o más veces, guarde '7'.* *SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.*	Número veces bebió leche __	
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS? (POR EJEMPLO "NUTRILÓN" "LECHE NAN", OTROS)	Leche de fórmula 1 2 8	
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (*nombre)* LECHE DE FÓRMULA? *Si es 7 o más veces, guarde '7'.* *SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.*	Número de veces que bebió leche __	
[F] ALGÚN OTRO LÍQUIDO? (*Especificar*)_____	Otro líquido 1 2 8	

BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (*nombre*) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (*nombre*) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.

POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.

COMIÓ (*nombre*) AYER (*nombre del alimento*) DE DÍA O DE NOCHE:		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogur	1	2	8
Si es sí: CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (*nombre)*? *Si es 7 o más veces, guarde '7'.* *Si es desconocido, guarde '8'.*	Número de veces que comió/bebió yogurt			__
[B] TOMO AYER (*nombre)* ALGÚN ALIMENTO PARA BEBE FORTIFICADO, NESQUIK, ZUCARITA. NESTUM,CERELAC.QUAKER?	Alimento fortificado	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	Alimentos elaborados con granos	1	2	8
[D] ZAPALLOS, ZANAHORIAS, ZAPALLITOS, CALABAZA "ANDAI"?	Zapallos, zanahoria, zapallitos, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, MANDIOCA, REMOLACHA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS, ESPINACA, ACELGA?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGO MADURO, MAMÓN, MELÓN, DURAZNO?	Mango maduro, mamón, melón, durazno, etc.	1	2	8
[H] ALGUNA OTRA FRUTA (AGUACATE, NARANJA, MANDARINA, MANZANA, BANANA, ETC.) O VERDURAS?	Otras frutas (aguacate, naranja, mandarina, manzana, banana, etc.) o verduras	1	2	8
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTROS ÓRGANOS DE CARNES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE VACUNA, CERDO, OVEJA, CABRA, POLLO O PATO, ANIMALES SILVESTRES?	Carne, como carne vacuna, cerdo, oveja, cabra,etc.	1	2	8
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] PESCADOS FRESCOS O CONGELADOS?	Pescado fresco o congelados	1	2	8
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE POROTO, GUISANTE "ARVEJAS", LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de porotos, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, ARROZ CON LECHE?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (*Especificar*)_____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8

BD9. *Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")* ☐ *Al menos un "sí" o todo "NS" ⇨ Vaya a BD11* ☐ *Otra cosa ⇨ Continúe con BD10*		
BD10. *Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche* ☐ *El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇨ Vaya al siguiente módulo* ☐ *El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇨ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11*		
BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (*nombre*) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? *Si es 7 o más veces, guarde '7'.*	Número de veces.....__ NS 8	

INMUNIZACIÓN										IM
*Si está disponible la libreta de vacunación **(salud infantil)**, copie las fechas de cada dosis en IM3 para cada tipo de inmunización registrada en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la tarjeta de inmunización no está disponible.*										
IM1. ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (*nombre*)? (*Si la respuesta es "sí", pregunte*) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?		Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No tiene libreta..... 3								1⇨IM3 2⇨IM6
IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA LIBRETA DE VACUNACIÓN ***(salud infantil)*** DE (*nombre*)?		Sí..... 1 No..... 2								1⇨IM6 2⇨IM6
IM3. *(a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta.* *(b) Anote '44' en la columna "día" si la libreta de vacunación muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.*		Fecha de vacunación								
		Día		Mes		Año				
TUBERCULOSIS BCG	**BCG**									
ROTAVIRUS 1	**ROTAVIRUS 1**									
ROTAVIRUS 2	**ROTAVIRUS 2**									
POLIOMIELITIS 1	**OPV1/IPV**									
POLIOMIELITIS 2	**OPV2**									
POLIOMIELITIS 3	**OPV3**									
POLIOMIELITIS (REFUERZO)	**OPV R**									
PENTAVALENTE 1	**PENTA 1**									
PENTAVALENTE 2	**PENTA 2**									
PENTAVALENTE 3	**PENTA 3**									
NEUMOCOCO 1	**NEUMOCOCO 1**									
NEUMOCOCO 2	**NEUMOCOCO 2**									
NEUMOCOCO (REFUERZO)	**NEUMOCOCO R**									
SARAMPIÓN, PAROTIDITIS (PAPERAS), RUBÉOLA	**SARAMPIÓN (SPR)**									
VARICELA	**VARICELA**									
HEPATITIS A	**HEPATITIS A**									
FIEBRE AMARILLA	**AA**									
DPT (DIFTERIA, TOS CONVULSA Y TÉTANOS)-REFUERZO	**DPT**									
ANTI-INFLUENZA	**INFLUENZA 1**									
ANTI-INFLUENZA	**INFLUENZA 2**									
ANTI-INFLUENZA	**INFLUENZA R1**									
ANTI-INFLUENZA	**INFLUENZA R2**									

IM4. *Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la **BCG a Anti- Influenza**)?*

☐ *Sí⇨ Vaya a IM19*

☐ *No ⇨ Continúe con IM5*

IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA LIBRETA, ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?

☐ *Sí⇨ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19*

☐ *No/NS ⇨ Continúe con IMI9*

IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨IM19 8⇨IM19
IM7. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM7A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre*) "VACUNAS ORALES CONTRA LA ROTAVIRUS" ES DECIR, CONTRA EL GERMEN O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨IM8 8⇨IM8
IM7B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (*nombre*)?	Número de veces .....__	
IM8. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ UNA VACUNA EN GOTAS EN LA BOCA PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨IM13A 8⇨IM13A
IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?	Número de veces .....__	
IM13A. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO O EN LA NALGA, PARA PREVENIR LA (DIFTERIA, TOS CONVULSA, TÉTANOS, HEPATITIS B, MENINGITIS)? *Indague indicando que la vacuna contra la pentavalente algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.*	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨IM13C 8⇨IM13C
IM13B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA PENTAVALENTE?	Número de veces .....__	
IM13C. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre*) "*VACUNAS* INYECTADAS DE NEUMOCOCO" ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS DEL NEUMOCOCO PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨IM16 8⇨IM16
IM13D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA NEUMOCOCO (*nombre*)?	Número de veces .....__	

IM16. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN (**SPR O SR**); ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM16A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre) "VACUNAS* INYECTADAS DE VARICELA" ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS DE LA VARICELA PARA EVITAR LA VARICELA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM16B. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre)* LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM17. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA LA FIEBRE AMARILLA? *Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión.*	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM17A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre)* EL REFUERZO DE LA DPT, ES DECIR UNA INYECCIÓN A LOS 18 MESES PARA PREVENIR LA DIFTERIA, TOS CONVULSA Y EL TÉTANOS?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM17B. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (*nombre)* LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA, ES DECIR UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFLUENZA O GRIPE?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
IM17C. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (*nombre*)?	Número de veces .....__	
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (*nombre) ha* PARTICIPADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAMPAÑAS, JORNADAS NACIONALES DE VACUNACIONES: [A] CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN Y LA RUBÉOLA 2014 [C] PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN "PARAGUAY SIN POLIO 2016"	Sí No NS Campaña A……...1 2 8 Campaña C……...1 2 8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿TUVO (*nombre*) DIARREA?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA6A 8⇨CA6A
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (*nombre*) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (*nombre*) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? *Si bebió "menos", indague*: ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 No se le dio nada para tomar ..... 5 No sabe 8	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (*nombre*) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? *Si responde "menos", indague:* ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 Suspendió la comida ..... 5 Nunca se le dio de comer ..... 6 No sabe 8	
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA DE ALGUNA FUENTE?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA4 8⇨CA4
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO LUGAR? *Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.* *Indague para identificar cada tipo de fuente.* *Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.* _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc) ..... A Centro de salud ..... B Puesto de salud (USF) ..... C Promotor de salud ..... D Clínica móvil / ambulante ..... E Otro público (*especificar*) ..... H Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmacia privada ..... K Clínica móvil ..... L Otras fuentes médicas privadas (*especificar*) ..... O Otras fuentes Pariente / amigo ..... P Tienda o despensa ..... Q Medico naturalista ..... R Otro (*especificar*)_____ X	
CA4. CUANDO TUVO DIARREA (*nombre*), ¿SE LE DIO DE BEBER: [A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO SUERO DE REHIDRATACIÓN CASSANELLO? [B] ALGÚN LIQUIDO PRE-ENVASADO DE SUERO PARA DIARREA HEMOHIDRAT?	Sí No NS Fluido de SRO en paquete….1 2 8 Fluido de SRO pre-envasado ……..…..1 2 8	

CA4A. *Verifique CA4: SRO*

☐ *Al niño/a se le dio algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4)* ⇨ *Continúe con CA4B*

☐ *Al niño/a no se le dio ningún SRO* ⇨ *Vaya a CA4C*

CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO? *Indague para identificar cada tipo de fuente.* *Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.* _____ *(Nombre del lugar)*	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc).....11 Centro de salud .....12 Puesto de salud (USF).....13 Promotor de salud.....14 Clínica móvil / ambulante .....15 Otro público (*especificar*) .....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada .....21 Médico privado.....22 Farmacia .....23 Clínica móvil……24 Otras fuentes médicas privadas (especificar).....26 Otras fuentes Pariente / amigo .....31 Tienda o despensa .....32 Ya tenía en su casa……40 Otro (*especificar*).....96	

		Sí	No	NS	
CA4C CUANDO TUVO DIARREA (*nombre*), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:					
[A] TABLETAS DE ZINC?	Tabletas de zinc	1	2	8	
[B] JARABE DE ZINC?	Jarabe de zinc	1	2	8	

CA4D. *Verifique CA4C: ¿zinc?*

☐ *Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C)* ⇨ *Continúe con CA4E*

☐ *Al niño/a no se le dio zinc* ⇨ *Vaya a CA4F*

CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? *Indague para identificar cada tipo de fuente.* *Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.* _____ (*Nombre del lugar*)	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc).....11 Centro de salud .....12 Puesto de salud (USF).....13 Promotor de salud.....14 Clínica móvil / ambulante .....15 Otro público (*especificar*) .....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada .....21 Médico privado.....22 Farmacia .....23 Clínica móvil……..24 Otras fuentes médicas privadas (especificar).....26 Otras fuentes Pariente / amigo .....31 Tienda o despensa .....32 Ya tenía en su casa……..40 Otro (*especificar*).....96	

CA4F. CUANDO TUVO DIARREA (*nombre*), ¿SE LE DIO DE BEBER ALGO DE LO SIGUIENTE: *Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.* [A] UNA PREPARACIÓN CASERA CON AGUA, AZÚCAR Y SAL (SUERO ORAL) [B] AGUA DE ARROZ [C] TÉ CON UN POCO DE AZÚCAR	Sí No NS Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral)…….....1 2 8 Agua de arroz……1 2 8 Té con un poco de azúcar…1 2 8	
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨CA6A 8⇨CA6A
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? *Indague*: ¿ALGO MÁS? *Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.* _____ *(Nombre)*	Pastilla o jarabe Antibiótico ..... A Antiespasmódico ..... B Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc) ..... G No sabe tipo de pastilla o jarabe ..... H Inyección Antibiótica .....L No antibiótica.....M No sabe tipo de inyección ..... N Intravenosa..... O Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q Otros (*especificar*) X	
CA6A. EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA ESTADO (*nombre*) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
CA7. EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA TENIDO (*nombre*) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨CA9A 8⇨CA9A
CA8. CUANDO (*nombre*) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨CA10 8⇨CA10
CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O CON MOCO?	Problema en el pecho solamente.....1 Nariz tapada o resfrió solamente .....2 Ambos .....3 Otros (*especificar*) _____ 6 No sabe 8	1⇨CA10 2⇨CA10 3⇨CA10 6⇨CA10 8⇨CA10

CA9A. *Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?* ☐ *El niño/a tuvo fiebre ⇨ Continúe con CA10* ☐ *El niño/a no tuvo fiebre ⇨ Vaya a CA14*		
CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA12 8⇨CA12
CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO LUGAR? *Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.* *Indague para identificar cada tipo de fuente.* *Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.* _____ *(Nombre del lugar)*	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... A Centro de salud ..... B Puesto de salud (USF) ..... C Promotor de salud ..... D Clínica móvil / ambulante ..... E Otro público (*especificar*) ..... H Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmacia privada ..... K Clínica móvil ..... L Otras fuentes médicas privadas (especificar) ..... O Otras fuentes Pariente / amigo ..... P Tienda o despensa ..... Q Medico naturalista ..... R Otro (*especificar*)_____ X	
CA12. ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (*nombre*) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (*nombre*)? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? *Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.* _____ *(Nombre)*	Antibióticos Pastilla / Jarabe ..... I Inyección ..... J Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina..... Q Ibuprofeno ..... R Otro (*especificar*) _____ X No sabe .....Z	
CA13A. *Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?* ☐ *Sí ⇨ Continúe con CA13B* ☐ *No ⇨ Pase a CA14*		

CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (*nombre del medicamento en* CA13)? *Indague para identificar cada tipo de fuente.* *Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.* _____ (*Nombre del lugar*)	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc).....11 Centro de salud .....12 Puesto de salud (USF).....13 Promotor de salud.....14 Clínica móvil / ambulante .....15 Otro público (*especificar*) .....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada .....21 Médico privado.....22 Farmacia .....23 Clínica móvil……..24 Otras fuentes médicas privadas (especificar).....26 Otras fuentes Pariente / amigo .....31 Tienda o despensa .....32 Ya tenía en su casa……..40 Otro (*especificar*).....96	
CA14. *Verifique AG2: Edad del niño/a* ☐ *Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇨ Continúe con CA15* ☐ *Edad del niño/a 3 o 4 ⇨ Vaya a UF13*		
CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE *(nombre)* DEFECO, (HIZO POPO O CACA), ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN?	El niño usó el inodoro / letrina.....01 Lo puso / descartó en el inodoro o letrina.02 Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca .....03 Se tiró a la basura (residuo sólido) .....04 Se enterró.....05 Se dejó al aire libre.....06 Otro (*especificar*) _____ 96 No sabe 98	

UF13. *Anote la hora.*	*Hora y minutos* __ __ : __ __	

UF14. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.*
¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?

☐ *Sí ⇨ Indíquele a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada*

☐ *No ⇨ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígale que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar*

Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer y de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.

ANTROPOMETRÍA		**AN**
Una vez que los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.		
AN1. *Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:*	Nombre_____ ___ ___	
AN2. *Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso*	Se midió una o ambas.....1 El niño/ la niña no estaba presente .....2 El niño/ la niña o la persona encargada se negó.....3 Otro (*especificar)*_____ 6	 2⇨AN6 3⇨AN6 6⇨AN6
AN3. *Peso del niño/a*	Kilogramos (kg) ..... __ __ . __ No se midió el peso 99.9	
AN3A. *¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?* ☐ *Sí.* ☐ *No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.*		
AN3B. *Verifique la edad del niño/a en AG2:* ☐ *Niño/a menor de 2 años. ⇨ Medir la talla (acostado).* ☐ *Niño/a de 2 años o más. ⇨ Medir la talla (de pie).*		
AN4. *Estatura/talla del niño/a*	Talla/estatura (cm)…….. __ __ __ . __ No se midió la Talla/estatura.....9999.9	 ⇨AN6
AN4A. *¿Cómo se midió de hecho al niño/a?¿Acostado o de pie?*	Acostado.....1 De pie 2	
AN6. *¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?* ☐ *Sí ⇨ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.* ☐ *No ⇨ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.*		

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del Supervisor

Observaciones del medidor

PANEL DE INFORMACIÓN DE PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA	**WQ**
Este formulario de cuestionario se utilizará para hogares que hayan sido seleccionados para las pruebas de calidad del agua. Consulte la tabla de muestreo provista para las pruebas de calidad del agua para responder a las preguntas WQ1 de abajo.	
WQ1A. Número de conglomerado (UPM) __ __ __	**WQ1B.** Número de hogar (vivienda): ___ ___
WQ1D. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____ __ __	**WQ1E**. Nombre y número del supervisor: Nombre_____ __ __
WQ1F. Día / Mes / Año de la entrevista: __ __/__ __/ 2016	

COMO PARTE DE LA ENCUESTA, TAMBIÉN NOS CENTRAMOS EN LA CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER DEL HOGAR. SU HOGAR HA SIDO SELECCIONADO PARA ESTA PARTE DE LA ENCUESTA Y NOS GUSTARÍA REALIZAR UN SIMPLE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA A PARTIR DE MUESTRAS DEL AGUA QUE ACOSTUMBRAN A BEBER. ¿PUEDO COMENZAR AHORA?

☐ *Sí, se concede permiso* ⇨ *Vaya a WQ3.*

☐ *No, no se concede permiso* ⇨ *Marque con un círculo sobre 02 en WQ2. El modulo se ha completado. Discuta el resultado con su supervisor.*

WQ2. Resultado de la prueba de la calidad del agua	Completado ……	01
	Rechazado ……	02
	Completado parcialmente……..	03
	Otro (*especificar*) ……	96

PRUEBA DE LA CALIDAD DEL AGUA		WQ
WQ3. QUISIÉRAMOS HACER UNA PRUEBA AL AGUA QUE UTILIZAN PARA BEBER. ¿PODRÍA DARME UN VASO DE AGUA QUE LE DARÍA A UN NIÑO/A A BEBER?	Sí……1 No La fuente de agua no era funcional ……. 2 Fuente de agua demasiado lejana…… ……. 3 No se puede acceder a la fuente …… 4 No sabe dónde se encuentra la fuente…… 5 Otra razón (*especificar*)……. 6	2-6 ⇨Siguiente módulo
WQ4. ¿HA HECHO ALGO CON EL AGUA PARA QUE SEA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí……. 1 No……. 2 No sabe ……..8	2 ⇨ WQ6 8 ⇨ WQ6

WQ5. ¿QUÉ HA HECHO CON EL AGUA PARA QUE SEA MÁS SEGURA PARA BEBER?	La hierve…….. A Le añade blanqueador/cloro/liquido purificador …… B La filtra con una tela…… C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, etc.)…… D Desinfección solar /exposición al sol…….. E La deja reposar y asentar…….. F Añade alumbre (piedra blanca)……..... G Añade tableta/pastilla…….. H Otro (*especificar*)…… X NS……. Z	
WQ6. *Realice la prueba de agua en el hogar* *Utilizando el agua del vaso de agua para beber suministrado por el entrevistado/a, lleve a cabo la prueba de la calidad del agua. Etiquete H-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado (UPM) e YY es el número del hogar (vivienda).* *Registre si se realizó la prueba.*	Prueba del agua del hogar llevada a cabo ……1 Prueba del agua del hogar no llevada a cabo ……2	

WQ8. ANTERIORMENTE, NOS DIJO QUE LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR ERA _____. ¿PROVIENE ESTE VASO DE AGUA DE ESA FUENTE? *Remítase a la respuesta facilitada a la Pregunta WS1 en la página 17.*	Sí…… 1 No…… 2	2 ⇨ WQ10
WQ9. ¿PODRÍA POR FAVOR MOSTRARME SU PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER PARA QUE PUEDA TOMAR UNA MUESTRA DE AGUA EN ESE LUGAR? *Si la respuesta es "no", sondee para averiguar por qué no es posible. Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sido completado.*	Sí……1 No La fuente de agua no era funcional ……. 2 Fuente de agua demasiado lejana…… ……. 3 No se puede acceder a la fuente …… 4 No sabe dónde se encuentra la fuente…… 5 Otra razón (*especificar*)……. 6	1⇨ WQ12 2-6 ⇨ Siguiente modulo

WQ10. ¿DE QUÉ FUENTE PROVIENE EL AGUA QUE ME DIO EN ESTE VASO?	**<u>Agua de tubería</u>** Tubería dentro de la vivienda……11 Tubería dentro del terreno, patio o lote…….. 12 Tubería del vecino……13 Llave/grifo público…… 14 Pozo con tubería…… 21 **<u>Pozo cavado</u>** Pozo protegido…… 31 Pozo no protegido…… 32 Agua de manantial Manantial protegido…… 41 Manantial no protegido…… 42 Recogen agua de lluvia……. 51 Carro-tanque / camión cisterna……. 61 Carreta con tanque/tambor pequeño….71 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación)…… 81 Agua embotellada/envasada……91 Otra (*especificar*)…… 96	

WQ11. ¿PODRÍA POR FAVOR MOSTRARME LA FUENTE DEL VASO DE AGUA PARA QUE PUEDA TOMAR UNA MUESTRA DE AGUA DE ESE LUGAR? *Si la respuesta es "no", sondee para averiguar por qué no es posible. Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sido completado.*	Sí..... 1 No La fuente de agua no era funcional ..... 2 Fuente de agua demasiado lejana..... ..... 3 No se puede acceder a la fuente ..... 4 No sabe dónde se encuentra la fuente.....5 Otra razón (*especificar*)..... 6	1 ⇨ WQ12 2-6 ⇨ Siguiente modulo
WQ12. *Realice la prueba de la fuente del agua* *Utilizando una muestra del agua tomada en la fuente, lleve a cabo la prueba de la calidad del agua. Etiquete F-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado e YY es el número del hogar.* *Registre si se realizó la prueba.*	Prueba de la fuente del agua llevada a cabo .....1 Prueba de la fuente de agua no llevada a cabo 2	

WQ13. . *¿Ha sido el hogar seleccionado para el ensayo en blanco del agua?*

☐ *El hogar fue seleccionado para el ensayo en blanco del agua ⇨ WQ14*

☐ *El hogar no fue seleccionado para el ensayo en blanco del agua ⇨ Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sido completado.*

WQ14: *Realice la prueba de calidad del agua* *Utilizando una muestra de agua esterilizada facilitada por el supervisor, lleve a cabo la prueba de la calidad del agua. Etiquete B-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado e YY es el número del hogar.* *Registre si se realizó la prueba.*	Ensayo en blanco del agua llevado a cabo …… 1 Ensayo en blanco del agua no llevado a cabo …… 2	

Resultados de las pruebas de la calidad del agua	**WQ**
Durante las siguientes 24-48 horas de incubación, deberá registrarse los resultados de las pruebas de la calidad del agua.	
WQ15. Día / Mes / Año del registro de los resultados de las pruebas: ___ ___ /___ ___ / 2 0 16	
En los cuadros que se presentan a continuación: *-Registre el conteo de 3 dígitos de las colonias.* *-Si se cuentan más de 99 colonias, registre'101'* *-Si no es posible leer los resultados o los resultados se han perdido, registre '998'* *-Si no se llevaron a cabo las pruebas microbiológicas, registre '999'*	
Registre los resultados de la prueba del agua del <u>Hogar</u>	
WQ16. *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra de agua del hogar*	Número de colonias __ __ __
WQ17. *Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra de agua del hogar*	Número de colonias __ __ __
WQ18. *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra de agua del hogar*	Número de colonias __ __ __
WQ19. *Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra de agua del hogar*	Número de colonias __ __ __
Registre los resultados de la prueba de la <u>fuente</u> del agua	
WQ20. *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra de la fuente de agua*	Número de colonias __ __ __
WQ21. *Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra de la fuente de agua*	Número de colonias __ __ __
WQ22. *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra de la fuente de agua*	Número de colonias __ __ __

WQ23. *Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra de la fuente de agua*	Número de colonias __ __ __
Registre los resultados de la muestra en <u>blanco</u> del agua	
WQ24 *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra en blanco de agua*	Número de colonias __ __ __
WQ25 *Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra en blanco de agua*	Número de colonias __ __ __
WQ26 *Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra en blanco de agua*	Número de colonias __ __ __
WQ27 *Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra en blanco de agua*	Número de colonias __ __ __

Observaciones de la medidora

Observaciones del supervisor/a