

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

ENCUESTA NACIONAL DE DESNUTRICIÓN INFANTIL - ENDI 2022- 2023

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON Estrictamente CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF DE 10 A 49 AÑOS), SALUD DE LA NIÑEZ Y LACTANCIA MATERNA

2

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana <input type="checkbox"/>	2. Área Rural <input type="checkbox"/>	9. No. Secuencial de la vivienda original <input type="text"/>
3. Provincia <input type="text"/>		10. Número de hogares en la vivienda <input type="text"/>
4. Cantón <input type="text"/>		11. Hogar <input type="text"/>
5. Cabecera cantonal o parroquial <input type="text"/>		12. Período <input type="text"/>
6. Conglomerado <input type="text"/>		13. Manzana <input type="text"/>
7. Zona <input type="text"/>		14. Edificio <input type="text"/>
8. Sector <input type="text"/>		

INFORMANTE: DIRECTO

B. DATOS DE LA INFORMANTE

COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA	<input type="text"/>	MES	<input type="text"/>	AÑO	2	0	2	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------	-----	---	---	---	----------------------

D. PERSONAL RESPONSABLE

SUPERVISOR:	CI.	<input type="text"/>
ENCUESTADOR:	CI.	<input type="text"/>
REVISOR DE CALIDAD:	CI.	<input type="text"/>

E. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

1. COMPLETA (efectiva)	<input type="text"/>
2. RECHAZO	<input type="text"/>
3. AUSENTE	<input type="text"/>
4. NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS	<input type="text"/>
5. OTRA CUÁL? <input type="text"/>	<input type="text"/>

FIN DE LA ENTREVISTA

RECUERDE: “ Antes de iniciar la entrevista con la MEF, procure lograr el máximo de privacidad posible”

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, seleccione o registre la respuesta dada por la informante

100	¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
101	Entonces, ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Años cumplidos <input type="text"/>		

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A

LEA A LA ENTREVISTADA: Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

200	¿Actualmente está usted embarazada?	<p>Sí 01</p> <p>No 02</p> <p>No sabe 88</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right; margin-top: -40px;"> PASE a PREG. 223 </div>
201	En este embarazo usted:	<p>¿Quería quedar embarazada? 1</p> <p>¿Quería esperar más tiempo? 2</p> <p>¿No quería embarazarse? 3</p>
202	¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? <i>Si responde en meses multiplique por 4,3</i>	<p>Semanas </p> <p>No sabe 88</p>
203	¿Cuando usted se embarazó estaba utilizando algún método anticonceptivo?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE a PREG. 205</div></p>
204	¿Qué método estaba utilizando?	<p>Esterilización masculina o vasectomía.....01</p> <p>Esterilización femenina o ligadura.....02</p> <p>Implante (Implanon, Jadelle).....03</p> <p>Inyección anticonceptiva..... 04</p> <p>Píldora o pastilla anticonceptiva.....05</p> <p>DIU, espiral o T de Cobre.....06</p> <p>Condón (preservativo femenino)..... 07</p> <p>Condón (preservativo masculino)..... 08</p> <p>Lactancia materna (MELA).....09</p> <p>Otra, cuál?10</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; margin-top: -40px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">Código</p> </div>
205	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	<p>Antes de la semana 12 (3 meses).... 1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE a PREG. 207</div></p> <p>Después de la semana 12..... 2</p> <p>No se realizó el control..... 3 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE a PREG. 222</div></p>
206	¿Por qué razón NO acudió a su primer control prenatal antes de la semana 12:	<p>No pudo asistir en el horario de atención del establecimiento de salud?.....1</p> <p>No pudo obtener una cita?..... 2</p> <p>El establecimiento de salud estaba lejos?.....3</p> <p>Consideró que aún no había signos evidentes de embarazo?..4</p> <p>Falta de recursos económicos?.....5</p> <p>Otro, cuál? 6</p>
207	¿A cuántos controles prenatales acudió durante este embarazo?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> NÚMERO DE CONTROLES </div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div>
208	¿A usted le recetaron hierro?	<p>Sí 01</p> <p>No 02</p>
209	¿A usted le entregaron hierro?	<p>Sí 01</p> <p>No 02</p>
210	¿Consume o consumió hierro?	<p>Sí 01</p> <p>No 02</p>

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

211	¿A usted le recetaron ácido fólico?	Sí 01 No 02
212	¿A usted le entregaron ácido fólico?	Sí 01 No 02
213	¿Consume o consumió ácido fólico?	Sí 01 No 02
214	¿Le realizaron el examen de VIH antes de las 20 semanas de embarazo? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 No sabe.....88
215	¿Le realizaron el examen de VIH a partir de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 Aún no tiene 20 semanas..... 03 No sabe 88
216	¿Le realizaron exámenes de TORCHs (sífilis, toxoplasmosis, rubeola citomegalovirus, herpes simple) antes de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 No sabe 88
217	¿Le realizaron exámenes de TORCHs (sífilis, toxoplasmosis, rubeola citomegalovirus, herpes simple) a partir de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 Aún no tiene las 20 semanas 03 No sabe 88
218	¿Le realizaron exámenes de sangre para medir la anemia antes de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 No sabe 88
219	¿Le realizaron exámenes de sangre para medir la anemia a partir de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 Aún no tiene las 20 semanas 03 No sabe 88
220	¿Le realizaron exámenes de orina antes de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 No sabe 88
221	¿Le realizaron exámenes de orina a partir de la semana 20 de embarazo? (4.7 meses)	Si 01 No 02 Aún no tiene las 20 semanas 03 No sabe 88
222	¿Es su primer embarazo?	Sí 1 → PASE a PREG. 300 No..... 2 → PASE a PREG. 224
223	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	Sí 1 No 2 → FIN DE LA ENCUESTA

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

224	<p>Ahora, hablando de sus hijos/as que se encuentran vivos/as, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Excluir hijos adoptivos e hijastros (entendados) </div>	<p>a. Hijos en casa </p> <p>b. Hijas en casa </p> <p>c. TOTAL HIJOS/AS EN CASA </p> <p style="text-align: center;">(SI NO TIENE ANOTE 00)</p>
225	<p>¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos/as no viven con usted?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Excluir hijos adoptivos e hijastros (entendados) </div>	<p>a. Hijos fuera de casa </p> <p>b. Hijas fuera de casa </p> <p>c. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA </p> <p style="text-align: center;">(SI NO TIENE ANOTE 00)</p>
226	<p>¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos/as y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo. (Presentó algún signo, por ejemplo respiró o lloró)?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a PREG. 228</div></p>
227	<p>¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos/as han muerto?</p>	<p>a. Hijos que murieron </p> <p>b. Hijas que murieron </p> <p>c. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON..... </p>
228	<p>De todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo/a que murió/falleció antes de nacer (mortinato), pero después de los cinco meses de embarazo?</p>	<p>Sí 1 → Cuántos? </p> <p>No 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a PREG. 232</div></p>
229	<p>¿En qué mes y año tuvo su último hijo/a nacido/a muerto/a (mortinato)?</p>	<p>a. MES b. AÑO </p> <p>No sabe 88/8888</p>
230	<p>ENCUESTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA 228 DECLARÓ SOLO 1 MORTINATO, REGISTRE CÓDIGO 1. SI LA RESPUESTA EN LA PREG 228 ES MAYOR A 1 REGISTRE CÓDIGO 2</p>	<p>Solo uno 1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a PREG. 232</div></p> <p>Más de uno 2</p>
231	<p>¿En qué mes y año tuvo el hijo/a anterior al último/a que nació muerto/a (mortinato)?</p>	<p>a. MES b. AÑO </p> <p>No sabe 88/8888</p>
232	<p>Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes. ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?</p>	<p>Sí 1 → Cuántos? </p> <p>No 2</p>
233	<p>ENCUESTADOR/A: TRANSCRIBA LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 224c, 225c y 227c</p>	<p>a. 224c. Total hijos/as que viven en casa..... </p> <p>b. 225c. Total hijos/as fuera de casa..... </p> <p>c. 227c. Total hijos/as nacidos vivos/as que murieron..... </p> <p>d. SUMA TOTAL HIJOS/AS NACIDOS/AS VIVOS/AS..... </p>

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A, DIGA A LA MUJER: AHORA QUISIERA HACER UNA LISTA DE LOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS QUE USTED HA TENIDO, ESTÉN VIVOS O HAYAN MUERTO. EMPECEMOS POR EL MENOR.

- REGISTRE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA SEGUNDA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 (DE MENOR A MAYOR).
- SI EL HIJO/A NO ES MIEMBRO DEL HOGAR O ES FALLECIDO/A REGISTRE EN COD. PER. 77.
- SI NO RECUERDA FECHAS REGISTRE 99 PARA MESES O DÍAS Y 9999 PARA AÑOS.
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS

234. NÚMERO DE REGISTROS:

235. COD. PER. FORM.	¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Esta vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? MENORES DE 5 AÑOS REGISTRE AÑOS Y MESES	e. ¿En qué día, mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía cuando murió?
01		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
02		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
03		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
04		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
05		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
06		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
07		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
08		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
09		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					
10		Hombre 1	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 <input type="button" value="PASE e"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	Mujer 2					

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS/AS MENORES DE 3 AÑOS)

A. INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

ELEGIBILIDAD

300	¿CUÁNTOS NIÑOS/AS MENORES DE 3 AÑOS TIENE LA INFORMANTE SEGÚN LA PREGUNTA 235d: (Excluya al niño/a que en COD.PER tenga código 77)	Número de niños/as..... <input type="text"/>	No existe niños menores de 3 años o tiene código 77..... 0 → PASE a SECC. IV
301a. Nombre niños/as menores de 3 años de la MEF	301b. Fecha de nacimiento (Preg. 235b)	301c. Niño/a seleccionado	
COD. PER. <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COD. PER. <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COD. PER. <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
302	¿Al nacer (...) le dio el seno? POR LO MENOS UNA VEZ	Sí..... 1 → PASE A PREG. 304 No..... 2	
303	¿Por qué razón no amamantó a (...)?	Porque le hicieron una cesárea..... 1 Porque estaba muy enferma..... 2 Porque (...) nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días..... 3 Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno. 4 Porque no tuvo leche..... 5 Otra, cuál?..... 6	

PASE A PREG. 305

B: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

304	¿Cuánto tiempo después del nacimiento, de (...) empezó a dar de lactar (mamar):	Inmediatamente después de nacido (después del parto)?..... 1 Menos de una hora?..... 2 Entre una hora y menos de 24 horas?..... 3 Más de un día?..... 4
305	En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio/dieron algo de beber, aparte de dar de lactar?	Sí..... 1 No..... 2
306	¿Fue alimentado (...) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?	Sí..... 1 No..... 2

C: LACTANCIA MATERNA CONTINUA

307	¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) <u>solamente pecho</u> , sin ningún otro líquido o complemento alimenticio? LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SI NUNCA LE DIO SENO, REGISTRE 00 EN MESES Y DÍAS	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Días <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca le dio solamente pecho.....77 Todavía le está dando..... 88 No recuerda..... 99
308	¿Le dio el pecho/seno a (...) cada vez que le pidió o sin horarios específicos desde que nació?	Sí..... 1 No..... 2

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS/AS MENORES DE 3 AÑOS)

D: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

309	¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna durante el día y/o la noche de ayer?	Sí.....1
		No.....2 → PASE A PREG. 311

310. ¿(...) consumió durante el día y/o la noche de ayer alguno de los siguientes líquidos: (Encuestador/a lea cada uno de los ítems)	SÍ	NO	NO SABE	¿CUÁNTAS VECES CONSUMIÓ EL DÍA DE AYER ESTOS LÍQUIDOS?
a. Agua pura?	01	02	88	
b. Leche de fórmula o de tarro?	01	02	88	<input type="text"/>
c. Leche en polvo, en funda o fresca de vaca?	01	02	88	<input type="text"/>
d. Jugos o bebidas de jugo?	01	02	88	
e. Sopas (caldos)?	01	02	88	
f. Cualquier otro líquido? _____ <i>Especifique</i>	01	02	88	

311	¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, durante el día y/o la noche de ayer?	Sí.....1
		No.....2 → PASE A PREG. 314

PARA EL ENCUESTADOR

La siguiente pregunta indaga el consumo de alimentos sólidos y semisólidos de acuerdo al grupo al que pertenecen.

a) Piense en el momento cuando (...) se despertó ayer. Que comió en ese momento. Si comió algo, por favor dígame todo lo que comió. Pregunte nuevamente algo más? (hasta que responda todo lo que haya comido).

b) Luego siga preguntando que comió (...) después. Dígame todo lo que comió durante el día. Pregunte ¿algo más?, hasta que diga "Nada más"

c) Si responde que comió algún plato como sopa o puré con algo más, pregunte qué ingredientes tuvo. Pregunte, algo más? Hasta que diga nada más.

Si el alimento no está en ninguno de los grupos, escriba el nombre en la casilla que dice "otros alimentos". Si el alimento es utilizado como condimento, póngalo en la categoría de "condimentos".

Cuando termina de recordar las respuestas, lea cada uno de los grupos de alimentos en los que NO MARCÓ y registre lo que responda la informante.

No deje ningún grupo de alimentos en blanco

Recuerde desde el momento cuando (...) se despertó.

312. ¿Que comió (...) todo el día de ayer:	SÍ	NO	NO SABE
a. Colada espesa o puré de avena, machica, harina de trigo o cebada, pan, arroz, fideos u otro alimento?	01	02	88
b. Colada espesa o puré hecha de granos (frejol, arveja, lenteja, garbanzo, chochos)?	01	02	88
c. Zapallo, zanahoria, pepino, camote (amarillo por dentro)?	01	02	88
d. Papa, yuca, verde, camote blanco, zanahoria blanca, mellocos?	01	02	88
e. Cualquier vegetal de hojas verdes?	01	02	88
f. Mango maduro, papaya madura?	01	02	88
g. Cualquier otra fruta o vegetal?	01	02	88
h. Hígado, riñón, corazón, mollejas y otros órganos?	01	02	88
i. Cualquier tipo de carne, de vaca, chanco/cerdo, borrego, chivo, pollo o pato?	01	02	88
j. Huevos?	01	02	88
k. Pescado seco, fresco o mariscos?	01	02	88
l. Cualquier alimento hecho de fréjol, arveja, lenteja, nueces, semillas?	01	02	88
m. Queso, yogurt u otro producto lácteo?	01	02	88

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS/AS MENORES DE 3 AÑOS)

D: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

312. ¿Que comió (...) todo el día de ayer:	SÍ	NO	NO SABE
n. Alimentos preparados con manteca de cerdo, mantequilla u otro producto de este tipo u otro derivado de animales?	01	02	88
o. Cualquier alimento dulce como chocolate, caramelos, dulces, pastas, cakes, galletas de dulce?	01	02	88
p. Alimentos preparados con condimentos por sabor como ají, ajo, comino u otras especias?	01	02	88
q. Alimentos hechos con aceite Vegetal (palma, maíz, girasol etc.)?	01	02	88
r. Alimentos preparados con aceite de nueces o cocos de palma, oliva, aguacate?	01	02	88
s. Alimentos procesados de sal (compota de sal)?	01	02	88
t. Alimentos procesados de dulce (compotas o jugos)?	01	02	88
u. Escriba los otros alimentos que la entrevistada indica y que no consta en el cuadro:	01	02	88

1 _____

3 _____

2 _____

4 _____

Si Todo código 02 u 88 **pase a la pregunta 314**

313	¿Cuántas veces (...) comió el alimento sólido, semisólido (colada espesa, puré o papilla) o suave que no haya sido líquido durante el día y/o la noche de ayer?	Número de veces..... No sabe..... 88
314	¿Tomó (...) algún líquido en BIBERÓN , durante el día y/o la noche de ayer?	Sí.....1 No.....2 → PASE A PREG. 318
315	¿Cuántos BIBERONES le dio a (...) el día y/o la noche de ayer? <div>ESCRIBA EL NÚMERO DE BIBERONES QUE LE RESPONDA LA MADRE</div>	¿Cuántos? <div></div>
316	¿Cuál de estos líquidos tomó primero (...) REGULARMENTE : <div>REGISTRE UNA ALTERNATIVA, DE ACUERDO A LO QUE DIGA LA MADRE</div>	Agua simple?.....1 Leche de fórmula?.....2 Leche entera de funda o en polvo?.....3 Agua aromática?.....4 Otros líquidos: bebidas, jugos naturales gaseosas, bolos, gelatina, fresco solo, tampico, etc?.....5 Ninguno.....6 PASE A PREG. 318
317	¿A qué edad (...) comenzó a tomarlo? <div>ESCRIBA LA EDAD EN DÍAS Y/O MESES</div>	Días <div></div> Meses <div></div>
318	¿Recibió (...) al menos dos tomas de leche artificial, leche de vaca, u otra leche animal el día y/o noche de ayer?	Sí.....1 No.....2
319	¿Cuándo nació (...) usted estaba trabajando como empleado público o privado?	Sí.....1 No.....2 → PASE A SECC. IV
320	¿En su trabajo respetan o respetaron el permiso de lactancia? (2 horas diarias durante un año)	Sí.....1 No.....2 A veces.....3 No aplica.....4
321	¿En su trabajo respetan o respetaron la licencia de maternidad? (3 meses después del parto)	Sí.....1 No.....2 A veces.....3

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS/AS MENORES DE 3 AÑOS)

322	¿En su trabajo existe/ existía lactario o sala de apoyo a la lactancia?	Sí..... 1 No..... 2 → PASE a SEC. IV
323	¿En su trabajo le permiten o le permitían acudir a la sala de apoyo a la lactancia materna (lactario) para extraerse la leche?	Sí..... 1 A veces..... 2 } Cuántos minutos se demoraba? <input type="text"/> No 3 No aplica..... 4
324	¿Considera usted que las condiciones de la sala de apoyo a la lactancia materna en su trabajo, son adecuadas? Es decir, ¿es amplio, buena ventilación, iluminación, está decorado, su temperatura es cálida, es tranquilo, limpio y acogedor?.	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 3

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

ENCUESTADOR/A, VERIFIQUE EN PREGUNTA 235 SECCIÓN II, SI HAY NIÑOS/AS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE Y REGISTRE EN PREGUNTA 400a EL NÚMERO DE NIÑOS. (CONSIDERE QUE SI LA MUJER TIENE MÁS DE 3 HIJOS EL REGISTRÓ SERÁ DE LOS ÚLTIMOS 2 NACIDOS VIVOS MENORES DE 5 AÑOS).

400a. NÚMERO DE REGISTROS: <input type="text"/>	REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO(A)	
A. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)		
PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO
400. Número de código del niño/niña (Copie de la pregunta 235)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
401. Nombre (Copie de la pregunta 235)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
402. ¿Está vivo (...)? (Copie de la pregunta 235c)	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2
403. En la época en la que quedó embarazada de (...), quería usted:	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar más tiempo?.....2 No quería más hijos?....3 No quería tener hijos?...4	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar más tiempo?.....2 No quería más hijos?....3 No quería tener hijos?...4
B. CONTROL PRENATAL		
404. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Sí1 NO2 → PASE a PREG. 427	Sí1 NO2 → PASE a PREG. 429
405. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Semanas <input type="text"/>	Semanas..... <input type="text"/>
406. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto de (...)?	No. de controles..... <input type="text"/>	No. de controles <input type="text"/>
407. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? Establecimientos de Salud del MSP..... 01 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.....02 Seguro Social Campesino03 Hospital FF.AA/Policia.....04 Junta de Beneficencia *.....05 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....06 Fundación/ ONG**07 Clínica/Consultorio privado08 Casa/Partera 09 Otro, cuál?..... 10 NS/NR88	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
408. ¿Consumió ácido fólico <u>tres meses antes</u> del embarazo de (...)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
409. ¿Consumió ácido fólico <u>durante</u> el embarazo de (...)?	Sí 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>	Sí 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>
410. ¿Consumió hierro <u>durante</u> el embarazo de (...)?	Sí 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>	Sí 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>
411. ¿Consumió algún otro tipo de micronutrientes (vitaminas, minerales, etc.) durante el embarazo de (...)?	Sí 1 No 2 <div style="margin-top: 10px;">Especifique _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>	Sí 1 No 2 <div style="margin-top: 10px;">Especifique _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;">¿Con qué frecuencia?</div> <div style="margin-top: 5px;"> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? 4 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 10px; margin-left: auto;"></div>
412. Durante el embarazo de (...) ¿Le pesaron?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
413. Durante el embarazo de (...) ¿Le midieron la barriga?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
414. Durante el embarazo de (...) ¿Le tomaron la presión?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
415. Durante el embarazo de (...) ¿Le realizaron el examen de VIH antes de la semana 20 (4.7 meses)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
416. Durante el embarazo de (...) ¿Le realizaron el examen de VIH a partir de la semana 20 (4.7 meses)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
417. Durante el parto de (...) ¿Le realizaron el examen del VIH?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88
418. Durante el embarazo de (...) ¿Le hicieron exámenes de sangre para medir la anemia antes de la semana 20? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
419. Durante el embarazo de (...) ¿Le hicieron exámenes de sangre para medir la anemia a partir de la semana 20? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
420. Durante el embarazo de (...) ¿Le hicieron exámenes de orina antes de la semana 20? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
421. Durante el embarazo de (...) ¿Le hicieron exámenes de orina a partir de la semana 20? (4.7 meses)	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
422. Durante el embarazo de (...) ¿le realizaron exámenes de TORCHs (sífilis, toxoplasmosis, rubeola citomegalovirus, herpes simple) antes de la semana 20 (4.7 meses)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
423. Durante el embarazo de (...) ¿le realizaron exámenes de TORCHs (sífilis, toxoplasmosis, rubeola citomegalovirus, herpes simple) a partir de la semana 20 (4.7 meses)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">Cuántos? ←</div>
424. ¿Durante el embarazo de (...) ¿le vacunaron contra el TÉTANOS y DIFTERIA (dT)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 No aplica..... 77 <div style="text-align: right;">¿Cuántas veces? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 No aplica..... 77 <div style="text-align: right;">¿Cuántas veces? ←</div>
425. Durante el embarazo de (...) ¿Le colocaron la vacuna contra la INFLUENZA?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">¿Cuántas veces? ←</div>	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="text-align: right;">¿Cuántas veces? ←</div>

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
426. Durante el embarazo de (...) ¿Le hicieron ECOS OBSTÉTRICOS?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 ¿Cuántas veces? 	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 ¿Cuántas veces? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a PREG.429</div>	
427. ¿Recibió usted alguna consejería, asesoría o charla durante el embarazo de (...)?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE a PREG.429</div>		
428a. ¿Durante el embarazo de (...), recibió consejería o asesoría sobre: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; width: fit-content;"> INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO HIJO </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">No.....2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">Si.....1</div> <div style="margin-left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">Siguió item</div> <div style="margin-left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">↓</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">COD.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Cantidad</div> </div>		428b Cuántas? <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	428c ¿Dónde la recibió principalmente? MIES.....1 MSP.....2 IESS.....3 Otros.....4
1. Lactancia materna exclusiva?			
2. Consumo de micronutrientes (hierro, ácido fólico)?			
3. Signos de alarma del embarazo (sangrado vaginal, falta de movimiento del niño, dolor de cabeza/ cadera)?			
4. Higiene en preparación de alimentos?			
5. Lavado de manos?			
6. Planificación Familiar (métodos anticonceptivos)?			
7. El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida y el corte oportuno del cordón umbilical?			
8. Alimentación saludable?			
9. Planificación del parto y transporte?			
10. Agua segura?			
C. ATENCIÓN DEL PARTO			
PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
429. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)? Establecimientos de Salud del MSP....01 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS..02 Seguro Social Campesino03 Hospital FF.AA/ Policía.....04 Junta de Beneficencia*.....05 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....06 Fundación/ ONG**.....07 Clínica/Consultorio privado 08 En casa 09 Otro, Cuál?..... 10	<div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">Código</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 10</p>	<div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">Código</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 10</p>	

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
C. ATENCIÓN DEL PARTO		
430. ¿Qué persona ó profesional le atendió?	Médico.....01 Obstetriz.....02 Enfermera.....03 Aux. Enfermería.....04 Comadrona o partera.....05 Familiar.....06 Usted misma.....07 Otro, cuál?..... 08 No sabe.....88	Médico.....01 Obstetriz.....02 Enfermera.....03 Aux. Enfermería.....04 Comadrona o partera.....05 Familiar.....06 Usted misma.....07 Otro, cuál?..... 08 No sabe.....88
431. El parto de (...) fue:	Normal (vaginal)?.....1 Cesárea?.....2	Normal (vaginal)?.....1 Cesárea?.....2
D. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO		
432. ¿De cuántas semanas nació (...)?	Semanas..... <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> NS/NR.....88	Semanas..... <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> NS/NR.....88
433. ¿El nacimiento de (...) fue a los 9 meses o antes de tiempo (premature, sietemesino o posmaduro)?	A tiempo 01 Prematuro02 Posmaduro03 No sabe 88	A tiempo 01 Prematuro02 Posmaduro03 No sabe 88
434. ¿Esperaron al menos dos minutos para realizar el corte del cordón umbilical de (...)?	Sí 01 No 02 NS/NR.....88	Sí 01 No 02 NS/NR.....88
435. ¿Le colocaron a (...) piel con piel inmediatamente después del parto?	Sí 01 No 02 N/R88	Sí 01 No 02 N/R88
436. ¿Lo alimentó a (...) con leche materna durante la primera hora de vida?	Sí 01 No 02 N/R88	Sí 01 No 02 N/R88
437. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Sí 01 No 02 NS/NR.....88	Sí 01 No 02 NS/NR88
438. ¿Le realizaron a (...) la prueba del Tamizaje Neonatal (pinchada del talón entre el día 4 y 28 de nacido)?	Sí 01 No 02 NS/NR.....88	Sí 01 No 02 NS/NR88
439. ¿Tiene usted el carné infantil o libreta integral de salud y tarjeta de recién nacido de (...)?	Sí.....1 No.....2 Si le entregaron, pero se perdió.....3	Sí.....1 No.....2 Si le entregaron, pero se perdió.....3

**PASE a
PREG. 444**

**PASE a
PREG. 444**

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
Encuestador/a: solicite el carné infantil o libreta integral de salud y la tarjeta de recién nacido y transcriba el dato, Preg. 440 a 443		
440. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Cuántos?</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Cuántos?</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>
441. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA TALLA AL NACER	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>cm</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>cm</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>
442. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>cm</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p>cm</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="Sig. Item"/></p>
443. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PESO AL NACER	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>gramos</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="PASE a PREG. 446"/></p>	<p>Sí.....1 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>gramos</p> <p>No.....2 → <input type="text" value="PASE a PREG. 446"/></p>
444. ¿Cuánto pesó (...)?	<div> <div> <div>Conversion a gramos:</div> <div>-Libras x 453,59</div> <div>-Kilogramos x 1000</div> </div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> } <input type="text" value="PASE a PREG. 446"/> </div> </div> <p>Gramos</p> <p>No sabe.....8888</p>	<div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> } <input type="text" value="PASE a PREG. 446"/> </div> </div> <p>Gramos</p> <p>No sabe.....8888</p>
445. ¿(...) peso menos de 5.5 libras, 2.5 kilogramos o 2500 gramos?	<p>Sí.....01</p> <p>No.....02</p> <p>No sabe.....88</p>	<p>Sí.....01</p> <p>No.....02</p> <p>No sabe.....88</p>
446. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	<p>Muy pequeño.....01</p> <p>Pequeño.....02</p> <p>Igual.....03</p> <p>Más grande.....04</p> <p>No sabe.....88</p>	<p>Muy pequeño.....01</p> <p>Pequeño.....02</p> <p>Igual.....03</p> <p>Más grande.....04</p> <p>No sabe.....88</p>
E. CONTROL POSPARTO		
447. ¿Usted tuvo algún control después del parto de (...)?	<p>Sí 1</p> <p>No..... 2 → <input type="text" value="PASE a PREG. 451"/></p>	<p>Sí 1</p> <p>No..... 2 → <input type="text" value="PASE a PREG. 453"/></p>
448. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	<p>Días1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Meses3 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Días1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Meses3 <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>449. ¿Dónde tuvo el control de post parto?</p> <p>Establecimientos de Salud del MSP01</p> <p>Hospital/Clinica/Dispensario del IESS..02</p> <p>Seguro Social Campesino03</p> <p>Hospital FF.AA/Policia..... 04</p> <p>Junta de Beneficencia *05</p> <p>Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 06</p> <p>Fundación/ ONG** 07</p> <p>Clinica/Consultorio privado 08</p> <p>Casa/partera 09</p> <p>Otro, cuál?..... 10</p> <p>NS/NR..... 88</p>	<div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div>Código</div> </div> <div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 10</div> </div> <div> <input type="text" value="PASE a PREG. 452a SI RESPONDE CÓDIGOS 5 A 88"/> </div>	<div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div>Código</div> </div> <div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 10</div> </div> <div> <input type="text" value="PASE a PREG. 453"/> </div>

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO		
E. CONTROL POSPARTO			
450. ¿Le entregaron hierro después del parto?	Sí 01 No 02 NS/NR..... 88 Cuántas veces? 		
451. Después del parto (posparto), ¿recibió alguna consejería, asesoría o charla?	Sí 01 No 02 NS/NR.....88 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 453</div>		
452a. ¿Después del parto (posparto) recibió consejería o asesoría sobre: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO HIJO </div>	No.....2 Si.....1 <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Si.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Siguiente ítem</div> </div>	452B Cuántas? <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">COD.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Cantidad</div> </div>	452c ¿Dónde la recibió principalmente? <div style="margin-top: 10px;"> MIES.....1 MSP.....2 IESS.....3 Otros.....4 </div>
1. Lactancia materna exclusiva?			
2. Lactancia materna continua y alimentación complementaria?			
3. Consumo de micronutrientes (hierro, ácido fólico)?			
4. Higiene en preparación de alimentos?			
5. Lavado de manos?			
6. Planificación familiar (métodos anticonceptivos)?			
7. Alimentación saludable?			
8. Cuidados del recién nacido?			
PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO		2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO
453. ¿Después de que nació (...) fue inscrito en el Registro Civil?	Sí01 No.....02 No sabe88		Sí01 No.....02 No sabe88
454. SEÑOR ENCUESTADOR/A REVISE LA PREGUNTA 402 (Está vivo) Y COPIE	Sí1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG.456</div> No.....2		Sí1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG. 456</div> No.....2
455. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Sí1 No.....2		Sí1 No.....2
456. ¿Después de que nació (...), le llevó para control médico?	Sí1 No.....2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG. 465</div>		Sí1 No.....2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG. 467</div>
457. ¿Qué tiempo después de nacido (...), le llevó al control médico por primera vez?	Días01 Semanas.....02 Meses.....03 No recuerda..... 88		Días01 Semanas.....02 Meses.....03 No recuerda..... 88

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

F. CONTROL DEL NIÑO

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO											
458. ¿Por qué o para qué le llevó a (...):	¿Estaba enfermo?..... 01 ¿Para control niño sano?02 No sabe 88	¿Estaba enfermo?..... 01 ¿Para control niño sano?02 No sabe 88											
459. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevó a (...)? Establecimientos de salud MSP01 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS..02 Seguro Social Campesino03 Hospital FF.AA/Policia.....04 Junta de Beneficencia *.....05 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....06 Fundación/ ONG**07 Clínica/Consultorio privado08 Partera09 Otro, cuál?.....10 NS/NR.....88	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> <hr style="width: 150px; margin: 10px auto;"/> <p>Especifique Solo código 10</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> <hr style="width: 150px; margin: 10px auto;"/> <p>Especifique Solo código 10</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;">PASE a PREG. 467</div>											
460. ¿Le realizaron a (...) exámenes de sangre?	Sí.....1 No.....2												
461. ¿Después de su nacimiento a cuántos <u>controles del niño sano</u> llevó a (...):	De 0 a 7 meses?.....1 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ¿De 8 a 11 meses?.....2 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ¿De 12 a 23 meses?.....3 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;">SI NO TUVO CONTROLES DE NIÑO SANO, REGISTRE 00 EN TODAS LAS CASILLAS Y PASE A PREG.465</div>												
462. ENCUESTADOR/A: Verifique si en pregunta 439 (Carné) responde Sí código 01.	Sí..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE a PREG. 465</div>												
463. Verifique en el carné si existen registros de fecha de peso y/o talla en algún control	Sí..... 1 → Cuántos <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE a PREG. 465</div>												
464. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné) Si no existe información en alguna de las casillas colocar 88 / 88.8 / 888.8													
CONTROL	DÍA	MES	AÑO	EDAD EN MESES	PESO	TALLA	CONTROL	DÍA	MES	AÑO	EDAD EN MESES	PESO	TALLA
1	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	7	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
2	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	8	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	9	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
4	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	10	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
5	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	11	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
6	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	12	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

465. ¿Durante el crecimiento de su último hijo usted recibió alguna consejería, asesoría o charla?	Sí 01 No 02 NS/NR.....88	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE a PREG.467 </div>
---	--	---

466a. ¿Durante el crecimiento de su último hijo, recibió consejería o asesoría sobre:	466b Cuántas?	466c. ¿Dónde la recibió principalmente?
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO HIJO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">No.....2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Si.....1</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 100px;"> Siguiente ítem </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">COD.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Cantidad</div>	MIES.....1 MSP.....2 IESS.....3 Otros.....4
1. Lactancia materna exclusiva?		
2. Lactancia materna continua y alimentación complementaria?		
3. Higiene en preparación de alimentos?		
4. Consumo de micronutrientes (hierro, vitamina A)?		
5. Lavado de manos?		
6. Desarrollo del niño?		

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO
467. ¿Hasta qué edad le dio el seno (leche materna) a (...)?	Días..... 01 Meses..... 02 Años.....03 Todavía le da.....77 NS/NR.....88	Días..... 01 Meses..... 02 Años.....03 Todavía le da.....77 NS/NR.....88
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Si nunca le dio seno registre 00 en días, meses y años </div>		
468. ¿A qué edad le proporcionó a (...) otros alimentos además de la leche materna?	Meses Todavía no le da..... 77 NS/NR..... 88	Meses Todavía no le da..... 77 NS/NR..... 88
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Menos de un mes = 00 </div>		
469. ENCUESTADOR/A: REVISE LA PREGUNTA 402 (Está vivo)	Sí1 No2 →	Sí1 No2 →
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Fin Enc.de este niño </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Fin Enc.de este niño </div>
470. ¿Vive (...), con usted actualmente?	Sí1 No2 →	Sí1 No2 →
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Fin Enc.de este niño </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Fin Enc.de este niño </div>

G. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

471. ¿Ha tenido diarrea (...) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	Sí01 No02 No sabe88	Sí01 No02 No sabe88
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE a PREG. 482 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE a PREG. 482 </div>
472. ¿Todavía (...) tiene diarrea?	Sí1 No 2	Sí1 No 2
473. ¿Cuántos días le dura/ó a (...) la diarrea?	Días.....	Días.....
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Menos de un día = 00 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Menos de un día = 00 </div>

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
474. Mientras (...) tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿cuántas veces fueron?	N° de veces NS/ NR 88	N° de veces NS/ NR 88
475. ¿La diarrea tenía sangre?	Sí.....01 No02 NS/NR.....88	Sí.....01 No02 NS/NR.....88
476. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (...)?	Sí1 No 2 → PASE a PREG. 478	Sí1 No 2 → PASE a PREG. 478
477. ¿Dónde o a quién consulto primero? Establecimientos de salud del MSP 01 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS..02 Seguro Social Campesino 03 Hospital FF.AA / Policía..... 04 Junta de Beneficencia *..... 05 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 06 Fundación/ ONG**..... 07 Clínica/Consultorio privado08 Curandero.....09 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 11</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 11</p>
478. Durante la diarrea, ¿le dio a (...) de tomar:	Más líquidos?.....01 Menos líquidos?.....02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?.....03 NS/NR.....88	Más líquidos?.....01 Menos líquidos?.....02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?.....03 NS/NR.....88
479. ¿Durante la diarrea de (...) siguió dándole o alimentándole con leche materna?	Sí..... 1 No..... 2 Ya no le da/daba.....3 Nunca le dio4	Sí..... 1 No..... 2 Ya no le da/daba.....3 Nunca le dio4
480. Durante la diarrea de (...), ¿cambió el tipo de alimentación?	Sí 01 No 02 No sabe 88	Sí 01 No 02 No sabe 88
481. Durante la diarrea de (...), ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La aumento? 01 La disminuyó? 02 La mantuvo igual?..... 03 Todavía no come?..... 04 No sabe..... 88	La aumento? 01 La disminuyó? 02 La mantuvo igual?.....03 Todavía no come? 04 No sabe..... 88
H. INFECCIÓN RESPIRATORIO AGUDA (IRA)		
482. ¿En las últimas dos semanas ha tenido (...), tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe (incluyendo este día)?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 487	Sí1 No 2 → PASE a PREG. 487

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
483. ¿Todavía tiene (...) esta enfermedad?	Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2
484. ¿Cuántos días estuvo enfermo (...)?	N° de días..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Menos de un día /comenzó hoy =00 Más de un mes = 77 No sabe = 88	N° de días..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Menos de un día /comenzó hoy =00 Más de un mes = 77 No sabe = 88
485. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por la enfermedad de (...) (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 487	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 487
486. ¿Dónde o a quién consultó primero? Establecimientos de Salud del MSP.... 01 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS..02 Seguro Social Campesino03 Hospital FF.AA/ Policía.....04 Junta de Beneficencia *.....05 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....06 Fundación/ ONG**..... 07 Clínica/Consultorio privado 08 Curandero..... 09 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="margin: 5px 0;">Código</p> <hr style="width: 150px; margin: 10px auto;"/> <p style="margin: 5px 0;">Especifique Solo código 11</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="margin: 5px 0;">Código</p> <hr style="width: 150px; margin: 10px auto;"/> <p style="margin: 5px 0;">Especifique Solo código 11</p>
I. DESPARASITACIÓN Y MICRONUTRIENTES		
487. ¿Le dieron a (...) algún desparasitante durante los últimos 6 meses?	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2
488. En los últimos 12 meses, (...) ¿recibió del personal de Salud, sobres de hierro, multivitaminas y minerales en polvo (chispaz) para prevenir la anemia?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 492	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 492
489. ¿Qué cantidad de sobres recibió? ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días? (Si no consumió registre 00)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div># Sobres <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></div> <div># Días <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></div> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">SI NO SABE REGISTRE 888 EN SOBRES Y 88 EN DÍAS</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div># Sobres <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></div> <div># Días <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div></div> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">SI NO SABE REGISTRE 888 EN SOBRES Y 88 EN DÍAS</p>
490. ¿(...) consumió todos los sobres que recibió?	Sí 1 → PASE a PREG. 492 No 2	Sí 1 → PASE a PREG. 492 No 2
491. ¿Por qué razón (...) no consumió todos los sobres de hierro en polvo (chispas)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Registre la que más le afectó</div>	Le dolía el estómago.....1 Le causó diarrea.....2 Le causó estreñimiento.....3 El sabor es desagradable.....4 Le tiñó los dientes.....5 Otra, cuál?.....6	Le dolía el estómago.....1 Le causó diarrea.....2 Le causó estreñimiento.....3 El sabor es desagradable.....4 Le tiñó los dientes.....5 Otra, cuál?.....6
492. ¿En los últimos 12 meses, a (...) le recetaron/prescribieron hierro?	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2
493. ¿Recibió usted por parte del personal de salud hierro en:	Jarabe?..... 1 Gotas?..... 2 No recibió..... 3	Jarabe?..... 1 Gotas?..... 2 No recibió..... 3
494. ¿Compró usted hierro?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 498	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 498
495. ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días? (Si no consumió registre 00)	# Días <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	# Días <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
496. ¿(...) consumió todo el hierro recibido/comprado?	Sí 1 → PASE a PREG. 498 No 2	Sí 1 → PASE a PREG. 498 No 2

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
497. ¿Por qué razón (...) no consumió todo el frasco de hierro en jarabe o gotas? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; width: fit-content;">Registre la que más le afectó</div>	Le dolía el estómago.....1 Le causó diarrea.....2 Le causó estreñimiento.....3 El sabor es desagradable.....4 Le tiñó los dientes.....5 Otra, cuál?.....6	Le dolía el estómago.....1 Le causó diarrea.....2 Le causó estreñimiento.....3 El sabor es desagradable.....4 Le tiñó los dientes.....5 Otra, cuál?.....6
498. ¿En los últimos 12 meses, (...) consumió Vitamina A?	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2
J. INMUNIZACIONES		
499. ENCUESTADOR/A Verifique si en pregunta 439 (Carné) responde Sí código 01	Sí..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">PASE a PREG. 501B</div>	Sí..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">PASE a PREG. 501B</div>
500. ENCUESTADOR/A Verifique en el carné si existen registros de fechas de vacunas	Sí..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">PASE a PREG. 501B</div>	Sí..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">PASE a PREG. 501B</div>

ENCUESTADOR/A: TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ DE VACUNAS O LIBRETA INTEGRAL DE SALUD ANOTADA PARA CADA VACUNA Y DOSIS: LA QUE ESTÁ ESCRITA CON ESFEROGRÁFICO ES LA QUE DEBE REGISTRAR COMO POSITIVA "SI", LA FECHA QUE ESTÁ CON LÁPIZ ES LA PRÓXIMA CITA, NO LA REGISTRE.

CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ DE VACUNAS, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)??. COMPLETE LOS DATOS, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS EN LAS COLUMNAS SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1									2								
	ÚLTIMO NACIDO VIVO									PENÚLTIMO NACIDO VIVO								
501. NOMBRE DE LA VACUNA	A. ¿Según carné, tiene dosis?					B. ¿Según madre, tiene dosis?				A. ¿Según carné, tiene dosis?					B. ¿Según madre, tiene dosis?			
	→									→								
	Sí	No	DD	MM	AA	Sí	No	N/S	Sí	No	DD	MM	AA	Sí	No	N/S		
a. BCG	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
b. HEPATITIS B	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
c. ROTAVIRUS 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
d. ROTAVIRUS 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
e. PENTAVALENTE 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
f. PENTAVALENTE 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		
g. PENTAVALENTE 3	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1	2	88		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ DE VACUNAS O LIBRETA INTEGRAL DE SALUD ANOTADA PARA CADA VACUNA Y DOSIS: LA QUE ESTÁ ESCRITA CON ESFEROGRÁFICO ES LA QUE DEBE REGISTRAR COMO POSITIVA "SI", LA FECHA QUE ESTÁ CON LÁPIZ ES LA PRÓXIMA CITA, NO LA REGISTRE.

CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ DE VACUNAS, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? COMPLETE LOS DATOS, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS EN LAS COLUMNAS SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1									2								
501. NOMBRE DE LA VACUNA	ÚLTIMO NACIDO VIVO									PENÚLTIMO NACIDO VIVO								
	A. ¿Según carné, tiene dosis?						B. ¿Según madre, tiene dosis?			A. ¿Según carné, tiene dosis?						B. ¿Según madre, tiene dosis?		
	→						→			→						→		
	Sí	No	DD	MM	AA		Sí	No	N/S	Sí	No	DD	MM	AA		Sí	No	N/S
h. ANTIPOLIOMIELÍTICA 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
i. ANTIPOLIOMIELÍTICA 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
j. ANTIPOLIOMIELÍTICA 3	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
k. ANTIPOLIOMIELÍTICA Primer refuerzo	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
L. DPT Primer refuerzo	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
m. NEUMOCOCO CJ 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
n. NEUMOCOCO CJ 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
o. NEUMOCOCO CJ 3	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
p. SRP 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
q. SRP 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
r. FIEBRE AMARILLA	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
s. VARICELA	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
t. INFLUENZA 1	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
u. INFLUENZA 2	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88
v. INFLUENZA 3	1	2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		1	2	88

SECCIÓN V. PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO
500. ¿(...) Asiste/participa actualmente a algún Centro de Desarrollo Infantil CDI o centro de educación inicial?	Sí..... 1 → PASE A PREG. 503 No..... 2	Sí..... 1 → PASE A PREG. 503 No..... 2
501. ¿(...) Asistió/participó alguna vez a algún Centro de Desarrollo Infantil CDI o centro de educación inicial?	Sí..... 1 → PASE A PREG. 503 No..... 2	Sí..... 1 → PASE A PREG. 503 No..... 2
502. ¿Por qué no asiste/participa (...) a un Centro de Desarrollo Infantil CDI o centro de educación inicial?	<p>Prefiere que esté al cuidado de la madre/padre u otro familiar..... 01</p> <p>No lo considera necesario 02</p> <p>No hay vacantes en instituciones del barrio..... 03</p> <p>No hay instituciones en el barrio..... 04</p> <p>Dificultades económicas..... 05</p> <p>No se adaptó.....06</p> <p>Otra razón, ¿cuál?_____ 07</p> <p>_____</p> <p>No sabe/no responde 88</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">PASE A PREG. 506</div>	<p>Prefiere que esté al cuidado de la madre/padre u otro familiar..... 01</p> <p>No lo considera necesario 02</p> <p>No hay vacantes en instituciones del barrio..... 03</p> <p>No hay instituciones en el barrio..... 04</p> <p>Dificultades económicas..... 05</p> <p>No se adaptó.....06</p> <p>Otra razón, ¿cuál?_____ 07</p> <p>_____</p> <p>No sabe/no responde 88</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">PASE A PREG. 506</div>
503. ¿El Centro de Desarrollo Infantil CDI o centro de educación inicial, en el que asiste/participa o asistió/participó la última vez (...) es o era:	<p>Centro de Desarrollo infantil del MIES?.....1</p> <p>Centro de educación inicial regidos por el Ministerio de Educación?..... 2</p> <p>Centros de desarrollo infantil privados?..... 3</p> <p>Centros de desarrollo infantil Municipales?..... 4</p> <p>Otra, cuál?_____5</p> <p>_____</p>	<p>Centro de Desarrollo infantil del MIES?.....1</p> <p>Centro de educación inicial regidos por el Ministerio de Educación?..... 2</p> <p>Centros de desarrollo infantil privados?..... 3</p> <p>Centros de desarrollo infantil Municipales?..... 4</p> <p>Otra, cuál?_____5</p> <p>_____</p>
504. ¿Cuánto tiempo asiste/participa o asistió/participó?	<p>Años </p> <p>Meses </p> <p>No sabe..... 88</p>	<p>Años </p> <p>Meses </p> <p>No sabe..... 88</p>

SECCIÓN V. PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
505. ¿Cuántos días a la semana y cuántas horas al día permanece o permanecía (...) en el Centro de Desarrollo Infantil CDI o lugar de cuidado?	Días a la semana Horas al día NS/NR..... 88	Días a la semana Horas al día NS/NR..... 88
506. ¿(...) recibe actualmente atención por parte de educadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)?	Sí..... 1 → PASE A PREG. 508 No..... 2	Sí..... 1 → PASE A PREG. 508 No..... 2
507. ¿(...) recibió alguna vez atención por parte de educadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos-CNH?	Sí..... 1 No..... 2 → PASE A PREG. 512	Sí..... 1 No..... 2 → PASE A REG. 512
508. ¿Cuántos días al mes?	Días al mes 	Días al mes
509. ¿Qué edad tenía (...) cuando le visitó la educadora del programa Creciendo con Nuestros Hijos-CNH por primera vez?	Edad en meses del niño/a a la primer visita..... No sabe/ no responde..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">SI ES MENOS DE UN MES REGISTRE 00</div>	Edad en meses del niño/a a la primer visita..... No sabe/ no responde..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">SI ES MENOS DE UN MES REGISTRE 00</div>
510. ¿Hace cuánto tiempo fue visitado (...) por una educadora del programa Creciendo con Nuestros Hijos-CNH por última vez?	Días..... Semanas..... Meses..... 	Días..... Semanas..... Meses.....
511. ¿Quién recibe o recibió la atención realizada por la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos-CNH?	Madre..... 1 Padre..... 2 Abuelo/a..... 3 Tío/tía..... 4 Otros familiares mayores de 18 años..... 5 Otros familiares menores de 18 años..... 6 Otros no familiares..... 7	Madre..... 1 Padre..... 2 Abuelo/a..... 3 Tío/tía..... 4 Otros familiares mayores de 18 años..... 5 Otros familiares menores de 18 años..... 6 Otros no familiares..... 7

SECCIÓN V. PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA (NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
512. ¿Con quién permanece (...) la mayor parte del tiempo de lunes a viernes?	Madre 01	Madre 01
	Padre 02	Padre02
	Abuelo, abuela..... 03	Abuelo, abuela.....03
	Tíos/tías..... 04	Tíos/tías.....04
	Miembros del hogar de10 años y más..... 05	Miembros del hogar de10 años y más..... 05
	Miembros del hogar menores de 10 años 06	Miembros del hogar menores de 10 años 06
	Otros familiares, vecinos/as o amigos/as..... 07	Otros familiares, vecinos/as o amigos/as..... 07
	Empleada o niñera 08	Empleada o niñera 08
	Se queda solo 09	Se queda solo 09
	Centro de Desarrollo Infantil (CDI)..... 10	Centro de Desarrollo Infantil (CDI)..... 10
	513. ¿Dónde se realiza el cuidado de (...):	En la vivienda? 1
Fuera de la vivienda? 2		Fuera de la vivienda? 2

OBSERVACIONES	
---------------	--

[illegible]