



Ministerio de Salud Pública



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN “ENSANUT”

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

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 AÑOS A MENORES DE 5 AÑOS

4

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	<input type="text"/>	6. Zona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Área: 1. URBANA 2. RURAL	<input type="text"/>	7. Sector:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Provincia:	<input type="text"/>	8.No. de vivienda según muestra:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4.Cantón:	<input type="text"/>	9. No. de Hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5.Cabecera Cantonal o Parroquial:	<input type="text"/>				

INFORMANTE: LA MADRE O CUIDADORA PRINCIPAL

2. DATOS DE LA INFORMANTE

	COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Informante					

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 216, SECCIÓN II-FORMULARIO MEF Y REGISTRE EN PREGUNTAS 1, 2 y 3 EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE JUNIO DE 2007, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE

SECCIÓN I :IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1. Número de línea del niño/niña	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
2. Nombre	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. ¿Está vivo (...)?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
4. En la época en la que quedo embarazada de (...), quería Usted:	<div>Tener ese hijo? 1 → <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>Quería esperar mas tiempo? 2</div> <div>No quería más hijos? 3 } <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>No quería tener hijos? 4 }</div>	<div>Tener ese hijo? 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo? 2</div> <div>No quería más hijos? 3 } <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>No quería tener hijos? 4 }</div>	<div>Tener ese hijo? 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo? 2</div> <div>No quería más hijos? 3 } <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>No quería tener hijos? 4 }</div>	<div>Tener ese hijo? 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo? 2</div> <div>No quería más hijos? 3 } <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>No quería tener hijos? 4 }</div>	<div>Tener ese hijo? 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo? 2</div> <div>No quería más hijos? 3 } <div>PASE a PREG. 6</div></div> <div>No quería tener hijos? 4 }</div>
5. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	<div>Meses <div></div><div></div></div> <div>Años..... <div></div><div></div></div> <div>No sabe 88</div>				
6. ¿Quería su pareja:	<div>Tener ese hijo?..... 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo?..... 2</div> <div>No quería más hijos?..... 3</div> <div>No quería tener hijos?..... 4</div>	<div>Tener ese hijo?..... 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo?..... 2</div> <div>No quería más hijos?..... 3</div> <div>No quería tener hijos?..... 4</div>	<div>Tener ese hijo?..... 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo?..... 2</div> <div>No quería más hijos?..... 3</div> <div>No quería tener hijos?..... 4</div>	<div>Tener ese hijo?..... 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo?..... 2</div> <div>No quería más hijos?..... 3</div> <div>No quería tener hijos?..... 4</div>	<div>Tener ese hijo?..... 1</div> <div>Quería esperar mas tiempo?..... 2</div> <div>No quería más hijos?..... 3</div> <div>No quería tener hijos?..... 4</div>

SECCIÓN II :CONTROL PRENATAL

1. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Si 1 No 2 → <div>PASE a PREG. 5</div>	Si 1 No 2 → <div>PASE a PREG. 5</div>	Si 1 No 2 → <div>PASE a PREG. 5</div>	Si 1 No 2 → <div>PASE a PREG. 5</div>	Si 1 No 2 → <div>PASE a PREG. 5</div>
---	--	--	--	--	--

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
2. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia?					
Hospital/Maternidad MSP 01					
Centros de Salud/Similares MSP ... 02					
Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03					
Seguro Social Campesino 04					
Hospital FF.AA/Policia..... 05					
Junta de Beneficencia *..... 06					
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código
Fundación/ ONG**..... 08					
Clínica/Consultorio privado 09					
Partera 10					
Otro, Cuál?..... 11	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px; margin: 0 auto;"></div> Especifique Solo código 11	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px; margin: 0 auto;"></div> Especifique Solo código 11	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px; margin: 0 auto;"></div> Especifique Solo código 11	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px; margin: 0 auto;"></div> Especifique Solo código 11	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px; margin: 0 auto;"></div> Especifique Solo código 11
No sabe..... 88					
No recuerda 77					
3. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Meses <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Meses <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Meses <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Meses <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Meses <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
4. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto?	No. de controles <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	No. de controles <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	No. de controles <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	No. de controles <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	No. de controles <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
5. Durante este embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño/a de convulsiones después de nacer)?	Si..... 01 No 02 No Responde..... 99	Si..... 01 No 02 No Responde..... 99	Si..... 01 No 02 No Responde..... 99	Si..... 01 No 02 No Responde..... 99	Si..... 01 No 02 No Responde..... 99

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

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN III: ATENCIÓN DEL PARTO

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)?					
Hospital/Maternidad MSP 01					
Centros de Salud/Similares MSP 02					
Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03					
Seguro Social Campesino 04					
Hospital FF.AA/ Policía..... 05					
Junta de Beneficencia*..... 06					
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07					
Fundación/ ONG** 08					
Clínica/Consultorio privado 09					
En casa con partera 10					
En casa con familiar 11					
Parto sola 12					
Otro, Cuál?..... 13					
No sabe..... 88					
No recuerda 77					
2. ¿Qué persona ó profesional le atendió?					
Médico 01					
Obstetriz 02					
Enfermera 03					
Aux. Enfermería 04					
Otro Cuál?..... 05					
No sabe 88					
3. El parto de (...) fue:					
Normal (vaginal)..... 1					
Cesárea 2					

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

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN IV: ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1. ¿El nacimiento de (...) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematureo, sietemesino o posmaduro)?	A tiempo01→ PASE a PREG. 3 Prematuro..... 02 Posmaduro03 No sabe88→ PASE a PREG. 3	A tiempo01→ PASE a PREG. 3 Prematuro..... 02 Posmaduro03 No sabe88→ PASE a PREG. 3	A tiempo 01→ PASE a PREG. 3 Prematuro.....02 Posmaduro03 No sabe88→ PASE a PREG. 3	A tiempo 01→ PASE a PREG. 3 Prematuro.....02 Posmaduro03 No sabe88→ PASE a PREG. 3	A tiempo..... 01→ PASE a PREG. 3 Prematuro..... 02 Posmaduro03 No sabe88→ PASE a PREG. 3
2. ¿Cuántas semanas antes ó después de lo esperado nació (...)	Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda..... 77	Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda77	Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda77	Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda77	Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda77
3. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Si1 No2→ PASE a PREG. 6	Si 1 No2→ PASE a PREG. 6	Si 1 No2→ PASE a PREG. 6	Si1 No2→ PASE a PREG. 6	Si 1 No2→ PASE a PREG. 6

Encuestador/a: solicite el carné o tarjeta de nacido vivo y transcriba el dato

4. ¿Cuánto pesó (...)?	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas } PASE a PREG. 6 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos } No sabe88	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas } PASE a PREG. 6 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos } No sabe88	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas } PASE a PREG. 6 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos } No sabe88	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas } PASE a PREG. 6 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos } No sabe88	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Libras Onzas } PASE a PREG. 6 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos Gramos } No sabe88
5. ¿(...) Peso menos de 5.5 Libras ó 2.5 Kilogramos?	Si 01 No 02 No sabe88	Si 01 No 02 No sabe88	Si 01 No 02 No sabe88	Si 01 No 02 No sabe88	Si 01 No 02 No sabe88
6. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿Cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	Muy pequeño 01 Pequeño 02 Igual 03 Más grande 04 No sabe 88	Muy pequeño 01 Pequeño 02 Igual 03 Más grande 04 No sabe 88	Muy pequeño 01 Pequeño 02 Igual 03 Más grande 04 No sabe 88	Muy pequeño 01 Pequeño 02 Igual 03 Más grande 04 No sabe 88	Muy pequeño 01 Pequeño 02 Igual 03 Más grande 04 No sabe 88

SECCIÓN V: CONTROL POST PARTO

1. ¿Tuvo usted algún control después del parto de (...)?	Si 1 No 2→ PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Si 1 No 2→ PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Si 1 No 2→ PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Si 1 No 2→ PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Si 1 No 2→ PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI
--	--	--	--	--	--

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
2. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	Días1 <input type="text"/> Semanas2 <input type="text"/> Meses3 <input type="text"/>	Días1 <input type="text"/> Semanas2 <input type="text"/> Meses3 <input type="text"/>	Días1 <input type="text"/> Semanas2 <input type="text"/> Meses3 <input type="text"/>	Días1 <input type="text"/> Semanas2 <input type="text"/> Meses3 <input type="text"/>	Días1 <input type="text"/> Semanas2 <input type="text"/> Meses3 <input type="text"/>
3. ¿Dónde tuvo el control de post parto?					
Hospital/Maternidad MSP 01					
Centros de Salud/Similares MSP ... 02					
Hospital/Clinica/Dispensario del IESS 03					
Seguro Social Campesino 04					
Hospital FF.AA/Policia..... 05					
Junta de Beneficencia *..... 06					
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código
Fundación/ ONG** 08					
Clinica/Consultorio privado 09					
Partera 10					
Otro, Cuál?..... 11					
No sabe..... 88	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11
No recuerda 77					
4. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) le volvió su regla ?	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 22 No le ha vuelto aún 23	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23
5. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) volvió a tener relaciones sexuales ?	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses..... <input type="text"/> En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63
SECCIÓN VI: CONTROL DEL NIÑO (A)					
1. ¿Después de que nació (...) fue inscrito en el Registro Civil?	Si 01 No 02 No sabe 88	Si 01 No 02 No sabe 88	Si 01 No 02 No sabe 88	Si 01 No 02 No sabe 88	Si 01 No 02 No sabe 88

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
2. ¿Está vivo (...)?	Si..... 1 → <small>PASE a PREG. 4</small> No..... 2	Si..... 1 → <small>PASE a PREG. 4</small> No..... 2	Si..... 1 → <small>PASE a PREG. 4</small> No..... 2	Si..... 1 → <small>PASE a PREG. 4</small> No..... 2	Si..... 1 → <small>PASE a PREG. 4</small> No..... 2
3. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
4. ¿Después de que nació (...), le llevó para control medico?	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 8</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 8</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 8</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 8</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 8</small>
5. ¿A que tiempo después de nacido (...), le llevo al control médico por primera vez?	Días01 <input type="text"/> Semanas02 <input type="text"/> Meses03 <input type="text"/> No recuerda 77	Días01 <input type="text"/> Semanas02 <input type="text"/> Meses03 <input type="text"/> No recuerda 77	Días01 <input type="text"/> Semanas02 <input type="text"/> Meses03 <input type="text"/> No recuerda 77	Días01 <input type="text"/> Semanas02 <input type="text"/> Meses03 <input type="text"/> No recuerda 77	Días01 <input type="text"/> Semanas02 <input type="text"/> Meses03 <input type="text"/> No recuerda 77
6. ¿Porqué o para qué le llevo (...):	¿Estaba enfermo?.....01 ¿Para control niño sano?....02 No sabe..... 88 No responde..... 99	¿Estaba enfermo?.....01 ¿Para control niño sano?....02 No sabe..... 88 No responde..... 99	¿Estaba enfermo?.....01 ¿Para control niño sano?....02 No sabe..... 88 No responde..... 99	¿Estaba enfermo?.....01 ¿Para control niño sano?....02 No sabe..... 88 No responde..... 99	¿Estaba enfermo?.....01 ¿Para control niño sano?....02 No sabe..... 88 No responde..... 99
7. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevo a (...)? Hospital/Maternidad MSP 01 Centros de Salud/Similares MSP ... 02 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino 04 Hospital FF.AA/ Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado 09 Partera 10 Otro, Cuál?..... 11 No sabe..... 88 No recuerda 77	<div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Código</div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 11</div>	<div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Código</div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 11</div>	<div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Código</div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 11</div>	<div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Código</div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 11</div>	<div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Código</div> <div>_____</div> <div>Especifique Solo código 11</div>

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	0
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
8. ¿Hasta que edad le dió el seno (leche materna) a(...)?	Días.....01 <input type="text"/> Meses.....02 <input type="text"/> Años.....03 <input type="text"/> No recuerda.....77	Días.....01 <input type="text"/> Meses.....02 <input type="text"/> Años.....03 <input type="text"/> No recuerda.....77	Días.....01 <input type="text"/> Meses.....02 <input type="text"/> Años.....03 <input type="text"/> No recuerda.....77	Días.....01 <input type="text"/> Meses.....02 <input type="text"/> Años.....03 <input type="text"/> No recuerda.....77	Días.....01 <input type="text"/> Meses.....02 <input type="text"/> Años.....03 <input type="text"/> No recuerda.....77
9. ENCUESTADOR/A VEA Preg. 2 ¿Está vivo (...)?	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta
10. ¿Vive (...), con usted actualmente?	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta	Si..... 1 No..... 2 → Fin de la encuesta

SECCIÓN VII: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

1. ¿Ha tenido diarrea (...) en las ultimas dos semanas (incluyendo este día)?	Si..... 01 No..... 02 No sabe..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII</div>	Si..... 01 No..... 02 No sabe..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII</div>	Si..... 01 No..... 02 No sabe..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII</div>	Si..... 01 No..... 02 No sabe..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII</div>	Si..... 01 No..... 02 No sabe..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII</div>
2. Cuántos días le duraó la diarrea?	Días <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">Menos de un día = 00</div>	Días <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">Menos de un día = 00</div>	Días <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">Menos de un día = 00</div>	Días <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">Menos de un día = 00</div>	Días <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">Menos de un día = 00</div>
3. ¿Todavía tiene diarrea?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
4. Mientras tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿Cuántas veces fueron?	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe 88 No responde 99	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe 88 No responde 99	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe 88 No responde 99	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe 88 No responde 99	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe 88 No responde 99

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
5. ¿La diarrea tenía sangre?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
6. En los días que tuvo diarrea (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R
A. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablar	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
B. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed	01 PASE a E 02 88 99	01 PASE a E 02 88 99	01 PASE a E 02 88 99	01 PASE a E 02 88 99	01 PASE a E 02 88 99
C. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos.	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
D. Le ofrecía líquidos de beber y no bebía nada?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
E. Tenía los ojos hundidos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
7. ¿Hizo algo para aliviarle?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 12	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 12	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 12	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 12	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 12

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
8. Para el tratamiento de la diarrea de (...), ¿Le díó: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)					
	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R	SI NO N/S N/R
A. Purgantes?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
B. Medicinas de plantas?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
C. Suero casero?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
D. Otros remedios caseros?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
E. Sales de rehidratación o suero oral?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
F. Le pusieron suero en las venas?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
G. Antibióticos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
H. Antidiarreicos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
I. Le hospitalizaron?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
J. Recibió otros tratamientos, cuál?	01 02 88 99 ↳ _____	01 02 88 99 ↳ _____	01 02 88 99 ↳ _____	01 02 88 99 ↳ _____	01 02 88 99 ↳ _____
	Especifique	Especifique	Especifique	Especifique	Especifique
G. Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimetropin-sulfa, cefalosporina, etc H. Antidiarreicos: Kaopectate, Caolinpectina, imodium, etc * otros: 6-copin, enterogermina, floratil, sal-andrews, etc					
9. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (...)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 11	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 11	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 11	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 11	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 11

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
10. ¿Dónde o a quién consulto primero? Hospital/Maternidad/MSP 01 Centros de Salud/Similares MSP ... 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino 04 Hospital FF.AA / Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado 09 Curandero..... 10 Farmacia/Botica..... 11 Otro, Cuál?..... 12	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 12</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 12</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 12</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 12</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 12</p> </div>
11. ENCUESTADOR/A VEA la preg.8 y verifique si una de las alternativas de respuesta fue código 1. Si es así pase a la preg 13	Si.....1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 13</div> No..... 2	Si.....1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 13</div> No..... 2	Si.....1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 13</div> No..... 2	Si.....1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 13</div> No..... 2	Si.....1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 13</div> No..... 2
12. ¿Por qué no hizo nada para aliviarle? <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> No lo considero necesario..... 01 Demasiado lejos..... 02 Servicios malos..... 03 Por descuido..... 04 Falta de dinero..... 05 Demasiado ocupada..... 06 Falta de transporte..... 07 Nadie podía cuidar a los hijos 08 Marido/parientes no le permitieron..... 09 Otro, Cuál?..... 10 No sabe..... 88 No responde..... 99 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px; font-size: 0.8em;"> PASE a PREG. 14 </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 10</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 10</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 10</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 10</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Código</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>_____</p> <p>Especifique Solo código 10</p> </div>

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
13. ¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
14. Durante la diarrea, ¿le dió de tomar:	Más líquidos?..... 01 Menos líquidos?..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? 03 No sabe? 88 No responde?..... 99	Más líquidos? 01 Menos líquidos? 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? 03 No sabe? 88 No responde?..... 99	Más líquidos? 01 Menos líquidos? 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? 03 No sabe? 88 No responde?..... 99	Más líquidos?..... 01 Menos líquidos?..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? 03 No sabe? 88 No responde?..... 99	Más líquidos?..... 01 Menos líquidos?..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? 03 No sabe? 88 No responde?..... 99
15. Durante la diarrea, ¿Cambio el tipo de dieta?	Si..... 01 No..... 02 No sabe 88	Si..... 01 No..... 02 No sabe 88	Si..... 01 No..... 02 No sabe 88	Si..... 01 No..... 02 No sabe 88	Si..... 01 No..... 02 No sabe 88
16. Durante la diarrea, ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La Aumento? 01 La Disminuyo? 02 La Mantuvo igual? 03 Todavía no come? 04 No sabe 88	La Aumento?..... 01 La Disminuyo? 02 La Mantuvo igual?..... 03 Todavía no come? 04 No sabe 88	La Aumento?..... 01 La Disminuyo?..... 02 La Mantuvo igual?..... 03 Todavía no come?..... 04 No sabe 88	La Aumento? 01 La Disminuyo? 02 La Mantuvo igual? 03 Todavía no come?..... 04 No sabe 88	La Aumento?..... 01 La Disminuyo?..... 02 La Mantuvo igual? 03 Todavía no come? 04 No sabe 88

SECCIÓN VIII: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

1. ¿En las últimas dos semanas ha tenido (...),tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/ o gripe (incluyendo este día)?	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX</div>
2. ¿Cuántos días estuvo enfermo?	N° de días..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 6</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 6</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 6</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 6</div> Mas de un mes = 66 No sabe 88	N° de días..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 6</div> Mas de un mes = 66 No sabe 88
3. ¿Todavía tiene esta enfermedad?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1				2				3				4				5			
	ÚLTIMO NACIDO VIVO				PENÚLTIMO NACIDO VIVO				TERCERO ANTERIOR				CUARTO ANTERIOR				QUINTO ANTERIOR			
4. (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R
A. ¿Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
B. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
C. ¿Le dieron ataques?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
D. ¿Vomitaba todo?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
E. ¿Se le hundía el pecho?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
F. ¿Hacia ruido al respirar?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
G. ¿Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
H. ¿Le silbaba o le roncaba el pecho?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
5. Durante esta enfermedad: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R	SI	NO	N/S	N/R
A. ¿Le puso gotas de agua tibia (de manzanilla u otras) en la nariz?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
B. ¿Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
C. ¿Le dio algún descongestionante?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
D. ¿Le dio antibióticos?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
E. ¿Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
F. ¿Le hospitalizaron?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
G. ¿Le dio algo más, Qué? (especifique	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
	↳ _____				↳ _____				↳ _____				↳ _____				↳ _____			

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
6. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9
7. ¿Dónde o a quien consultó primero? Hospital/Maternidad/MSP 01 Centros de Salud/Similares MSP ... 02 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino 04 Hospital FF.AA/ Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado 09 Curandero..... 10 Farmacia/Botica..... 11 Otro, Cuál?..... 12	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>Código</p> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 12</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>Código</p> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 12</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>Código</p> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 12</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>Código</p> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 12</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>Código</p> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">Especifique Solo código 12</p>
8. ENCUESTADOR/A VEA en PREG. 5 sección VIII Si marcó al menos un código "1"	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99".....2

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

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
9. ¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)? No lo consideró necesario / no era grave..... 01 No tenía remedio(s) para darle.. 02 No tuvo tiempo / demasiado ocupada..... 03 Mala atención..... 04 Servicios malos 05 Por descuido..... 06 Falta de dinero..... 07 Por la distancia / falta de transporte 08 Nadie podía cuidar los niños.. 09 Otro, cuál? 10 No sabe 88 No responde..... 99	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Código	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Código	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Código	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Código	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Código
	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10

SECCIÓN IX: USO DE CARNÉ

1. ¿Tiene usted el “Carné de Salud Infantil” de (...)?	Si.....1 No.....2 } PASE a SECCIÓN X Si le entregaron pero se ha perdido 3 }	Si.....1 No.....2 } PASE a SECCIÓN X Si le entregaron pero se ha perdido 3 }	Si.....1 No.....2 } PASE a SECCIÓN X Si le entregaron pero se ha perdido 3 }	Si.....1 No.....2 } PASE a SECCIÓN X Si le entregaron pero se ha perdido 3 }	Si.....1 No.....2 } PASE a SECCIÓN X Si le entregaron pero se ha perdido 3 }
2. ENCUESTADOR/A OBSERVE LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ Y REGISTRE:	SI.....1 NO.....2 → Siguiente ítem.	SI.....1 NO.....2 → Siguiente ítem.	SI.....1 NO.....2 → Siguiente ítem.	SI.....1 NO.....2 → Siguiente ítem.	SI.....1 NO.....2 → Siguiente ítem.
PESO AL NACER	COD. → <div></div> GRAMOS	COD. → <div></div> GRAMOS	COD. → <div></div> GRAMOS	COD. → <div></div> GRAMOS	COD. → <div></div> GRAMOS
TALLA AL NACER	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm
PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm	COD. → <div></div> cm
3. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO	SI.....1 NO.....2 → Siguiente sección COD. → <div></div> CUÁNTOS	SI.....1 NO.....2 → Siguiente sección COD. → <div></div> CUÁNTOS	SI.....1 NO.....2 → Siguiente sección COD. → <div></div> CUÁNTOS	SI.....1 NO.....2 → Siguiente sección COD. → <div></div> CUÁNTOS	SI.....1 NO.....2 → Siguiente sección COD. → <div></div> CUÁNTOS

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN X: INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A:

TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO.

1. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1						2						3						4						5											
	ÚLTIMO NACIDO VIVO						PENÚLTIMO NACIDO VIVO						TERCERO ANTERIOR						CUARTO ANTERIOR						QUINTO ANTERIOR											
	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?								
NOMBRE DE LA VACUNA	SI	NO	día	mes	año	SI	NO	N/S	SI	NO	día	mes	año	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S	SI	NO	día	mes	año	SI	NO	N/S	SI	NO	día	mes	año	SI	NO	N/S	
BCG	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
HEPATITIS "B"	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
PENTAVALENTE - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
PENTAVALENTE - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
PENTAVALENTE - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ROTAVIRUS - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ROTAVIRUS - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
TRIPLE VIRAL(SRP)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
VARICELA - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
ANTIAMARILICA (FA)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
4ta. Dosis refuerzo (OPV)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
4ta dosis refuerzo (DPT)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88
4ta dosis refuerzo (IPV)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2			1	2				1	2	88	1	2	88

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A:

TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1						2						3						4						5															
	ÚLTIMO NACIDO VIVO						PENÚLTIMO NACIDO VIVO						TERCERO ANTERIOR						CUARTO ANTERIOR						QUINTO ANTERIOR															
	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?						SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?						SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?						SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?						SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?						SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?									
NOMBRE DE LA VACUNA	SI	NO	día	mes	año	SI	NO	N/S	día	mes	año	SI	NO	N/S	día	mes	año	SI	NO	N/S	día	mes	año	SI	NO	N/S	día	mes	año	SI	NO	N/S	día	mes	año	SI	NO	N/S		
4ta dosis refuerzo Neumococo Conjugada	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI-INFLUENZA - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI-INFLUENZA - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
HEPATITIS B - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
HEPATITIS B - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
HEPATITIS B - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2	88
	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2				1	2	99	1	2				1	2	88	1	2	88

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

SECCIÓN XI: PARTICIPACIÓN DEL PADRE

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1. ¿El padre de (...) vive con usted actualmente en el hogar?	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 5</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 5</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 5</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 5</small>	Si..... 1 No..... 2 → <small>PASE a PREG. 5</small>
2. ¿Si (...) esta enfermo, le ayuda el padre a cuidarle?	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55
3. ¿Si usted quiere llevar a (...) a un establecimiento de salud, tiene que obtener el permiso del padre?	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55	Si..... 01 No..... 02 Depende..... 55
4. ¿Si usted requiere comprar medicinas en una farmacia para darle a (...), necesita que el padre le de el dinero para comprarla?	Si..... 01 No..... 02 } <small>FIN DE ENCUESTA</small> Depende..... 55 }	Si..... 01 No..... 02 } <small>FIN DE ENCUESTA</small> Depende..... 55 }	Si..... 01 No..... 02 } <small>FIN DE ENCUESTA</small> Depende..... 55 }	Si..... 01 No..... 02 } <small>FIN DE ENCUESTA</small> Depende..... 55 }	Si..... 01 No..... 02 } <small>FIN DE ENCUESTA</small> Depende..... 55 }
5. ¿En los últimos 12 meses le ha dado el padre de (...) dinero para mantenerlo(a)?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
6. ¿En los últimos 12 meses cuántas veces le ha visitado el padre a (...) ?	N° de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna vez 000 No sabe 888	N° de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna vez 000 No sabe 888	N° de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna vez 000 No sabe 888	N° de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna vez 000 No sabe 888	N° de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna vez 000 No sabe 888