

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)**Honduras Encuesta de Hogares** 0%**Collection:** LOGIN**Contains:** DATSTAT_ALTPID**Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)****Encuesta de Hogares****Sección 3: Mediciones físicas****Question:** DATSTAT_ALTPID**Required**

ID:

Collection: FRONTCOVER**Contains:** ID_INTERVIEWER_HH, ID_ANTHROPO_HH, ID_SUPERVISOR_HH**Información de la portada****Question:** ID_INTERVIEWER_HH**Required**

Código del entrevistador:

Question: ID_ANTHROPO_HH**Required**

Código del encargado de mediciones físicas:

Question: ID_SUPERVISOR_HH**Required**

Código del supervisor:

Page Break

Collection: MODULE_3**Contains:** KID_EXAM_CONSENT, KID_EXAM_WHYNOT, DOCUMENTO, KID_EXAM_DATE, KID_HT_CM_NUM, KID_HT_METHOD, KID_WT_KG, KID_REF_WASTING, KID_FP, KID_FP_WHYNOT, KID_HGB, KID_ANEMIA

Municipio:

Segmento:

Número del hogar:

ID del madre del niño: {UserData:ID_MOTHER}

CÓDIGO de ID:

Nombre: {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}

Edad: meses

Sexo:

Question: KID_EXAM_CONSENT**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



▶ Obtuvo el consentimiento de la madre/el padre o el cuidador principal para medir y pesar al niño (a la niña):

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí☐ No

Auto Page Break

Question: KID_EXAM_WHYNOT**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 0:[No])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Se negó	
2	Ausente	
3	Enfermo/a	
4	Otros	



▶ Si no se obtuvo el consentimiento, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Se negó
- ☐ Ausente
- ☐ Enfermo/a
- ☐ Otros

Custom Layout Question: KID_EXAM_DOB

▶ ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño?

Entrevistador: Verifique la fecha de nacimiento con un documento oficial.

Día

Mes

Año

Question: DOCUMENTO**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Carnet de vacunación	
2	Certificado o acta de nacimiento	
3	Certificado de bautismo	
4	Otro, especificar:	



▶ Documento oficial utilizado para verificar la fecha de nacimiento:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Carnet de vacunación
- ☐ Certificado o acta de nacimiento
- ☐ Certificado de bautismo
- ☐ Otro, especificar:

Question: KID_EXAM_DATE**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

▶ Registrar la fecha de medición:

 (DD/MM/AAAA)**Question:** KID_HT_CM_NUM**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

▶ Estatura (en cms con un decimal)

INGRESE LA ESTATURA:

 cm

Question: KID_HT_METHOD

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Parada	
2	Acostada	



► Método

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Parada
- ☐ Acostada

Question: KID_WT_KG

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Peso (kgs con un decimal)

INGRESE EL PESO:

Entrevistador:

- Registre el peso en kilos y compare el peso contra la tabla de peso para su edad de acuerdo con el sexo.
- Si el niño tiene un peso bajo para la edad, remítalo al servicio de salud correspondiente.

 kg

Question: KID_REF_WASTING

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



► Remitido (bajo peso para la edad)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, remitido/a
- ☐ No

Question: KID_FP

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



► ¿Se tomó una muestra de sangre (pinchazo en el dedo)?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

Auto Page Break

Question: KID_FP_WHYNOT**Show if:** (KID_FP = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La madre no dio su consentimiento	
2	Cantidad insuficiente de sangre	
3	No se pudo inyectar la aguja	
4	Otros	



► Si no se tomó una muestra de sangre, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ La madre no dio su consentimiento
☐ Cantidad insuficiente de sangre
☐ No se pudo inyectar la aguja
☐ Otros

Question: KID_HGB**Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

► Concentración de hemoglobina (g/dL con un decimal)

INGRESE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (g/dL con un decimal):

Entrevistador:

- Si la concentración de hemoglobina es inferior al límite inferior, o mayor que el límite superior de las tablas de referencia ajustadas por altitud, el niño debe ser referido a los servicios de salud.

- Explique: El resultado muestra un nivel de hemoglobina bajo en la sangre de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}. Esto significa que tiene anemia, que es un problema de salud grave. Le recomendamos que informe a su médico o al centro de salud más cercano acerca de esta condición. ¿Nos autoriza a enviar esta información sobre el nivel de hemoglobina de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} al Equipo de Salud Comunitaria de su área?

Question: KID_ANEMIA**Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



► Remitido (por anemia)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, remitido/a
☐ No

Page Break

Collection: INTERVIEWER_NOTES
Contains: C_COMMENT_MOD3

Notas del entrevistador

Question: C_COMMENT_MOD3



▶ Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.

NO incluya ningún dato (nombre, fecha de nacimiento) que permita identificar a los participantes.

Page Break

FIN DE LA SECCIÓN 3.**Ha llegado al final de la encuesta.**

Haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. No podrá volver a revisar las opciones luego de que haga clic en el botón "enviar".

Si cree que ha llegado a esta página por error, haga clic en el botón "anterior" y revise sus respuestas según sea necesario.

Gracias por el tiempo que nos ha dedicado el día de hoy.

Powered by DatStat