

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)
El Salvador
2011
Cuestionario 2c Mujer

Identificación del Hogar		Identificación Individuos	
Segmento	Número de Hogar	Identificación de la Madre	Identificación Niño

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	DIRECCIÓN DEL HOGAR		TELÉFONO CELULAR

ENTREVISTADOR	CODIGO	RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA				01 PARCIALMENTE COMPLETA 02 LA PERSONA RECHAZÓ LA ENTREVISTA 03 MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES 04 VIVIENDA DESOCUPADA 05 DIRECCIÓN DEL HOGAR NO ENCONTRADA 06 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR RECHAZÓ LA ENTREVISTA 07 OTRO, PRECISAR 97
		RESULTADO				
VISITA 1	DÍA	MES	AÑO	Resultado		
VISITA 2	DÍA	MES	AÑO	Resultado		
VISITA 3	DÍA	MES	AÑO	Resultado		

TOTAL VISTAS

SUPERVISOR	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	OPERADOR CAPTURA	CODIGO	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DE CONTROL		
NÚMERO DE MIEMBROS	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO
¿Es este un hogar de reemplazo?		
SI	1	
NO	2	
¿A qué hogar reemplaza?		
SEGMENTO	HOGAR	

**IDB****Inter-American Development Bank**

Salud de los niños, de 0 a 5 años de edad

Entrevistador: *“Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud de todos los niños nacidos en los **últimos cinco años**. Hablaremos de cada uno por separado. Empecemos con su parto más reciente.”*

Entrevistador:

Esta sección sólo se aplica a las mujeres con hijos nacidos en los últimos cinco años (que viven en el hogar).

Estas preguntas se relacionan con cada parto desde 2006 en adelante. Los nombres de cada hijo nacido en este período deben enumerarse y codificarse en la Lista de Hijos.

Si tiene que anotar los nombres de más de 5 hijos, utilice booklets adicionales.

Sección 1 Estado de Salud Actual

(1.01) En general, ¿cree usted que el estado de salud de [NOMBRE DEL NIÑO] es excelente, muy bueno, bueno, aceptable o malo, en los últimos 30 días?

Excelente	01
Muy Bueno	02
Bueno	03
Aceptable	04
Malo	05
NS	98
NR	99

(1.02) En comparación con 12 meses atrás, ¿diría que la salud de [NOMBRE DEL NIÑO] en general ahora es mejor, peor o igual?

SI TIENE MENOS DE 1 AÑO DE EDAD ► 1.03

Mejor	1
Peor	2
Más o menos igual	3
NS	98
NR	99

(1.03) Teniendo en cuenta la salud de [NOMBRE DEL NIÑO], ¿qué tanto se le dificulta a [NOMBRE DEL NIÑO] realizar actividades diarias, como ir a la escuela o jugar, diría que las realiza...

Fácilmente	1
Con algo de dificultad	2
Con mucha dificultad	3
No las puede hacer	4
NS	98
NR	99

(1.04) En las últimas 2 semanas, ha estado enfermo/a en algún momento [NOMBRE DEL NIÑO]?

Si	1
No	2 ► 1.20
NS	98 ► 1.20
NR	99 ► 1.20

(1.05) ¿Qué problema de salud tuvo [NOMBRE DEL NIÑO] principalmente?
SELECCIONE UNA OPCIÓN. SOLO SI NO MENCIONA, HACER BATERÍA DE PREGUNTAS RU

Fiebre/Malaria (paludismo)	01	Sarampión	13
Tos/Infección del tórax	02	Ictericia	14
Tuberculosis	03	Dolores de cabeza	15
Asma	04	Apoplejía	16
Bronquitis	05	Diabetes	17
Pulmonía/Neumonía	06	VIH/SIDA	18
Diarrea sin Sangre	07	Pará	19
Vómitos	08	Otro	97
Dolores abdominales	09	NS	98
Anemia	10	NR	99
Erupción/infección de la piel	11		
Infección de ojos u oídos	12		

(1.06) ¿Hace cuánto empezó el síntoma de [MENCIONAR RESPUESTA DE 1.5] de esta enfermedad de [NOMBRE DEL NIÑO]?

Días	01
Semanas	02
Meses	03
NS	98
NR	99

ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UN MES, INDIQUE CUÁNTAS SEMANAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE CUÁNTOS DÍAS.

(1.07) ¿Hace cuánto terminó el último episodio de esta enfermedad?

Días	01
Semanas	02
Segue enfermo	03
NS	98
NR	99

SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE CUÁNTOS DÍAS

(1.08) ¿Consultó a algún establecimiento o personal médico a causa de esta enfermedad?

Si	1
No	2 ► 1.20
NS	98 ► 1.20
NR	99 ► 1.20

(1.09) ¿Cuánto tardó en obtener atención médica para [NOMBRE DEL NIÑO] después de que se inició esta enfermedad?

En 24 horas	01
Después de 24 horas, al día siguiente	02
La misma semana	03
Dentro de las 2 semanas	04
Dentro de las 3 semanas	05
NS	98
NR	99

(1.10) ¿Dónde recibió atención [NOMBRE DEL NIÑO]?

SELECCIONE UNA OPCIÓN

Hospital público	01	Otro establecimiento médico privado	10
Clinica pública/centro de salud público	02	Farmacia	11
Sala médica pública	03	Promotor comunitario de salud	12 ► 1.16
Clinica móvil pública	04	Personal médico	13 ► 1.16
Otro establecimiento del sector público	05	Curandero tradicional	14 ► 1.16
Hospital privado	06	Otro	97 ► 1.16
Clinica privada/centro de salud privado	07	NS	98 ► 1.16
Sala médica privada	08	NR	99 ► 1.16
Clinica móvil privada	09		

(1.11) ENTREVISTADOR: PREGUNTE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

NS 98
NR 99

(1.12) ¿A qué distancia de su casa está este punto de servicio?

INGRESE LA DISTANCIA EN KM

NS -98
NR -99

(1.13) Para la última consulta, ¿cuánto tiempo tardó en ir desde su casa hasta el establecimiento?

Minutos 1
Horas 2
NS 98
NR 99

CANTIDAD

UNIDAD

SI MENOS DE UNA HORA, INDIQUE CUÁNTOS MINUTOS

(1.14) Para la última consulta, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para que [NOMBRE DEL NIÑO] fuera atendido en el establecimiento de salud/ECOS?

Minutos 1
Horas 2
Días 3
NS 98
NR 99

CANTIDAD

UNIDAD

(1.15) Durante su última consulta, ¿quién atendió [NOMBRE DEL NIÑO]?

Médico 01 Promotor comunitario de la salud 05
Enfermera profesional 02 Vendedor de medicamentos 06
Enfermera auxiliar 03 Curandero tradicional 07
Técnico de laboratorio 04 Otro 97
NS 98
NR 99

(1.16) ¿Quién decidió que [NOMBRE DEL NIÑO] debía ir allí a tratar su enfermedad?

Usó el mismo 01
Su pareja 02
Su madre o padre 03
Su suegro o suegra 04
Otro pariente 05
Amigo/Vecino 06
Promotor comunitario de salud 07
NS 98
NR 99

(1.17) En las últimas 2 semanas, ¿[NOMBRE DEL NIÑO] quedó internado/a en un hospital para tratar esta enfermedad?

SI 1
No 2 ► 1.20
NS 98 ► 1.20
NR 99 ► 1.20

(1.18) ¿Cuánto tiempo estuvo [NOMBRE DEL NIÑO] hospitalizado/a?

Horas 1
Días 2
Semanas 3
NS 98
NR 99

CANTIDAD

UNIDAD

SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE CUÁNTOS DÍAS. SI ES MENOS DE UN DÍA, INDIQUE CUÁNTAS HORAS

(1.19) ENTREVISTADOR: PREGUNTE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

NS 98
NR 99

(1.20) En las últimas 2 semanas, ¿[NOMBRE DEL NIÑO] tuvo diarrea? Si la tuvo, ¿había sangre en las heces?

SI, diarrea con sangre 1
SI, diarrea sin sangre 2
No tuvo diarrea 3 ► 1.31
NS 98 ► 1.31
NR 99 ► 1.31

(1.21) Ahora, quisiera que me indique cuánto se le dio de beber a [NOMBRE DEL NIÑO] (incluyendo leche materna) durante la diarrea.

¿Se le dio de beber menos que lo habitual, la misma cantidad o más que lo habitual?
SI LA RESPUESTA ES MENOS, PREGUNTE "Se le dio mucho menos que lo habitual para beber o algo menos?"

Nada para beber 1
Mucho menos 2
Algo menos 3
Aproximadamente lo mismo 4
Más 5
NS 98
NR 99

Sección 1 Estado de Salud Actual (Cont.)

(1.22) Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo diarrea, ¿se le dio para comer menos de lo habitual, la misma cantidad, más de lo habitual o nada para comer?

Nada para comer/se interrumpió la alimentación	1
Mucho menos	2
Algo Menos	3
Aproximadamente lo mismo	4
Más	5
NS	98
NR	99

(1.23) Buscó asesoramiento o tratamiento para la diarrea de cualquier fuente?

Si	1
No	2
NS	98
NR	99

(1.24) ¿Dónde buscó asesoramiento o tratamiento?

SELECCIONE UNA OPCIÓN	
Hospital público	01
Clinica pública/centro de salud público	02
Sala médica pública	03
Clinica móvil pública	04
Otro establecimiento del sector público	05
Hospital privado	06
Clinica privada/centro de salud privado	07
Sala médica privada	08
Clinica móvil privada	09

Otro establecimiento médico privado	10
Farmacia	11
Promotor comunitario de salud	12
Personal médico	13
Curandero tradicional	14
Otro	96
NS	98
NR	99

(1.25) ENTREVISTADOR: PREGUNTE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

NS	98
NR	99

¿Se le dio para beber alguno de los siguientes en cualquier momento desde que empezó a tener diarrea...?

Si	1
No	2
NS	98
NR	99

(1.26) Suero oral en polvo	
(1.27) Suero oral embotellado	
(1.28) Un fluido casero recomendado por las autoridades	

(1.29) ¿Se le dio algo (más) para tratar la diarrea?

Si	1
No	2
NS	98
NR	99

(1.30) ¿Qué (otra cosa) se le dio para tratar la diarrea?

Si	1
No	2
NS	98
NR	99
Pastilla o Jarabe	
Antibiótico	

Agente antimotilidad	
Zinc	
Otro (no antibiótico, agente antimotilidad o zinc)	
Pastilla o jarabe desconocido	

Inyección	
Antibiótico	
No antibiótico	
Inyección desconocida	
Terapia intravenosa	
Remedio casero/medicamento herbal	
Otros	
NS	

(1.31) ¿Ha estado [NOMBRE DEL NIÑO] enfermo/a con fiebre en algún momento en las últimas 2 semanas?

SI	1
No	2 ► 1.33
NS	98 ► 1.33
NR	99 ► 1.33

(1.32) En algún momento durante la enfermedad, ¿se le sacó sangre a [NOMBRE DEL NIÑO] del dedo o talón para analizarla?

SI	1
No	2
NS	98

(1.33) ¿Ha estado [NOMBRE DEL NIÑO] enfermo/a con tos en algún momento en las últimas 2 semanas?

SI	1
No	2 ► 1.36
NS	98 ► 1.36
NR	99 ► 1.36

(1.34) Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que lo habitual, con respiración rápida y entrecortada o tenía dificultad para respirar?

SI	1
No	2 ► 1.36
NS	98 ► 1.36
NR	99 ► 1.36

(1.35) ¿Se debía esta respiración rápida o dificultosa a un problema de pecho o a que tenía la nariz tapada o con mocos?

SELECCIONE UNA OPCIÓN

Sólo pecho	1
Sólo nariz	2
Ambos	3
Otro	97
NS	98
NR	99

ENC. SÓLO PREGUNTAR 1.36 EN CASO DE QUE EL NIÑO HAYA TENIDO FIEBRE (1.31) O TOS (1.33). DE LO CONTRARIO, PASE A 1.56

"Ahora, quisiera que me indique cuánto se le dio a beber a [NOMBRE DEL NIÑO] (incluyendo leche materna) durante la enfermedad con (fiebre/tos)"

(1.36) ¿Se le dio de beber menos que lo habitual, la misma cantidad o más que lo habitual?

ENTREVISTADOR: SI LA RESPUESTA ES MENOS, PREGUNTE: "¿se le dio mucho menos que lo habitual para beber o algo menos?"

Nada para beber	1
Mucho menos	2
Algo menos	3
Aproximadamente lo mismo	4
Más	5
NS	98
NR	99

(1.37) Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo fiebre/tos, se le dio para comer menos que lo habitual, la misma cantidad, más que lo habitual o nada para comer?

ENTREVISTADOR: SI LA RESPUESTA ES MENOS, PREGUNTE: "¿Se le dio mucho menos que lo habitual para comer o algo menos?"

Nada para comer/se interrumpió la alimentación	1
Mucho menos	2
Algo menos	3
Aproximadamente lo mismo	4
Más	5
NS	98
NR	99

(1.38) ¿Buscó asesoramiento o tratamiento para la enfermedad de cualquier fuente?

SI	1
No	2 ► 1.41
NS	98 ► 1.41
NR	99 ► 1.41

Sección 1 Estado de Salud Actual (Cont.)

(1.39) ¿Dónde buscó asesoramiento o tratamiento?

SELECCIONE UNA OPCIÓN

Hospital público	01
Clinica pública/centro de salud público	02
Sala médica pública	03
Clinica móvil pública	04
Otro establecimiento del sector público	05
Hospital privado	06
Clinica privada/centro de salud privado	07
Sala médica privada	08
Clinica móvil privada	09

Otro establecimiento médico privado	10
Farmacia	11
Promotor comunitario de salud	12 ▶ 1.41
Personal médico	13 ▶ 1.41
Curandero tradicional	14 ▶ 1.41
Otro	17 ▶ 1.41
NS	98 ▶ 1.41
NR	99 ▶ 1.41

(1.40) ENTREVISTADOR: PREGUNTE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

NS	98
NR	99

(1.41) En cualquier momento durante la enfermedad, ¿tomó [NOMBRE DEL NIÑO] algún medicamento para la enfermedad?

SI	1	1.44
No	2	
NS	98 ▶	1.44
NR	99 ▶	1.44

(1.42) ¿Por qué [NOMBRE DEL NIÑO] no tomó ninguna medicación para la enfermedad?

SELECCIONE UNA OPCIÓN

Demasiado costosa	1
Hay que ir demasiado lejos	2
Demasiado ocupada (trabajo, niños)	3
No habla existencias	4
No estaba lo suficientemente enfermo/a	5
No sirve de nada	6
No le gustan los efectos secundarios	7
Necesitaba permiso para ir y no me lo dieron	8
Otro	97
NS	98
NR	99

(1.43) ¿En qué información se basó esa decisión?

SELECCIONE UNA OPCIÓN

Experiencia anterior	1	1.51
Consejos de un amigo/conocido	2 ▶	1.51
Lo escuchó en la comunidad	3 ▶	1.51
Otro	97 ▶	1.51
NS	98 ▶	1.51
NR	99 ▶	1.51

EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿tomó [NOMBRE DEL NIÑO] alguno de los siguientes medicamentos para tratar esta enfermedad?

SI	1
No	2
NS	98
NR	99

(1.44) Aspirina	
(1.45) Paracetamol	
(1.46) Ibuprofeno	
(1.47) Terapia de rehidratación oral	
(1.48) Medicamentos antibióticos (pastillas/jarabe)	
(1.49) Medicamentos antibióticos (inyección)	
(1.50) Otra medicación	

En las últimas 2 semanas, ¿gastó en [mencionar cada rubro]? y ¿cuánto gastó en el tratamiento de la enfermedad de [NOMBRE DEL NIÑO]?

SI	1	
No	2	
NS	98	
NR	99	

(1.51) Registro del establecimiento o personal médico		
(1.52) Gastos de hospitalización		
(1.53) Gastos de laboratorio		
(1.54) Medicamentos		
(1.55) Transporte		

(1.56) La última vez que [NOMBRE DEL NIÑO] defecó, ¿qué se hizo para desecchar las heces?

Usó el niño un inodoro o letrina	1
Se arrojaron al desague o cuneta	2
Se arrojaron a la basura	3
Se enterraron	4
Se dejaron al aire libre	5
Otro	97
NS	98
NR	99

(1.57) Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] estuvo enfermo/a, ¿dejó de trabajar para cuidarlo/a?

SI	1
No	2 ▶
NS	98 ▶
NR	99 ▶

PROXIMA SECCIÓN
PROXIMA SECCIÓN

(1.58) En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días de trabajo se perdió para cuidar a [NOMBRE DEL NIÑO]?

ANOTE LA CANTIDAD DE DÍAS	
NS	98
NR	99

Sección 2: Vacunas y Complementos

(2.01) ¿Recibió [NOMBRE DEL NIÑO] alguna vez una vacuna para evitar contagiarse de enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en una campaña nacional de vacunación?

SI 1
No 2 ► 2.12
NS 98 ► 2.12
NR 99 ► 2.12

Indíqueme si [NOMBRE DEL NIÑO] ha recibido alguna de las siguientes vacunas:

	SI	No	1	2	98	arode la cantidad de vacunas recibidas
(2.02)	Vacuna BCG contra la tuberculosis, que es una inyección en el brazo u hombros que por lo general deja una cicatriz					
(2.03)	Vacuna contra la polio, que se administra con unas gotas por boca					
(2.04)	Una vacuna DPT, que es una inyección aplicada en el muslo o nalgas, a veces al mismo tiempo que las gotas para la polio.					
(2.05)	Una inyección contra el sarampión o inyección MMR, que es una inyección en el brazo a los 9 meses de edad o más.					
(2.06)	Una vacuna contra Hepatitis B					
(2.07)	Una vacuna contra rotavirus (esta vacuna se aplica para reducir la diarrea en los niños).					
(2.08)	Vacuna de conjugación neumocócica (para evitar la meningitis)					
(2.09)	Una vacuna contra la influenza (H1N1, gripe aviar o gripe porcina)					
(2.10)	Vacuna contra la gripe (por lo general es una inyección que se aplica en el invierno una vez por año).					

(2.11) ¿Se aplicó la primera vacuna contra la polio en las primeras dos semanas después del nacimiento o más tarde?

Primeras dos semanas 1 NS 98
Más tarde 2 NR 99

(2.12) En los últimos 6 meses, ¿se le dio a [NOMBRE DEL NIÑO] una dosis de vitamina A como está/cualquiera de éstos)?

ENTREVISTADOR: MUESTRE TARJETA DE VITAMINA A
SI 1
No 2
NS 98
NR 99

ENTREVISTADOR: AHORA LE VOY A PREGUNTAR POR LOS ÚLTIMOS 7 DIAS*

(2.13) En los últimos 7 días, ¿Recibió [NOMBRE DEL NIÑO] pastillas, polvos o jarabe de hierro?

ENTREVISTADOR: MUESTRE TARJETA DE SUPLEMENTOS DE HIERRO

SI 1 NS 98
No 2 NR 99

(2.14) En los últimos 7 días, ¿Recibió [NOMBRE DEL NIÑO] alimentos fortificados complementarios?

SI 1 NS 98
No 2 NR 99

ENTREVISTADOR: AHORA LE VOY A PREGUNTAR POR LOS ÚLTIMOS 6 MESES*

MUESTRE LA TARJETA DE SOBRES DE MICRONUTRIENTES (CHISPITAS) Y PREGUNTE

(2.15)

¿Cuántos de estos sobres le ha dado a [NOMBRE DEL NIÑO] en los últimos 6 meses? Diría usted que no más de 10 veces, entre 11 y 20 veces, entre 21 y 30 veces, entre 31 y 40 veces, entre 41 y 50 veces, o más de 50 veces?

Entre 0-10 veces 1
Entre 11-20 veces 2
Entre 21-30 veces 3
Entre 31-40 veces 4
Entre 41-50 veces 5
Más de 50 veces 6
NS 98
NR 99

ENTREVISTADOR: AHORA LE VOY A PREGUNTAR POR LOS ÚLTIMOS 12 MESES*

(2.16) Recibió [NOMBRE DEL NIÑO] algún medicamento para los parásitos intestinales durante los últimos 12 meses?

SI 1 NS 98 ► 2.18
No 2 ► 2.19 NR 99 ► 2.18

(2.17) ¿Cuántas veces le ha dado este medicamento para parásitos a [NOMBRE DEL NIÑO] en los últimos 12 meses?

NS 98
NR 99

(2.18) ¿Ha oído hablar de un producto especial llamado trimetoprim que se puede obtener para el tratamiento de la diarrea?

SI 1 NS 98
No 2 NR 99

(2.19) La última vez que [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo diarrea, ¿tomó suero oral?

SI 1 NS 98
No 2 NR 99

ENTREVISTADOR: "Ahora me gustaría preguntarle sobre líquidos o alimentos que [NOMBRE DEL NIÑO] haya consumido ayer durante el día o de noche. Me interesa saber si su hijo consumió el alimento mencionado incluso si fue combinado con otras comidas"

Sí	1	NS	98
No	2	NR	99

(2.20)	Le dió usted pecho? (leche materna)	
(2.21)	Le dió usted leche materna de una taza, botella, pacha u otra forma que no fuera pecho?	
(2.22)	Agua Sola	
(2.23)	Jugo o bebidas con jugo	
(2.24)	Sopa	
(2.25)	Leche, enlatada, en polvo o leche fresca animal	
(2.26)	Fórmula Infantil (leche en polvo especial para bebés)	
(2.27)	Cualquier otro líquido	
(2.28)	Yogurt	
(2.29)	Alimento fortificado para bebés [por ej. Cereiac o Nestum]	
(2.30)	Pan, arroz, fideos, avena cocida u otros alimentos hechos de cereal	
(2.31)	Papa, yuca, camote u otros alimentos basados en raíces	
(2.32)	Zanahoria, tomate, melón o cualquier otra verdura o fruta amarilla o anaranjada por dentro	
(2.33)	Verduras verdes de hoja	
(2.34)	Mangos o papayas maduras	
(2.35)	Otras frutas o verduras	
(2.36)	Hígado, riñón, corazón u otras carnes de órganos	
(2.37)	Carne, como carne vacuna, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato	
(2.38)	Huevos	
(2.39)	Pescados o mariscos frescos o secos	
(2.40)	Alimentos hechos con frijoles, semillas como maní, semilla de marañón, nueces.	
(2.41)	Queso u otros alimentos hechos con leche	
(2.42)	Alimentos dulces como chocolates, dulces, pancitos dulces, pasteles, etc.	
(2.43)	Condimentos agregados a la comida del niño (¿le agregó chile, pimienta, hierbas, etc.?)	
(2.44)	Comida preparada con aceite, grasa o mantequilla (¿papas fritas, pan francés, pescado frito, etc.?)	
(2.45)	Caracoles o insectos	
(2.46)	Otro alimento sólido, semisólido o blando	

ENTREVISTADOR: SI LA PERSONA RESPONDIO QUE EL NIÑO BEBIÓ LECHE MATERNA, YA SEA DIRECTAMENTE DEL PECHO O EXTRACTADA (P.E.J. EN PACHA), PREGUNTE 2.47. SI NO BEBIÓ LECHE, VAYA A LA PREGUNTA 2.48

(2.47) ¿Cuántas veces bebió [NOMBRE DEL NIÑO] leche?

INGRESE CANTIDAD DE VECES	
NS	98
NR	99

ENTREVISTADOR: SI LA PERSONA RESPONDIO QUE EL NIÑO BEBIÓ FÓRMULA, PREGUNTE 2.48. SI NO BEBIÓ FÓRMULA, VAYA A LA PREGUNTA 2.49

(2.48) ¿Cuántas veces bebió [NOMBRE DEL NIÑO] fórmula infantil?

INGRESE CANTIDAD DE VECES	
NS	98
NR	99

ENTREVISTADOR: SI LA PERSONA RESPONDIO QUE EL NIÑO BEBIÓ YOGURT, PREGUNTE 2.49. SI NO BEBIÓ YOGURT, VAYA A LA PREGUNTA 2.50

(2.49) ¿Cuántas veces bebió [NOMBRE DEL NIÑO] yogurt?

INGRESE CANTIDAD DE VECES	
NS	98
NR	99

ENTREVISTADOR: SÓLO SI LA PERSONA RESPONDIO QUE EL NIÑO COMIÓ SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O ALIMENTOS BLANDOS, PREGUNTE 2.50

(2.50) ¿Cuántas veces comió [NOMBRE DEL NIÑO] alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer durante el día o la noche?

INGRESE CANTIDAD DE VECES	
NS	98
NR	99

Sección 2: Vacunas y Complementos (TARJETA DE VACUNACION)

(2.51) ¿Tiene una tarjeta donde se anotan las vacunas de [NOMBRE DEL NIÑO]?
EN CASO AFIRMATIVO: ¿Puedo verla, por favor?*

Si, observada

Si, no observada

No hay tarjeta

NS

NR

1

2

3

98

99

2.55

2.55

2.55

2.55

2.55

ENT: COPIE LAS FECHAS DE LAS VACUNAS, LAS TABLAS CORRESPONDEN A LAS DIFERENTES TARJETAS (LA MÁS ANTIGUA Y LA MÁS RECIENTE). COPIE SÓLO EN AQUELLA QUE CORRESPONDA

VACUNAS	1a dosis			2a dosis			3a dosis			1er refuerzo			2o refuerzo		
	dd	mm	aa	dd	mm	aa	dd	mm	aa	dd	mm	aa	dd	mm	aa
BCG (Tuberculosis)															
OPV (Poliomielitis)															
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)															
SPR (Sarampión, Rubéola y Paperé)															
DT (Difteria y Tétanos en caso de contra-indicación con DPT)															
ANTHEPATITIS B															
OTROS [INDIQUE]															
Dosis de bloqueo con OPV (Poliomielitis)															
Dosis de bloqueo con DPT															
Dosis de bloqueo con antiseramión															

ENC: SI HAY OTRAS VACUNAS ANOTADAS EN LA TARJETA DE VACUNACIÓN, TRANSCRIBA EN ESTE CUADRO
ANOTE ACA LAS OTRAS

OTRA VACUNA 1		DD	MM	AA
OTRA VACUNA 2				
OTRA VACUNA 3				

(2.52) ¿Ha recibido [NOMBRE DEL NIÑO] alguna vacuna que no figura en esta tarjeta, incluyendo vacunas aplicadas en una campaña nacional de vacunación?

Si

No

NS

NR

1

2

98

99

ENC: COPIE DE LA TARJETA DE VACUNACIÓN EL PESO Y LA TALLA DE [NOMBRE DEL NIÑO] AL NACIMIENTO

(2.53)

PESO

vacuna	dosis	dd	mm	aa
BCG	única			
ANTIPOLIO SABIN	1ª			
	2ª			
	3ª			
PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)	1er refuerzo			
	2do refuerzo			
	3er refuerzo			
ROTAVIRUS	1ª			
	2ª			
	3ª			
NEUMOCOCO	1ª			
	2ª			
	3ª			
DPT (difteria, tétanos, tos ferina)	1er refuerzo			
	2do refuerzo			
	3er refuerzo			
TRIPLE VIRAL SPR	1ª			
INFLUENZA ESTACIONAL	2ª			
INFLUENZA PANDEMICA (H1n1)				
OTRAS VACUNAS				

(2.55) ¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunas para [NOMBRE DEL NIÑO]?

Si

No

NS

NR

1

2

98

99

Notas de Entrevista

ESCRIBA COMENTARIOS RELEVANTES PARA UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR SI FUERA NECESARIO

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			