

Sección 3: Mediciones Antropométricas y Anemia

Instrucciones para el entrevistador: El módulo de mediciones antropométricas y anemia es para todos los niños menores de 5 años

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)

El Salvador

2011

MEDICIONES ANTROPOMETRICAS

Identificación del Hogar	
Segmento	Número de Hogar

Altura del Segmento	
Metros	

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	DIRECCIÓN DEL HOGAR	TELÉFONO CELULAR

ENTREVISTADOR	CODIGO	VISTA 1				RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA	ENTREVISTA COMPLETADA PARCIALMENTE COMPLETA	01	
		DÍA	MES	AÑO	Resultado				02
									03
VISTA 2	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	Resultado	LA PERSONA RECHAZO LA ENTREVISTA	MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES	04	
									05
									06
VISTA 3	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	Resultado	VIVIENDA DESOCUPADA	DIRECCIÓN DEL HOGAR NO ENCONTRADA	07	
									07
									97

TOTAL VISITAS

SUPERVISOR	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	OPERADOR CAPTURA	CODIGO	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DE CONTROL

NÚMERO DE MIEMBROS

HORA DE INICIO	HORA	MIN

HORA DE TÉRMINO	HORA	MIN

Es este un hogar de reemplazo?

SI	1	
NO	2	

¿A qué hogar reemplaza?

SEGMENTO	HOGAR

Sección 3.1: Peso y Talla

CONSENTIMIENTO: Cuidador responsable del niño/a <5 años

IDENTIDAD DE LA MADRE		IDENTIDAD DEL NIÑO		(3.01) COPIE LA EDAD DEL NIÑO TAL COMO APARECE EN LA SECCIÓN 1	(3.02) SEXO	(3.03) OBTUVO EL CONSENTIMIENTO PARA MEDIR Y PESAR DE PARTE DE LA MADRE/PADRE O DEL CUIDADOR PRINCIPAL?	(3.04) ¿POR QUÉ NO?	(3.05) REGISTRE LA FECHA DE NACIMIENTO. VERIFIQUE LA FECHA CON ALGÚN DOCUMENTO OFICIAL	(3.06) DOCUMENTO	(3.07) REGISTRE LA FECHA DE MEDICIÓN	(3.08) TALLA EN CENTÍMETROS	(3.09) MÉTODO DE MEDICIÓN DE TALLA	(3.10) REGISTRE EL PESO EN KILOGRAMOS Y MARQUE EL PESO EN LA CURVA DE PESO PARA LA EDAD SEGÚN EL SEXO	(3.11) SI EL NIÑO/A TIENE BAJO PESO PARA LA EDAD, REFIERA AL SERVICIO DE SALUD CORRESPONDIENTE	(3.11) ¿EL NIÑO/A FUE REFERIDO/A?	
				A. AÑOS B. MESES	Varón 1 SI 1 ▶ 3.05 Mujer 2 No 2 ▶ 3.06	Rechaza 1 Ausente 2 Enfermo 3 Otro 4	NIÑO SIGUIENTE	DD MM AAAA	DD MM AAAA	DD MM	CM	De Pie 1 Acostado 2	KILOGRAMOS		SI 1 No 2	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																

IDENTIDAD DE LA MADRE		IDENTIDAD DEL NIÑO		(3.12) ¿TOMÓ MUESTRA DE SANGRE?	(3.13) ¿POR QUÉ NO?	(3.14) REGISTRE EL VALOR DE HEMOGLOBINA (g/dL)	(3.15) SI EL VALOR DE HEMOGLOBINA ES MENOR A 11.0 g/dL, EL NIÑO/A TIENE ANEMIA Y DEBE SER REFERIDO	(3.15) SI EL NIÑO/A TIENE ANEMIA, EXPLICAR A LA MADRE: El resultado de la prueba marca que su niño/a tiene un nivel bajo de hemoglobina en la sangre, esto quiere decir que ha desarrollado anemia. La anemia es un problema grave para la salud que afecta el desarrollo y el rendimiento escolar de los niños. Es importante que informe a su médico o al servicio de salud más próximo sobre esta condición para que su niño/a reciba el tratamiento adecuado. Nos autorizaría usted que le entreguemos el resultado de la prueba de hemoglobina de [NOMBRE DEL NIÑO] al ECOS de su sector?
IDENTIDAD DE LA MADRE		IDENTIDAD DEL NIÑO		Si 01 No 02	La madre no autorizó 1 Insuficiente sangre 2 No se pudo pinchar 3 Otro 4			REFERIDO 1 NO REFERIDO 2
NIÑO SIGUIENTE						g/dL		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

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			