

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)**Encuesta de Hogares - Módulo 2C** 0%**Collection:** LOGIN
Contains: DATSTAT_PID**Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)**
Panamá**Página de inicio de la Encuesta de Hogares****Sección 2c: Salud de los niños de 0-5 años****Question:** DATSTAT_PID
Required

ID:

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

Comunidad:

Segmento:

Número del hogar:

CÓDIGO de ID:

ID del madre del niño: {UserData:ID_MOTHER}

Nombre: {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}

Edad: meses

Custom Layout Question: TODAY_DATE

¿Cuál es la fecha de hoy?

Día Mes Año

Page Break

Información de la portada

Question: ID_INTERVIEWER_HH
Required



▶ Código del entrevistador:

Question: ID_SUPERVISOR_HH
Required



▶ Código del supervisor:

Page Break

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud de todos los niños de este hogar nacidos en los **últimos cinco años**. Hablaremos de cada uno de ellos por separado.

Emisggi an mar eggisoe dodogan sanagwedsig, web birga addarggi dungusmalad be neg yaurggi. An mar egwen egwen anmar immar eggisoed.

Para cada mujer en el hogar, haga módulo 2C para todos sus hijos a menor de 5 años de edad que están en el hogar. Si hay un niño de 0-59 meses de edad cuya madre no vive en el hogar, pregunte:

¿Permítame por favor hablar con el cuidador de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}, o la mujer responsable de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

Wesedidbo an summagbie {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}, o enanbo{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

A continuación:

Comencemos por el niño más pequeño.

Instrucciones para el entrevistador:

- *Esta sección solo se aplica a las mujeres con niños nacidos en los últimos cinco años (que viven en el hogar)*
- *Estas preguntas corresponden a cada nacimiento ocurrido en 2007 o después.*
- *Los nombres (nombre y dos primeras letras de su apellido) de cada niño nacido durante este período debe estar incluidos en la Lista de niños nacidos vivos.*

Page Break

Collection: CURRENT_HEALTH_STATUS_2C

Contains: KHEALTH1, KHEALTH2, KHEALTH3, KID_HFVISIT_2WEEKS, KID_HFVISIT_WHERE, KID_HFVISIT_NAME, KSICK, KSICKNESS, KID_SICK, DIARRHEA, FEVER_COUGH

Sección 1. Estado de salud actual

Question: KHEALTH1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Excelente - Dog nued gudi	
2	Muy buena - Nuegambi	
3	Bien - nuedi	
4	Regular - ueledae	
5	Mala - yer uelegge	
-1	No sabe - Wissuli	
-2	Se negó a contestar - Yabba summagge	



En general, ¿usted diría que la salud de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala en las últimas 4 semanas?

Bela be anga sogge we goe we idogged irbaggeggi nued gudi, wis nuedi, uelegge, yer uelegge?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

Entrevistador: Si la encuestada pregunta acerca del período, pídale que responda teniendo en cuenta cómo ha estado el niño en las últimas 4 semanas.

- ☐ Excelente - Dog nued gudi
- ☐ Muy buena - Nuegambi
- ☐ Bien - nuedi
- ☐ Regular - ueledae
- ☐ Mala - yer uelegge
- ☐ No sabe - Wissuli
- ☐ Se negó a contestar - Yabba summagge

Question: KHEALTH2

Required

Show if: (AGE_MO >= 13:[13])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mejor - Nugusa	
2	Peor - Egge nade	
3	Casi igual - Gannale	
-1	No sabe - Wissuli	
-2	Se negó a contestar - Yabba summagge	



Comparado con 12 meses atrás, ¿usted diría que la salud en general de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ahora está mejor, peor o casi igual?

Birgagwenggi be dadgu be goe nugusa o bur egge nade?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Mejor - Nugusa
- ☐ Peor - Egge nade
- ☐ Casi igual - Gannale
- ☐ No sabe - Wissuli
- ☐ Se negó a contestar - Yabba summagge

Question: KHEALTH3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fácilmente - Ibgwesu nanae	
2	Con un poco de dificultad - Boni niga nanae	
3	Con mucha dificultad - gueg nue nanae	
4	No lo puede hacer - Gueg nanae	
-1	No sabe - Wissuli	
-2	Se negó a contestar - Yabba summagge	



► Teniendo en cuenta la salud de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}, ¿de qué modo puede {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hacer las actividades diarias en la actualidad, como ir a la escuela o jugar?

[Weggi gudidggi](#) [éIggi nabir nadae odurdagged negse, dodogge bane bane?](#)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Fácilmente - [Ibgwesu nanae](#)
- ☐ Con un poco de dificultad - [Boni niga nanae](#)
- ☐ Con mucha dificultad - [gueg nue nanae](#)
- ☐ No lo puede hacer - [Gueg nanae](#)
- ☐ No sabe - [Wissuli](#)
- ☐ Se negó a contestar - [Yabba summagge](#)

Page Break

Question: KID_HFVISIT_2WEEKS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas 2 semanas,** ¿visitó {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} una unidad de salud por algún motivo?

We idogged irboggi, ¿Arbi galusoguense sandaggega?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KID_HFVISIT_WHERE**Required****Show if:** (KID_HFVISIT_2WEEKS = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hospital público MINSA	
2	Hospital público CSS	
3	ULAPS/CAPPS	
4	Policlínica de la CSS	
5	Centro de Salud público MINSA	
6	Sub Centro de Salud público MINSA	
7	Puesto de Salud público MINSA	
22	Equipo Itinerante (móvil) público MINSA	
8	Otro centro de salud público	
9	Hospital privado	
10	Clínica/centro de salud privado	
11	Consultorio privado	
12	Clínica móvil privada	
13	Otro centro de salud privado	
14	Farmacia	
15	Asistente o promotor de salud	
16	Médico tradicional o partera	
17	Otros	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Adónde fue {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Hospital público MINSA
- ☐ Hospital público CSS
- ☐ ULAPS/CAPPS
- ☐ Policlínica de la CSS
- ☐ Centro de Salud público MINSA
- ☐ Sub Centro de Salud público MINSA
- ☐ Puesto de Salud público MINSA
- ☐ Equipo Itinerante (móvil) público MINSA
- ☐ Otro centro de salud público
- ☐ Hospital privado
- ☐ Clínica/centro de salud privado
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Clínica móvil privada
- ☐ Otro centro de salud privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Asistente o promotor de salud
- ☐ Médico tradicional o partera
- ☐ Otros
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KID_HFVISIT_NAME**Required**

Show if: (KID_HFVISIT_WHERE is-any-of 1:[Hospital público MINSA] or 2:[Hospital público CSS] or 3:[ULAPS/CAPPS] or 4:[Policlínica de la CSS] or 5:[Centro de Salud público MINSA] or 6:[Sub Centro de Salud público MINSA] or 7:[Puesto de Salud público MINSA] or 22:[Equipo Itinerante (móvil) público MINSA] or 8:[Otro centro de salud público] or 9:[Hospital privado] or 10:[Clínica/centro de salud privado] or 11:[Consultorio privado] or 12:[Clínica móvil privada] or 13:[Otro centro de salud privado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Page Break

Question: KSICK**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas 2 semanas,** ¿{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} estuvo enfermo/a en algún momento?
We idogged irboggi, ¿uelemai gusa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KSICKNESS**Required****Show if:** (KSICK = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fiebre - Uelegge,	
2	Malaria - Boni gordiggid	
3	Tos/infección en el tórax - dol-lo dol-lo	
4	Tuberculosis - Abgan agude	
5	Asma - Oo	
6	Bronquitis - Ulugued	
7	Neumonía	
8	Diarrea sin sangre - Sadib gued boni sadde	
9	Diarrea con sangre - Sadib gued boni isdarad dagar	
10	Vómitos - Sadib gued boni isdarad dagar	
11	Dolor abdominal - Diggar numagged	
12	Anemia - Abe sadde	
13	Erupción/infección en la piel - Uga yas naed, uga nigad	
14	Infección en los ojos/los oídos - Boni nigga ibya, uayaggi	
15	Sarampión - Bonigordiggid	
16	Ictericia	
17	Dolor de cabeza - Sagla numagged	
18	Accidente cerebrovascular - Sagla maglegged	
19	Diabetes - Sugar ablisggi nigad	
20	VIH/sida - Uri	
21	Parálisis - San bo naed	
22	Otro, especificar: - Baid	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿De qué estaba enfermo {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

Ibuggi uelesa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

Entrevistador: Lea las opciones sólo si la encuestada no menciona ninguno

- ☐ Fiebre - Uelegge,
- ☐ Malaria - Boni gordiggid
- ☐ Tos/infección en el tórax - dol-lo dol-lo
- ☐ Tuberculosis - Abgan agude
- ☐ Asma - Oo
- ☐ Bronquitis - Ulugued
- ☐ Neumonía
- ☐ Diarrea sin sangre - Sadib gued boni sadde
- ☐ Diarrea con sangre - Sadib gued boni isdarad dagar
- ☐ Vómitos - Sadib gued boni isdarad dagar
- ☐ Dolor abdominal - Diggar numagged
- ☐ Anemia - Abe sadde
- ☐ Erupción/infección en la piel - Uga yas naed, uga nigad
- ☐ Infección en los ojos/los oídos - Boni nigga ibya, uayaggi
- ☐ Sarampión - Bonigordiggid
- ☐ Ictericia
- ☐ Dolor de cabeza - Sagla numagged
- ☐ Accidente cerebrovascular - Sagla maglegged
- ☐ Diabetes - Sugar ablisggi nigad
- ☐ VIH/sida - Uri

☐ Parálisis - [San bo naed](#)

☐ Otro, especificar: - [Baid](#)

☐ No sabe

☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Collection: KID_SICK

Contains: KSICK_CONSULT, KSICK_NOCARE_REASON, KSICK_HCWHERE, KSICK_HCNAME, KSICK_HOSP, KSICK_HOSPLOS, KSICK_HOSPNAME

Show if: (KSICKNESS is-any-of 2:[Malaria - Boni gordiggid] or 4:[Tuberculosis - Abgan agude] or 5:[Asma - Oo] or 6:[Bronquitis - Ulugued] or 7:[Neumonía] or 10:[Vómitos - Sadib gued boni isdarad dagar] or 11:[Dolor abdominal - Diggar numagged] or 12:[Anemia - Abe sadde] or 13:[Erupción/infección en la piel - Uga yas naed, uga nigad] or 14:[Infección en los ojos/los oídos - Boni nigga ibya, uayaggi] or 15:[Sarampión - Bonigordiggid] or 16:[Ictericia] or 17:[Dolor de cabeza - Sagla numagged] or 18:[Accidente cerebrovascular - Sagla maglegged] or 19:[Diabetes - Sugar ablisggi nigad] or 20:[VIH/sida - Uri] or 21:[Parálisis - San bo naed] or 22:[Otro, especificar: - Baid] or -1:[No sabe] or -2:[Se negó a contestar])

Question: KSICK_CONSULT

Required

Show if: (KSICK = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Consultó a alguna institución o personal de salud por esta enfermedad **en las últimas 2 semanas?**
Deggide webe seabbi e galu se nabir ner daggega?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KSICK_NOCARE_REASON
Minimum checks: 1
Show if: (KSICK_CONSULT = 0:[No])



¿Existe algún motivo en particular por el cual no buscó atención? ¿Cuáles son esos motivos?
 Ibigar sunna be seab suli?, Ibu sae queb be sede?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- ☐ No estaba tan enfermo, no necesitaba tratamiento - Dog uelesuli, degsogu ina abe suli
- ☐ Traté a mi hijo en el hogar - Neggi anna ega ina imasa
- ☐ La atención es demasiado costosa - Mani bibbi suli
- ☐ El centro está a demasiada distancia - Galu diga sur si
- ☐ No podía encontrar el transporte - Gueg an ur amie
- ☐ No podía pagar el transporte -Gueg an ur bennugge
- ☐ No sabía dónde ir - An wissuli bia an naoe
- ☐ La construcción o el edificio en que se otorgan servicios de salud es deficiente - We galu sid eneg dog nueed suli, nue emar dagsurmala
- ☐ El centro no tiene suficientes medicamentos - We galu ina sadde dae
- ☐ El centro no está bien equipado - We galu immar sadde dae
- ☐ Es difícil tratar con el personal del centro - Wissur nue emar dagmala
- ☐ El personal del centro no está bien informado - E arbamal gwen immar wisi dagle surmala
- ☐ No confía en el personal - An bene earbamalad
- ☐ Me habían tratado mal con anterioridad - Guebbe an arbigu nue andagsa surmala
- ☐ Lo intenté, pero me negaron la atención - An arbina, an dagsa surmala
- ☐ No puede obtener autorización para ir al médico - yaba an bar midmala
- ☐ No quiere ir sola - Walagwen an budar nae
- ☐ Demasiado ocupada con el trabajo, los niños u otros compromisos - Immar saed yaisuli
- ☐ Creencias religiosas/culturales - An sergan igarggi yolebisuli
- ☐ No había personal en el centro cuando yo lo visité - An arbigu e arbamalad sadde
- ☐ Otro, especificar: - Baid
- ☐ No sabe - Wissuli
- ☐ Se negó a contestar - Yabba summagge

Question: KSICK_HCWHERE
Required
Show if: (KSICK = 1:[Sí]) and (KSICK_CONSULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hospital público MINSA	
2	Hospital público CSS	
3	ULAPS/CAPPS	
4	Policlínica de la CSS	
5	Centro de Salud público MINSA	
6	Sub Centro de Salud público MINSA	
7	Puesto de Salud público MINSA	
22	Equipo Itinerante (móvil) público MINSA	
8	Otro centro de salud público	
9	Hospital privado	
10	Clínica/centro de salud privado	
11	Consultorio privado	
12	Clínica móvil privada	
13	Otro centro de salud privado	
14	Farmacia	
15	Asistente o promotor de salud	
16	Médico tradicional o partera	
17	Otros	

-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Dónde buscó atención para {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?
Ibu galu se be seabbi?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Hospital público MINSA
- ☐ Hospital público CSS
- ☐ ULAPS/CAPPS
- ☐ Policlínica de la CSS
- ☐ Centro de Salud público MINSA
- ☐ Sub Centro de Salud público MINSA
- ☐ Puesto de Salud público MINSA
- ☐ Equipo Itinerante (móvil) público MINSA
- ☐ Otro centro de salud público
- ☐ Hospital privado
- ☐ Clínica/centro de salud privado
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Clínica móvil privada
- ☐ Otro centro de salud privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Asistente o promotor de salud
- ☐ Médico tradicional o partera
- ☐ Otros
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KSICK_HCNAME**Required**

Show if: (KSICK_HCWHERE is-any-of 1:[Hospital público MINSA] or 2:[Hospital público CSS] or 3:[ULAPS/CAPPS] or 4:[Policlínica de la CSS] or 5:[Centro de Salud público MINSA] or 6:[Sub Centro de Salud público MINSA] or 7:[Puesto de Salud público MINSA] or 22:[Equipo Itinerante (móvil) público MINSA] or 8:[Otro centro de salud público] or 9:[Hospital privado] or 10:[Clínica/centro de salud privado] or 11:[Consultorio privado] or 12:[Clínica móvil privada] or 13:[Otro centro de salud privado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: KSICK_HOSP

Required

Show if: (KSICK = 1:[S]) and (KSICK_CONSULT = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas 2 semanas**, ¿fue {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hospitalizado para tratar esta enfermedad?

We idogged irboggi, ¿uelemai gusadggi meggisa e galuggi?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: KSICK_HOSPLOS

Required

Show if: (KSICK = 1:[Sí]) and (KSICK_CONSULT = 1:[Sí]) and (KSICK_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► ¿En total, cuántos días estuvo {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hospitalizado en las últimas dos semanas?

Iggi iba meggisa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KSICK_HOSPNAME**Required****Show if:** (KSICK_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)

- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirra (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Collection: DIARRHEA

Contains: DIARRHEA1, DIARRHEA2, DIARRHEA3, DIARRHEA_CONSULT, DIARRHEA_NOCARE_REASON, DIARRHEA_HCWHERE, DIARRHEA_HCNAME, C_DIARRHEA1, DIARRHEA_DRINK_DAYS, DIARRHEA4, DIARRHEA_RX, DIARRHEA_RX_DAYS, DIARRHEA_HOSP, DIARRHEA_HOSPLOS, DIARRHEA_HOSPNAME

Question: DIARRHEA1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, diarrea con sangre - Eye , sadib bonibuled nigga	

2	Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde	
0	Sin diarrea - Sadib sadde	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Entrevistador: "Sólo para estar seguros, voy a hacerle esta pregunta una vez más"
[Nabir an wisguega, ganar an bese eggiso](#)

En las últimas 2 semanas, ¿{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ha tenido diarrea? Y, si fue así, ¿había sangre en las heces?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, diarrea con sangre - [Eye, sadib bonibuled nigga](#)
- ☐ Sí, diarrea sin sangre - [Eye, sadib bonibuled sadde](#)
- ☐ Sin diarrea - [Sadib sadde](#)
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: DIARRHEA2**Required****Show if:** (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Nada de beber - Ogobsa suli	
2	Mucho menos - Odesa ogobed	
3	Un poco menos - Wis odesa	
4	Casi igual - gannale	
5	Más - Bur omelosa	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Ahora quisiera saber cuánto se le dio de beber a {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} (incluida la leche materna) durante la diarrea.

[Emisggi an wisgubie, sadib gunagu ega ugsa gobed, mamninus?](#)

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

[Iggi ega be ugsa, Odesa ogobed, o ganar nuedgudi ogobeyob?](#)

Entrevistador: Si es MENOS, explorar: ¿Se le dio de beber mucho menos que lo habitual o un poco menos?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Nada de beber - [Ogobsa suli](#)
- ☐ Mucho menos - [Odesa ogobed](#)
- ☐ Un poco menos - [Wis odesa](#)
- ☐ Casi igual - [gannale](#)
- ☐ Más - [Bur omelosa](#)
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: DIARRHEA3**Required****Show if:** (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Nada de comer/se interrumpió la alimentación - Ega ugsasuli	
2	Mucho menos - Odesa,	
3	Un poco menos - Wis odesa	
4	Casi igual - gannale	
5	Más - bur melu ugsa	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Cuando {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tuvo diarrea, ¿se le dio de comer menos que lo habitual, casi igual, más que lo habitual o nada?

[Sadib gunagu, ¿Ega be mas ugsagu, Odesa, gannale, bur melu be ugsa?](#)

Entrevistador: si es MENOS indague: ¿se le dio de comer mucho menos que lo habitual o un poco menos que lo habitual?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Nada de comer/se interrumpió la alimentación - [Ega ugsasuli](#)
- ☐ Mucho menos - [Odesa,](#)
- ☐ Un poco menos - [Wis odesa](#)
- ☐ Casi igual - [gannale](#)
- ☐ Más - [bur melu ugsa](#)
- ☐ No sabe

☐ Se negó a contestar

Question: DIARRHEA_CONSULT

Required

Show if: (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Buscó atención o tratamiento para la diarrea de alguna persona o servicio **en las últimas dos semanas?**
Ibu galu se be seabbi we sadib gunagu?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: DIARRHEA_NOCARE_REASON

Minimum checks: 1

Show if: (DIARRHEA1 is-any-of 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga] or 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde]) and (DIARRHEA_CONSULT = 0:[No])



¿Existe algún motivo en particular por el cual no buscó atención? ¿Cuáles son esos motivos?
Ibigar sunna be seab suli?, Ibu sae gueb be sede?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- ☐ No estaba tan enfermo, no necesitaba tratamiento
- ☐ Traté a mi hijo en el hogar
- ☐ La atención es demasiado costosa
- ☐ El centro está a demasiada distancia
- ☐ No podía encontrar el transporte
- ☐ No podía pagar el transporte
- ☐ No sabía dónde ir
- ☐ La estructura del centro es deficiente
- ☐ El centro no tiene suficientes medicamentos
- ☐ El centro no está bien equipado
- ☐ Es difícil tratar con el personal del centro
- ☐ El personal del centro no está bien informado
- ☐ No confía en el personal
- ☐ Me habían tratado mal con anterioridad
- ☐ Lo intenté, pero me negaron la atención
- ☐ No puede obtener autorización para ir al médico
- ☐ No quiere ir sola
- ☐ Demasiado ocupada con el trabajo, los niños u otros compromisos
- ☐ Creencias religiosas/culturales
- ☐ No había personal en el centro cuando yo lo visité
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: DIARRHEA_HCWHERE**Required****Show if:** (DIARRHEA_CONSULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hospital público MINSA	
2	Hospital público CSS	
3	ULAPS/CAPPS	
4	Policlínica de la CSS	
5	Centro de Salud público MINSA	
6	Sub Centro de Salud público MINSA	
7	Puesto de Salud público MINSA	
22	Equipo Itinerante (móvil) público MINSA	
8	Otro centro de salud público	
9	Hospital privado	
10	Clínica/centro de salud privado	
11	Consultorio privado	
12	Clínica móvil privada	
13	Otro centro de salud privado	
14	Farmacia	
15	Asistente o promotor de salud	
16	Médico tradicional o partera	
17	Otros	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Dónde buscó atención o tratamiento?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Hospital público MINSA
- ☐ Hospital público CSS
- ☐ ULAPS/CAPPS
- ☐ Policlínica de la CSS
- ☐ Centro de Salud público MINSA
- ☐ Sub Centro de Salud público MINSA
- ☐ Puesto de Salud público MINSA
- ☐ Equipo Itinerante (móvil) público MINSA
- ☐ Otro centro de salud público
- ☐ Hospital privado
- ☐ Clínica/centro de salud privado
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Clínica móvil privada
- ☐ Otro centro de salud privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Asistente o promotor de salud
- ☐ Médico tradicional o partera
- ☐ Otros
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: DIARRHEA_HCNAME**Required**

Show if: (DIARRHEA_HCWHERE is-any-of 1:[Hospital público MINSA] or 2:[Hospital público CSS] or 3:[ULAPS/CAPPS] or 4:[Policlínica de la CSS] or 5:[Centro de Salud público MINSA] or 6:[Sub Centro de Salud público MINSA] or 7:[Puesto de Salud público MINSA] or 22:[Equipo Itinerante (móvil) público MINSA] or 8:[Otro centro de salud público] or 9:[Hospital privado] or 10:[Clínica/centro de salud privado] or 11:[Consultorio privado] or 12:[Clínica móvil privada] or 13:[Otro centro de salud privado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question Block: C_DIARRHEA1

Contains: DIARRHEA_DRINK1, DIARRHEA_DRINK2, DIARRHEA_DRINK3

Required

Show if: (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Se le dio a él/ella algunas de las siguientes bebidas en algún momento desde que comenzó a tener diarrea?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
¿Un líquido hecho con un paquete especial conocido como sales de rehidratación oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Un líquido SRO preenvasado? (Suero oral envasado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Fluido casero recomendado por las autoridades de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

Question: DIARRHEA_DRINK_DAYS**Required****Show if:** (DIARRHEA_DRINK1 = 1:[Sí]) or (DIARRHEA_DRINK2 = 1:[Sí]) or (DIARRHEA_DRINK3 = 1:[Sí])

¿Durante cuántos días {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} realizó este tratamiento?

INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:

-1 = No sabe

-2 = Se negó a contestar

Question: DIARRHEA4**Required****Show if:** (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Se administró algo (más) para tratar la diarrea?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí☐ No☐ No sabe☐ Se negó a contestar**Question Block:** DIARRHEA_RX**Contains:** DIARRHEA_RX1, DIARRHEA_RX2, DIARRHEA_RX3, DIARRHEA_RX4, DIARRHEA_RX5, DIARRHEA_RX6, DIARRHEA_RX7, DIARRHEA_RX8, DIARRHEA_RX9, DIARRHEA_RX10, DIARRHEA_RX11, DIARRHEA_RX12, DIARRHEA_RX13, DIARRHEA_RX14, DIARRHEA_RX15, DIARRHEA_RXOTH, DIARRHEA_RXDK**Required****Show if:** (DIARRHEA1 = 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga]) or (DIARRHEA1 = 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Antibiótico (pastilla o tableta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antimotilidad/antidiarreico (pastilla o tableta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zinc (pastilla o tableta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (no antibiótico, antimotilidad/antidiarreico o zinc) (Pastilla o tableta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldora desconocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antibiótico (inyección)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
No antibiótico (inyección)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyección desconocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento intravenoso (inyección)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remedio casero/medicamento a base de hierbas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiótico (jarabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antimotilidad/antidiarreico (jarabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Zinc (jarabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro jarabe (no antibiótico, antimotilidad/antidiarreico o zinc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jarabe desconocido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

Question: DIARRHEA_RX_DAYS**Required****Show if:** (DIARRHEA_RX3 = 1:[Sí]) or (DIARRHEA_RX13 = 1:[Sí])

▶ ¿Durante cuántos días {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tomó zinc?

INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:

-1 = No sabe

-2 = Se negó a contestar

Question: DIARRHEA_HOSP**Required****Show if:** (DIARRHEA1 is-any-of 1:[Sí, diarrea con sangre - Eye, sadib bonibuled nigga] or 2:[Sí, diarrea sin sangre - Eye, sadib bonibuled sadde]) and (DIARRHEA_CONSULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

▶ **En las últimas dos semanas**, ¿fue {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} admitido(a) en el hospital para tratar esta diarrea?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí☐ No☐ No sabe☐ Se negó a contestarAuto Page Break

Question: DIARRHEA_HOSPLOS**Required****Show if:** (DIARRHEA_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿En total, cuántos días estuvo {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hospitalizado en las últimas dos semanas?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: DIARRHEA_HOSPNAME**Required****Show if:** (DIARRHEA_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuir (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	

41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)

- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Collection: FEVER_COUGH

Contains: FEVER1, COUGH1, COUGH2, COUGH3, FEVERCOUGH4, FEVERCOUGH5, FEVERCOUGH_CONSULT, FEVERCOUGH_NOCARE_REASON, FEVERCOUGH_HCWHERE, FEVERCOUGH_HCNAME, FEVERCOUGH6, C_KID_SICK_MED, FEVERCOUGH_HOSP, FEVERCOUGH_HOSPLOS, FEVERCOUGH_HOSPNAME

Question: FEVER1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Entrevistador: "Sólo para estar seguros, voy a hacerle esta pregunta una vez más"
 Nabor an wisguega, ganar an bese eggiso

En las últimas 2 semanas, ¿{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ha estado enfermo con fiebre en algún momento?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: COUGH1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Entrevistador: "Sólo para estar seguros, voy a hacerle esta pregunta una vez más"
 Nabor an wisguega, ganar an bese eggiso

En las últimas 2 semanas, ¿{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ha estado enfermo con tos en algún momento?

We idogged irboggi, ¿Uele mai gusa oo nigga?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: COUGH2**Required****Show if:** (COUGH1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ Cuando {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tuvo una enfermedad con tos, ¿respiraba más rápido que lo habitual o tenía dificultad para respirar?

Uelesgu oo nigga ¿Gwae gwae bunno gusa o gueg bunno gusa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: COUGH3**Required****Show if:** (COUGH1 = 1:[Sí]) and (COUGH2 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Solo el pecho - Binasgarggi si	
2	Nariz únicamente - Asa dagwa	
3	Ambos - Sogabober	
4	Otros - Baid	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ ¿La dificultad o la agitación al respirar se debía a un problema en el pecho o a que tenía la nariz tapada o con mucosidad?

Ibigar gueg bunno be dagge, boni niga binasgarggi o asa dasgagwa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Solo el pecho - [Binasgarggi si](#)
☐ Nariz únicamente - [Asa dagwa](#)
☐ Ambos - [Sogabober](#)
☐ Otros - [Baid](#)
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH4**Required****Show if:** (FEVER1 = 1:[Sí]) or (COUGH1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nada de beber - Ogobsa suli	
2	Mucho menos - Odesa ogobed	
3	Un poco menos - Wis odesa	
4	Casi igual - gannale	
5	Más - Bur omelosa	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ Ahora quisiera saber cuánto se le dio de beber a {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} (incluida la leche materna) durante la enfermedad con (fiebre/tos).

Emisggi an wisgubie, uelemagu o niga gunagu ega ugsa gobed, mamninus?

¿Se le dio de beber mucho menos que lo habitual, casi la misma cantidad o más que lo habitual?

Iggi ega be ugsa gobed, Odesa ogobed, o ganar nuedgudi ogobeyob?

Entrevistador: Si es MENOS, explorar. ¿Se le dio de beber mucho menos que lo habitual o un poco menos que lo habitual?

Ega iggi be dii ugsa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Nada de beber - Ogobsa suli
- ☐ Mucho menos - Odesa ogobed
- ☐ Un poco menos - Wis odesa
- ☐ Casi igual - gannale
- ☐ Más - Bur omelosa
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH5

Required

Show if: (FEVER1 = 1:[Sí]) or (COUGH1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nada de comer/se interrumpió la alimentación - Ega ugsasuli	
2	Mucho menos - Odesa,	
3	Un poco menos - Wis odesa	
4	Casi igual - gannale	
5	Más - bur melu ugsa	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► Cuando {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tuvo (fiebre/tos), ¿se le dio de comer menos que lo habitual, casi igual, más que lo habitual o nada?

Uelemaigusgu o nigga ¿Ega be mas ugsagu, Odesa, gannale, bur melu be ugsa?

Entrevistador: si es MENOS, indague: ¿se le dio de comer mucho menos o un poco menos?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Nada de comer/se interrumpió la alimentación - Ega ugsasuli
- ☐ Mucho menos - Odesa,
- ☐ Un poco menos - Wis odesa
- ☐ Casi igual - gannale
- ☐ Más - bur melu ugsa
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH_CONSULT

Required

Show if: (FEVER1 = 1:[Sí]) or (COUGH1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► ¿Buscó atención o tratamiento para la enfermedad con (fiebre/tos) de alguna persona o servicio en las últimas dos semanas?

Ibugalu se be seabbi we uelegu o niga gunagu?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: FEVERCOUGH_NOCARE_REASON

Minimum checks: 1

Show if: (FEVERCOUGH_CONSULT = 0:[No])



¿Existe algún motivo en particular por el cual no buscó atención? ¿Cuáles son esos motivos?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- ☐ No estaba tan enfermo, no necesitaba tratamiento
- ☐ Traté a mi hijo en el hogar
- ☐ La atención es demasiado costosa
- ☐ El centro está a demasiada distancia
- ☐ No podía encontrar el transporte
- ☐ No podía pagar el transporte
- ☐ No sabía dónde ir
- ☐ La estructura del centro es deficiente
- ☐ El centro no tiene suficientes medicamentos
- ☐ El centro no está bien equipado
- ☐ Es difícil tratar con el personal del centro
- ☐ El personal del centro no está bien informado
- ☐ No confía en el personal
- ☐ Me habían tratado mal con anterioridad
- ☐ Lo intenté, pero me negaron la atención
- ☐ No puede obtener autorización para ir al médico
- ☐ No quiere ir sola
- ☐ Demasiado ocupada con el trabajo, los niños u otros compromisos
- ☐ Creencias religiosas/culturales
- ☐ No había personal en el centro cuando yo lo visité
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH_HCWHERE

Required

Show if: (FEVERCOUGH_CONSULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hospital público MINSA	
2	Hospital público CSS	
3	ULAPS/CAPPS	
4	Policlínica de la CSS	
5	Centro de Salud público MINSA	
6	Sub Centro de Salud público MINSA	
7	Puesto de Salud público MINSA	
22	Equipo Itinerante (móvil) público MINSA	
8	Otro centro de salud público	
9	Hospital privado	
10	Clínica/centro de salud privado	
11	Consultorio privado	
12	Clínica móvil privada	
13	Otro centro de salud privado	
14	Farmacia	
15	Asistente o promotor de salud	
16	Médico tradicional	
17	Otros	
-1	No sabe	

-2	Se negó a contestar	
----	---------------------	--



¿Dónde buscó atención o tratamiento?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Hospital público MINSA
- ☐ Hospital público CSS
- ☐ ULAPS/CAPPS
- ☐ Policlínica de la CSS
- ☐ Centro de Salud público MINSA
- ☐ Sub Centro de Salud público MINSA
- ☐ Puesto de Salud público MINSA
- ☐ Equipo Itinerante (móvil) público MINSA
- ☐ Otro centro de salud público
- ☐ Hospital privado
- ☐ Clínica/centro de salud privado
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Clínica móvil privada
- ☐ Otro centro de salud privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Asistente o promotor de salud
- ☐ Médico tradicional
- ☐ Otros
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: FEVERCOUGH_HCNAME**Required**

Show if: (FEVERCOUGH_HCWHERE is-any-of 1:[Hospital público MINSA] or 2:[Hospital público CSS] or 3:[ULAPS/CAPPS] or 4:[Policlínica de la CSS] or 5:[Centro de Salud público MINSA] or 6:[Sub Centro de Salud público MINSA] or 7:[Puesto de Salud público MINSA] or 22:[Equipo Itinerante (móvil) público MINSA] or 8:[Otro centro de salud público] or 9:[Hospital privado] or 10:[Clínica/centro de salud privado] or 11:[Consultorio privado] or 12:[Clínica móvil privada] or 13:[Otro centro de salud privado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH6

Required

Show if: (FEVER1 = 1:[Sí]) or (COUGH1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas dos semanas**, durante su enfermedad con (fiebre/tos), ¿tomó {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} algún medicamento para la enfermedad?

[We idogged irboggi uelemaigusgu o niga ¿gobsa ina sogwenad e bonigad?](#)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question Block: C_KID_SICK_MED

Contains: KSICK_ABXINJ, KSICK_ABXPILL, KSICK_ABSYRUP, KSICK_ASPIRIN, KSICK_ACETAMIN, KSICK_IBU, KSICK_ORT, KSICK_OTHMED

Required

Show if: ((FEVER1 = 1:[Sí]) or (COUGH1 = 1:[Sí])) and (FEVERCOUGH6 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas 2 semanas**, ¿tomó {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} alguno de los siguientes medicamentos para tratar esta enfermedad?

[We idogged irboggi, ¿ We ina gobsa?](#)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Antibiótico inyectable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiótico en pastillas o tabletas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiótico en jarabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspirina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acetaminofeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ibuprofeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia de rehidratación oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: FEVERCOUGH_HOSP

Required

Show if: (KSICK = 1:[Sí]) and (KSICK_CONSULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► **En las últimas 2 semanas**, ¿fue {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} admitido(a) en el hospital para tratar esta fiebre y/o tos?

We idogged irboggi, ¿E galu meggisa ueleggedba ¿
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: FEVERCOUGH_HOSPLOS**Required****Show if:** (FEVERCOUGH_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿En total, cuántos días estuvo {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hospitalizado en las últimas dos semanas?

Iggi iba meggisa?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ INGRESE LA CANTIDAD DE DÍAS:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: FEVERCOUGH_HOSPNAME**Required****Show if:** (FEVERCOUGH_HOSP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	

42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirra (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)

- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Page Break

Collection: IMMUNIZATION_SUPPLEMENTATION

Contains: VACANY, VAC_WHERE_USUAL, VAC_WHERE_NAME, C_VAC1, C_VAC2, VAC_OPVFIRST, KID_MERIENDA, IRON, MICRO_TYPE, MICRO_AMT_RECI, MICRO_AMT_CONS, KID_NUTRICEREAL, KID_NUTRICEREAL_AMT_CONS, KID_NUTRICREMA, KID_NUTRICREMA_AMT_CONS, IRON_6MO, IRON_6MO_TIME, IRON_6MO_, VITAMINA, WORMS, WORMS_TIMES, DIARRHEAS, C_FOOD1, FOOD_MILKNUM, FOOD_FORMNUM, FOOD_YOGNUM, FOOD_SOLIDNUM

Sección 2. Vacunas y Suplementos nutricionales

Igoyoed gueb san ogannoed ina

Question: VACANY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Recibió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} alguna vez vacunas para prevenir enfermedades, incluidas las vacunas administradas en una campaña o semana nacional de vacunación?

Ibagwenggi we yodi igo bonigan idu, igoyoed daniggir?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: VAC_WHERE_USUAL

Required

Show if: (VACANY = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hospital público MINSA	
2	Hospital público CSS	
3	ULAPS/CAPPS	
4	Policlínica de la CSS	
5	Centro de Salud público MINSA	
6	Sub Centro de Salud público MINSA	
7	Puesto de Salud público MINSA	
22	Equipo Itinerante (móvil) público MINSA	
8	Otro centro de salud público	
9	Hospital privado	
10	Clínica/centro de salud privado	
11	Consultorio privado	
12	Clínica móvil privada	
13	Otro centro de salud privado	
14	Farmacia	
15	Asistente o promotor de salud	
16	Médico tradicional o partera	
17	Otros	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► ¿Dónde se vacunaba {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} habitualmente?

Bia ega iggo yomala?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Hospital público MINSA
- ☐ Hospital público CSS
- ☐ ULAPS/CAPPS
- ☐ Policlínica de la CSS
- ☐ Centro de Salud público MINSA
- ☐ Sub Centro de Salud público MINSA
- ☐ Puesto de Salud público MINSA
- ☐ Equipo Itinerante (móvil) público MINSA
- ☐ Otro centro de salud público
- ☐ Hospital privado
- ☐ Clínica/centro de salud privado
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Clínica móvil privada
- ☐ Otro centro de salud privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Asistente o promotor de salud
- ☐ Médico tradicional o partera
- ☐ Otros
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: VAC_WHERE_NAME**Required**

Show if: (VAC_WHERE_USUAL is-any-of 1:[Hospital público MINSA] or 2:[Hospital público CSS] or 3:[ULAPS/CAPPS] or 4:[Policlínica de la CSS] or 5:[Centro de Salud público MINSA] or 6:[Sub Centro de Salud público MINSA] or 7:[Puesto de Salud público MINSA] or 22:[Equipo Itinerante (móvil) público MINSA] or 8:[Otro centro de salud público] or 9:[Hospital privado] or 10:[Clínica/centro de salud privado] or 11:[Consultorio privado] or 12:[Clínica móvil privada] or 13:[Otro centro de salud privado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Cómo se llama esta unidad de salud?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question Block: C_VAC1

Contains: RVAC_BCG, RVAC_PENT, RVAC_TETRA, RVAC_HIB, RVAC_OPV, RVAC_PV1, RVAC_DPT, RVAC_DT, RVAC_MMR, RVAC_MR, RVAC_HEPA, RVAC_HEPB, RVAC_FY, RVAC_ROT, RVAC_PNEUM, RVAC_H1N1, RVAC_FLU, RVAC_VAR

Required

Show if: (VACANY = 1:[Sí])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No aplica	



Indíqueme si {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} recibió alguna de las siguientes vacunas:

[Sogge we igo yodi?](#)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar	No aplica
Una vacuna de BCG (bacilo de Calmette-Guérin) contra la tuberculosis, que es un inyección en el brazo o en los hombros que suele provocar una cicatriz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentavalente, es decir, una vacuna que inmuniza contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis y Haemophilus influenzae tipo b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetavalente, es decir, una vacuna que inmuniza contra cuatro enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, y Haemophilus influenzae tipo b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra la poliomielitis, es decir, gotas en la boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar	No aplica
Vacuna contra la poliomielitis que se administra por inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna anti- difteria, tos ferina y tétanos (diphtheria, pertussis, tetanus, DTP), es decir, una inyección que se administra en el muslo o la nalga, a veces al mismo tiempo que las gotas contra la poliomielitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna DT, es decir, una vacuna que inmuniza contra difteria y tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una inyección contra el sarampión o la rubéola o una inyección anti- sarampión, paperas y rubéola (measles, mumps, rubella MMR), es decir, una vacuna en el brazo a los 9 meses o más, para impedir que contraiga sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una vacuna contra el el sarampión y la rubéola o una vacuna MR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar	No aplica
Vacuna contra la hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra la hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra la fiebre amarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una vacuna contra el rotavirus (esta vacuna se proporciona para reducir la diarrea en los niños.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna neumocócica conjugada (para prevenir la					

meningitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar	No aplica
Vacuna contra la gripe (H1N1, gripe del pollo, gripe aviar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra la gripe estacional (en general, una inyección que se administra una vez por año en el invierno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra la varicela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: C_VAC2

Contains: RVAC_BCGNUM, RVAC_PENTNUM, RVAC_TETRANUM, RVAC_HIBNUM, RVAC_OPVNUM, RVAC_PV1NUM, RVAC_DPTNUM, RVAC_DTNUM, RVAC_MMRNUM, RVAC_MRNUM, RVAC_HEPANUM, RVAC_HEPBNUM, RVAC_YFNUM, RVAC_ROTANUM, RVAC_PNEUMNUM, RVAC_H1N1NUM, RVAC_FLUNUM, RVAC_VARNUM

Required

Show if: (VACANY = 1:[Sí])



► Ingrese la cantidad de veces que se administró cada vacuna:

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

-1=No sabe

-2=Se negó a contestar

Vacuna BCG	<input type="text"/>
Pentavalente	<input type="text"/>
Tetravalente	<input type="text"/>
Vacuna contra Hib	<input type="text"/>
Vacuna contra la poliomielitis (oral)	<input type="text"/>
Vacuna contra la poliomielitis (inyectable)	<input type="text"/>
Vacuna DTP	<input type="text"/>
Vacuna DT	<input type="text"/>
Vacuna contra el sarampión, rubeola/MMR	<input type="text"/>
Vacuna contra el sarampión, rubeola/MR	<input type="text"/>
Vacuna contra la hepatitis A	<input type="text"/>
Vacuna contra la hepatitis B	<input type="text"/>
Vacuna contra la fiebre amarilla	<input type="text"/>
Vacuna contra el rotavirus	<input type="text"/>
Vacuna neumocócica conjugada	<input type="text"/>
Vacuna contra la gripe	<input type="text"/>

Vacuna contra la gripe estacional	<input type="text"/>
Vacuna contra la varicela	<input type="text"/>

Question: VAC_OPVFIRST

Required

Show if: (RVAC_OPV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Primeras dos semanas - Gebbe idogged irbogus maidggi	
2	Más adelante - Idogged irbogus maid sorba	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿La primera vacuna contra la poliomielitis se administró en las primeras dos semanas posteriores al nacimiento o después?

Gebbe igoyolegged poliomielitis idu mimmi idogged irbogus maidggi ega yosmala?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Primeras dos semanas - Gebbe idogged irbogus maidggi
- ☐ Más adelante - Idogged irbogus maid sorba
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: KID_MERIENDA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Participa {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} en el programa Merienda Escolar? Es decir, ¿recibe {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} galletas, crema o leche en la escuela como suplemento nutricional? Ega odurdagged neggi ugmala, immar gule malad galleta, goblegged lechemar?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: IRON

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Ahora voy a hacerle preguntas sobre ayer y anoche.

Emisggi an bese eggisoe saed, emi muddiggibba.

Ayer o anoche, ¿consumió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} hierro en pastillas/tabletas, chispitas, o jarabe, alimentos fortificados con hierro o otros suplementos con hierro?

Sae o emi muddig we ina mar gobsa?

Entrevistador: Muestre los tipos más comunes de comprimidos/chispitas/jarabes.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

- ☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: MICRO_TYPE

Minimum checks: 1



Ahora voy a preguntarle acerca de los **últimos 2 meses**.

[Emisggi an bese eggisoe we niwarboggus nadabbidggi.](#)

Entrevistador: Muestre las tarjetas con las fotos de micronutrientes y pregunte:

En los últimos 2 meses, ¿recibió alguno de este tipo de suplementos?

[We niwarboggus nadabbidggi we ina mar sudi?](#)

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- ☐ No, ninguno de estos tipos - [Suli, an dagdi suli](#)
☐ Sí, Chispitas o Sprinkles - [Eye, we mar an dagdi](#)
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question Block: MICRO_AMT_RECI**Contains:** MICRO_AMT_RECI_CHISP**Required**

Show if: (MICRO_TYPE is-any-of [Sí, Chispitas o Sprinkles - Eye, we mar an dagdi])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Entre 1 y 10 paquetes	
2	Entre 11 y 20 paquetes	
3	Entre 21 y 30 paquetes	
4	Entre 31 y 40 paquetes	
5	Entre 41 y 50 paquetes	
6	Entre 51 y 60 paquetes	
7	Más de 60 paquetes	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

▶ En los **últimos 2 meses**, ¿cuántos de estos paquetes ha **recibido**? ¿Diría que...?*We niwarboggus nadabbidggi we ina mar iggi mergu be sudi? Sogmalo...?*

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Entre 1 y 10 paquetes	Entre 11 y 20 paquetes	Entre 21 y 30 paquetes	Entre 31 y 40 paquetes	Entre 41 y 50 paquetes	Entre 51 y 60 paquetes	Más de 60 paquetes	No sabe	Se negó a contestar
# paquetes de chispitas o Sprinkles:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MICRO_AMT_CONS**Contains:** MICRO_AMT_CONS_CHISP**Required**

Show if: (MICRO_TYPE is-any-of [Sí, Chispitas o Sprinkles - Eye, we mar an dagdi])

▶ En los **últimos 2 meses**, ¿Cuántos de estos paquetes **consumió** {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}? ¿Diría usted....?*We niwarboggus nadabbidggi we ina mar iggi mergu be gobsa? Sogge...?*

INGRESE LA CANTIDAD DE PAQUETES:

-1 = No sabe

-2 = Se negó a contestar

paquetes de chispitas o Sprinkles:

Question: KID_NUTRICEREAL**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

▶ En los últimos 6 meses, ¿recibió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} el suplemento nutricional Nutricereal? *We niwarnergwaggus nadabbidggi we gobed sudi Nutricereal?*

Entrevistador: muestre la tarjeta con la imagen de Nutricereal.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KID_NUTRICEREAL_AMT_CONS**Required****Show if:** (KID_NUTRICEREAL = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Escriba libras por semana:	
2	Escriba libras por mes:	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► En los últimos seis meses, ¿cuántas libras de Nutricereal consumió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} por semana o por mes?

We niwarnergwaggus nadabbidggi we iggi mergu sudi Nutricereal?

- ☐ Escriba libras por semana:
- ☐ Escriba libras por mes:
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: KID_NUTRICREMA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► En el últimos mes, ¿recibió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} Nutricrema?

We nii nadabbidggi we gobed sudi Nutricrema?

Entrevistador: muestre la tarjeta con la imagen de Nutricrema.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: KID_NUTRICREMA_AMT_CONS

Required

Show if: (KID_NUTRICREMA = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Escriba libras por semana: - Narmagge agdigued idoggedba	
2	Escriba libras por mes: - Narmagge agdigued nii ba	
3	Escriba paquetes por semana: - Narmagge maddaggi idoggedba	
4	Escriba paquetes por mes: - Narmagge maddaggi nii ba	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ En el último mes, ¿cuántas libras o paquetes de Nutricrema consumió {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} por semana o por mes?

We nii nadabbidggi we gobed sudi Nutricrema?

- ☐ Escriba libras por semana: - Narmagge agdigued idoggedba
- ☐ Escriba libras por mes: - Narmagge agdigued nii ba
- ☐ Escriba paquetes por semana: - Narmagge maddaggi idoggedba
- ☐ Escriba paquetes por mes: - Narmagge maddaggi nii ba
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: IRON_6MO



▶ En los últimos seis meses, ¿ha consumido {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} gotas, jarabe, tabletas o pastillas con hierro? ¿Cuáles?

We nii warnergwaggus nadabbidggi we ina gobdi, we ina dodi? Biddi?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLICAN)

- ☐ Sí, gotas con hierro - Eye, dede gobdi hierro
- ☐ Sí, jarabe con hierro - Eye, gobdi hierro
- ☐ Sí, tabletas o pastillas con hierro - Eye, dodi hierro
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: IRON_6MO_TIME**Required****Show if:** (IRON_6MO is-any-of [Sí, gotas con hierro - Eye, dede gobdi hierro] or [Sí, jarabe con hierro - Eye, gobdi hierro] or [Sí, tabletas o pastillas con hierro - Eye, dodi hierro])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Escriba número de días: - Iba	
2	Escriba número de semanas: - Iddogged	
3	Escriba número de meses: - Nii	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ ¿Por cuánto tiempo tomó {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} los suplementos de hierro?

Iggi iba dosa we inamar?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Escriba número de días: - Iba
- ☐ Escriba número de semanas: - Iddogged
- ☐ Escriba número de meses: - Nii
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question Block: IRON_6MO_**Contains:** IRON_6MO_DROPS, IRON_6MO_SYRUP, IRON_6MO_TAB**Required****Show if:** (IRON_6MO is-any-of [Sí, gotas con hierro - Eye, dede gobdi hierro] or [Sí, jarabe con hierro - Eye, gobdi hierro] or [Sí, tabletas o pastillas con hierro - Eye, dodi hierro])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Escriba el número por día:	
2	Escriba el número por semana:	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

▶ En los **últimos 6 meses**, ¿cuántos de estos suplementos consumió por día o por semana?

We nii warnergwaggus nadabbidggi we ina, ibagwenggi, Idoggedggi iggi doe, iggi gobe?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Escriba el número por día:	Escriba el número por semana:	No sabe	Se negó a contestar
# gotas con hierro:	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
# cucharaditas con hierro:	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
# tabletas o pastillas con hierro:	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: VITAMINA**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

▶ En los **últimos seis meses**, ¿se le administró a {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} una dosis de vitamina A como (esta/alguna de estas)?

We nii warnergwaggus nadabbidggi we ina Vitamina A sogged gobdimala, dodi?

Entrevistador: Muestre los tipos comunes de ampollitas/cápsulas/jarabes.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: WORMS

Required

Show if: (AGE_MO >= 13:[13])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



► Ahora voy a preguntarle acerca de los últimos 12 meses.

[Emisggi an bese eggisoe birga gwenggi:](#)

En los últimos 12 meses, ¿se le suministró a {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} algún medicamento para las lombrices intestinales?

[We birgagwenggi, ¿Wega ina ugdimala nus onogged ina?](#)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question: WORMS_TIMES
Required
Show if: (WORMS = 1:[S])



▶ En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se le dieron medicamentos a {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} para las lombrices intestinales?

We birgagwenggi, ¿Wega ina iggimergu ugdimala nus onogged ina?

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

-1 = No sabe

-2 = Se negó a contestar

Question: DIARRHEA5
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ ¿Ha escuchado hablar de un producto especial llamado trimetoprima que puede obtener para el tratamiento de la diarrea?

Be iddodi, we nug trimetoprima, sadib abin gaed?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

☐ Se negó a contestar

Question Block: C_FOOD1

Contains: FOOD_BREASTA, FOOD_BREASTB, FOOD_WATER, FOOD_TEA, FOOD_JUICE, FOOD_SOUP, FOOD_MILK, FOOD_FORM, FOOD_FORTIFIED, FOOD_CREMA, FOOD_NUTCER, FOOD_LIQ, FOOD_YOG, FOOD_BABYFOOD, FOOD_CEREAL, FOOD_GRAIN, FOOD_STARCH, FOOD_ORANGE, FOOD_GREEN, FOOD_VITA, FOOD_PROD, FOOD_ORGAN, FOOD_MEAT, FOOD_EGG, FOOD_FISH, FOOD_BEANS, FOOD_LEGUME, FOOD_CHEESE, FOOD_SWEET, FOOD_SPICE, FOOD_FAT, FOOD_SNAIL, FOOD_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



▶ Ahora quisiera preguntarle acerca de los líquidos o alimentos que {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} ha ingerido **ayer o anoche**.

Bese an eggisbie emi mudig ibu we gobsa

Me interesa saber si su hijo consumió el producto que yo mencione, incluso si se combinó con otros alimentos.

An wisgubie be goe an immar bioed gobsadibe.

¿{UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} (bebió/comió)?:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Amamantado/leche materna				

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche materna de un biberón o taza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Té o café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugo o bebidas con jugo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche en polvo en lata o leche fresca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Leche en polvo de fórmula para bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche fortificada con hierro y ácido fólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutricrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutricereal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otro líquido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yogur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos para bebés fortificados (p. ej., Cerelac y Nestum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Cereal de desayuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pan, arroz, fideos, avena u otros alimentos hechos con granos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papas blancas, yuca, camote, ñame, ñampi, otoo u otros alimentos hechos de raíces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zanahorias, tomates, melón o cualquier otra fruta o vegetal de color naranja o amarillo en el centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier vegetal de hoja verde oscura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangos o papayas maduros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otra fruta o vegetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Hígado, riñón, corazón o carne de otros órganos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier tipo de carne, como carne de res, de cerdo, de cabra, de pollo o de pato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huevos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pescado o mariscos frescos o disecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frijoles o lentejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier alimento preparado con frijoles o frutos secos, como cacahuete, nuez de la India, nuez de Castilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Queso u otro alimento hecho con leche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sí	No	No sabe	Se negó a contestar
Chocolate, dulces, golosinas, rollos de canela, pastel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aderezos agregados a los alimentos de los niños (p. ej., chile, pimienta, hierbas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos preparados con aceite, grasa o mantequilla (p. ej., papas fritas, pescado frito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caracoles o insectos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otro alimento sólido, semisólido o blando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

Question: FOOD_MILKNUM

Required

Show if: (FOOD_BREASTA = 1:[Sí]) or (FOOD_BREASTB = 1:[Sí])



► **Ayer o anoche**, ¿cuántas veces {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tomó leche materna?

Emi muddig, ¿Iggi mergu we mam nis nusa?

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

-1=No sabe

-2=Se negó a contestar

Question: FOOD_FORMNUM

Required

Show if: (FOOD_FORM = 1:[Sí])



► **Ayer o anoche**, ¿cuántas veces {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} tomó leche en polvo maternizada (fórmula)?

Emi muddig, ¿Iggi mergu we leche wagad gobsa?

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

-1=No sabe

-2=Se negó a contestar

Question: FOOD_YOGNUM

Required

Show if: (FOOD_YOG = 1:[Sí])



► **Ayer o anoche**, ¿cuántas veces {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} comió yogurt?

Emi muddig, ¿Iggi mergu we yogurt gussa?

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

-1=No sabe

-2=Se negó a contestar

Question: FOOD_SOLIDNUM

Required



► **Ayer o anoche**, ¿cuántas veces {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} comió alimentos sólidos, semisólidos o blandos?

Emi muddig, ¿Iggi mergu we immar dudu surmalad gussa?

INGRESE LA CANTIDAD DE VECES:

0=Ninguna

-1=No sabe

-2=Se negó a contestar

Page Break

Collection: VACCINATION_CARD

Contains: VACCARD_NEW, VACCARD, C_VAC3, CARD1_OTHRN_NAME, CARD1_OTH1_NAME, CARD1_OTH2_NAME, CARD1_OTH3_NAME, CARD1_OTH4_NAME, CARD2_OTH5_NAME, CARD2_OTH6_NAME, CARD2_OTH7_NAME, CARD2_OTH8_NAME, CARD2_OTH9_NAME, CARD2_OTH10_NAME, VACCARD_OTH, VACBIRTH_WT, VACBIRTH_HT, VACCARD_PREV

Sección 3. Cartilla de vacunación

Question: VACCARD_NEW

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, tarjeta observada	
2	Sí, tiene tarjeta pero no observada	
0	Sin tarjeta	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Tiene la cartilla en donde están registradas las vacunas de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

Sabga igoyoedga we nigga?

Si la respuesta es sí: ¿Me permite verla, por favor?

An wis an dagbie?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, tarjeta observada
- ☐ Sí, tiene tarjeta pero no observada
- ☐ Sin tarjeta
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: VACCARD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, con vacunas marcadas	
2	Sí, sin vacunas marcadas	
0	Sin tarjeta	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



¿Tiene la cartilla en donde están registradas las vacunas de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

Sabga igoyoedga we nigga?

Si la respuesta es sí: ¿Me permite verla, por favor?

An wis an dagbie?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, con vacunas marcadas
- ☐ Sí, sin vacunas marcadas
- ☐ Sin tarjeta
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Auto Page Break

Question Block: C_VAC3

Contains: C1_BCG_DOSERN, C1_BCG_DOSE1, C1_OPV_DOSERN, C1_OPV_DOSE1, C1_OPV_DOSE2, C1_OPV_DOSE3, C1_OPV_BOOST1, C1_OPV_BOOST2, C1_PV_DOSE1, C1_PV_DOSE2, C1_PV_DOSE3, C1_PV_BOOST1, C1_PV_BOOST2, C1_DPT_DOSE1, C1_DPT_DOSE2, C1_DPT_DOSE3, C1_DPT_BOOST1, C1_DPT_BOOST2, C1_MEA_DOSE1, C1_MEA_BOOST1, C1_PENT_DOSE1, C1_PENT_DOSE2, C1_PENT_DOSE3, C1_ROTADOSE1, C1_ROTADOSE2, C1_TETRA_DOSE1, C1_MMR_DOSE1, C1_MMR_BOOST1, C1_DT_DOSE1, C1_DT_DOSE2, C1_DT_DOSE3, C1_DT_BOOST1, C1_DT_BOOST2, C1_TET_DOSE1, C1_TET_DOSE2, C1_TET_DOSE3, C1_TET_BOOST1, C1_TET_BOOST2, C1_HEPB_DOSERN, C1_HEPB_DOSE1, C1_HEPB_DOSE2, C1_HEPB_BOOST1, C1_YF_DOSE1, C1_YF_BOOST1, C1_TDADULT_DOSE1, C1_TDADULT_DOSE2, C1_TDADULT_BOOST1, C1_MR_DOSE1, C1_MR_BOOST1, C1_HEPA_DOSE1, C1_HEPA_DOSE2, C1_HIB_DOSE1, C1_HIB_DOSE2, C1_HIB_DOSE3, C1_HIB_BOOST1, C1_FLU_DOSE1, C1_FLU_DOSE2, C1_FLU_DOSE3, C1_FLU_BOOST1, C1_FLU_BOOST2, C1_PNEUM_DOSE1, C1_PNEUM_DOSE2, C1_PNEUM_DOSE3, C1_PNEUM_BOOST1, C1_PNEUM_BOOST2, C1_VAC_OTHRN, C1_VAC_OTH1, C1_VAC_OTH2, C1_VAC_OTH3, C1_VAC_OTH4, C1_VAC_OTH5, C1_VAC_OTH6, C1_VAC_OTH7, C1_VAC_OTH8, C1_VAC_OTH9, C1_VAC_OTH10

Required

Show if: (VACCARD = 1:[Sí, con vacunas marcadas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	
0	Sin fecha anotada	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No hay lugar en la cartilla para anotar	



Entrevistador: Copie las fechas de las vacunas de la cartilla de vacunación. Las tablas corresponden a las diferentes tarjetas (la más antigua y la más reciente). COPIE SOLO LA QUE CORRESPONDA:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
Dosis de la BCG para el recién nacido:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la BCG:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosis de la vacuna oral contra la polio (oral polio vaccine, OPV) para el recién nacido:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de OPV:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de OPV:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.ra dosis de OPV:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
OPV, 1.er refuerzo:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OPV, 2.o refuerzo:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1a dosis de la vacuna (no oral) contra la polio:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de PV:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.ra dosis de PV:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PV, 1.er refuerzo:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
PV, 2.o refuerzo:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la DTP:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de DPT:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.ra dosis de DPT:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de DPT:,	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.o refuerzo de DPT:,	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
1.ra dosis de la vacuna contra la sarampión:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo la vacuna contra la sarampión:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de pentavalente:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de pentavalente:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.ra dosis de pentavalente:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna contra el rotavirus:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
2.a dosis de la vacuna contra el rotavirus:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de tetravalente:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de MMR:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de MMR:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la DT:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.a dosis de DT:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
3.ra dosis de DT:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de DT:,	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.o refuerzo de DT:,	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de toxoide tétanos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de toxoide tétanos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.ra dosis de toxoide tétanos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
1.er refuerzo de toxoide tétanos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.o refuerzo de toxoide tétanos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) para el recién nacido:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de la vacuna contra la hepatitis B (HepB):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
1.ra dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la TD para adultos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de TD para adultos:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de TD para adultos:,	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Refuerzo de la vacuna contra el sarampión y la rubeola:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
1.ra dosis de la vacuna contra la varicella:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra revacunación contra la varicella:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna contra la hepatitis A (HepA):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de la vacuna contra la hepatitis A (HepA):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna contra la Hemophilus Influenzae (Hib):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de la vacuna contra la Hemophilus Influenzae (Hib):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
3.ra dosis de la vacuna contra la Hemophilus Influenzae (Hib):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de la vacuna contra la Hemophilus Influenzae (Hib):	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna contra la gripe:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de la vacuna contra la gripe:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.ra dosis de la vacuna contra la gripe:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra revacunación contra la gripe	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
2.a revacunación contra la gripe:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.ra dosis de la vacuna neumocócica:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis de la vacuna neumocócica:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.ra dosis de la vacuna neumocócica:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.er refuerzo de la vacuna neumocócica:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.o refuerzo de la vacuna neumocócica:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
Otra vacuna para el recién nacido:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 1:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 2:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 3:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 4:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 5:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ingrese la fecha: (DD/MM/AAAA)	Sin fecha anotada	No sabe	Se negó a contestar	No hay lugar en la cartilla para anotar
Otra vacuna 6:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 7:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 8:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 9:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra vacuna 10:	<input type="radio"/> <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

Question: CARD1_OTHRN_NAME

Required

Show if: (C1_VAC_OTHRN.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna para el recién nacido" en la cartilla?

Question: CARD1_OTH1_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH1.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 1" en la tarjeta 1?

Question: CARD1_OTH2_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH2.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 2" en la tarjeta 1?

Question: CARD1_OTH3_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH3.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 3" en la tarjeta 1?

Question: CARD1_OTH4_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH4.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 4" en la tarjeta 1?

Question: CARD2_OTH5_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH5 was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 5" en la tarjeta 2?

Question: CARD2_OTH6_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH6.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 6" en la tarjeta 2?

Question: CARD2_OTH7_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH7.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 7" en la tarjeta 2?

Question: CARD2_OTH8_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH8.DATE was-answered)



¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 8" en la tarjeta 2?


Question: CARD2_OTH9_NAME

Show if: (C1_VAC_OTH9.DATE was-answered)




¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 9" en la tarjeta 2?

Question: CARD2_OTH10_NAME
Show if: (C1_VAC_OTH10.DATE was-answered)

 ¿Cuál es nombre del "Otra vacuna 10" en la tarjeta 2?

Question: VACCARD_OTH
Required
Show if: (VACCARD = 1:[Sí, con vacunas marcadas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

 ¿Ha recibido {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} alguna vacuna que no esté registrada en esta tarjeta, incluidas las vacunas administradas en una campaña de vacunación?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: VACBIRTH_WT
Required
Show if: (VACCARD = 1:[Sí, con vacunas marcadas])

 Entrevistador: Copie el peso al nacer de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} de la tarjeta de vacunación:

INGRESE EL PESO AL NACER:

-1 = No registrado

 kg

Question: VACBIRTH_HT
Required
Show if: (VACCARD = 1:[Sí, con vacunas marcadas])


 Entrevistador: Copie la estatura al nacer de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} de la tarjeta de vacunación:

INGRESE LA ESTATURA AL NACER:

-1 = No registrado

 cm

Custom Layout Question: VAC_DOB

 Entrevistador: Copie la fecha de nacimiento de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} de la tarjeta de vacunación:

Día Mes Año

Question: VACCARD_PREV
Required
Show if: (VACCARD = 0:[Sin tarjeta]) or (VACCARD = 2:[Sí, sin vacunas marcadas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	

-2 Se negó a contestar



¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación para {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Page Break

Collection: INTERVIEWER_NOTES
Contains: C_COMMENT_MOD2C

Notas del entrevistador

Question: C_COMMENT_MOD2C



► Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Page Break

FIN DE LA SECCIÓN 2c.**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