

ENCUESTA NACIONAL SOBRE LOS NIVELES DE VIDA EN LOS HOGARES MEXICANOS

(EL QUE RESPONDE DEBE SER UN MIEMBRO DEL HOGAR MUJER DE 14 A 49 AÑOS)

FOLIO 2002

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL LIBRO

ANOTE LA CANTIDAD DE SUPLEMENTOS

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
1) Entidad federativa			
2) Municipio:			
3) Localidad:			
4) A.G.E			
5) Número de control			
6) Estrato			
7) Número de levantamiento			

LA ENCUESTA ESTÁ AUTORIZADA POR LA LEY DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, CAPÍTULO V, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 38° DE LA MENCIONADA LEY. LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CON CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

CONFIDENCIAL

ENCUESTADO											
Nombre del que responde:											
Estado civil: Soltera	1	Separada	2	Casada	3	Divorciada	4	Viuda	5	Unión libre	6
LS (Identificación del miembro del hogar) :											
Edad:											

RESUMEN DEL EMBARAZO (SECCIÓN RES)

RES01. ¿Ha tenido algún hijo o hija que haya nacido vivo?	Sí.....1 No.....3 → RES12
RES02. De estos hijos/hijas nacidos vivos, ¿tiene alguno/alguna que esté viviendo ahora con usted?	Sí.....1 No.....3 → RES03 = 0 RES04 = 0
RES03. De estos hijos nacidos vivos, ¿cuántos varones viven ahora con usted?	_ _ Hombres
RES04. De estos hijos nacidos vivos, ¿cuántas mujeres viven ahora con usted?	_ _ Mujeres
RES05. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN LA LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR DEL LIBRO C EL NÚMERO TOTAL DE HIJOS. SI EL TOTAL DE RES03 + RES04 Y EL NÚMERO DE HIJOS EN LS01 NO COINCIDEN, ACLARE LAS DIFERENCIAS Y RECTIFIQUE EL NÚMERO.	
RES06. ¿Tiene hijos o hijas consanguíneos que aún esten vivos, pero que no vivan con usted?	Sí.....1 No.....3 → RES07 = 0 RES08 = 0
RES07. De estos hijos consanguíneos, ¿cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted?	_ _ Hombres
RES08. De estos hijos consanguíneos, ¿cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted?	_ _ Mujeres
RES09. ¿Ha dado a luz a un hijo o hija, que haya nacido vivo pero que haya fallecido posteriormente?	Sí.....1 No.....3 → RES10 = 0 RES11 = 0
RES10. ¿Cuántos hijos varones nacieron vivos pero murieron posteriormente?	_ _ Hombres
RES11. ¿Cuántas mujeres nacieron vivas pero murieron posteriormente?	_ _ Mujeres

RES12. ¿Ha tenido algún hijo que naciera muerto?	Sí.....1 No.....3 → RES13 = 0
RES13. ¿Cuántos hijos nacidos muertos ha tenido usted?	_ _ Hijos
RES14. ¿Ha tenido alguna pérdida, aborto o interrupción del embarazo?	Sí.....1 No.....3 → RES15 = 0
RES15. ¿Cuántas pérdidas ha tenido?	_ _ Pérdidas
RES16. ENTREVISTADOR: SUME LOS NÚMEROS (RES03, RES04, RES07, RES08, RES10 Y RES11) Y PONGA LA SUMA AQUÍ: _ _ Nacidos Vivos Para confirmar su respuesta, ha tenido _ _ nacidos vivos, ¿es correcto? Sí.....1 No.....3 → REVISE: RES03, RES04, RES07, RES08, RES10, RES11 CORRIJA	
RES17. ENTREVISTADOR: SUME LOS NÚMEROS (RES13, RES15) Y PONGA LA SUMA AQUÍ: _ _ Embarazos no logrados o pérdidas Para confirmar su respuesta, ha tenido _ _ embarazos no logrados o pérdidas, ¿es correcto? Sí.....1 No.....3 → REVISE: RES13 Y RES15 CORRIJA	

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE01. ENTREVISTADOR: TRANSFIERA LA INFORMACIÓN DE LA SECCIÓN RES:	
a. NÚMERO DE NACIMIENTOS (RES16)	
b. PÉRDIDAS Y NACIDOS MUERTOS (RES17)	
a. NÚMERO DE NACIDOS VIVOS (RES16)	a. _ _ Nacidos vivos
b. NÚMERO DE PÉRDIDAS Y DE NACIDOS MUERTOS (RES17)	b. _ _ Nacidos Muertos / Pérdidas
c. ¿Actualmente está usted embarazada?	
Sí..... 1 — (ESCRIBA «1») → HE02b	
No..... 3 — (ESCRIBA «0») → HE03b	c. _ Embarazada
NS..... 8 — (ESCRIBA «0») → HE03b	
HE02. ¿Para qué mes espera el nacimiento del niño?	_ _ Mes
HE03. TOTAL DE (a + b + c)	_ _ SI > 0 → HE04 SI = 0 → SECCIÓN AC

Ahora le voy a preguntar sobre todos los embarazos que haya tenido, empezando por el primero hasta llegar al último.

HE04. ENTREVISTADOR: LISTE TODOS LOS EMBARAZOS QUE HAYA TENIDO LA MUJER EMPEZANDO POR EL PRIMERO.
SI SON MÁS DE CUATRO UTILICE UN SUPLEMENTO. LLENE TODOS LOS RENGLONES DE CADA COLUMNA ANTES DE PASAR AL SIGUIENTE EMBARAZO.

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE05.	Orden cronológico de los resultados de los embarazos	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE06.	ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	_____	_____	_____	_____
HE07.	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando se embarazó por primera vez?	_ _ _ Años			
HE08.	¿Esperaba/espera tener varios hijos de su [...] ?	Si..... 1 No..... 3 → HE10 NS..... 8 → HE10	Si..... 1 No..... 3 → HE10 NS..... 8 → HE10	Si..... 1 No..... 3 → HE10 NS..... 8 → HE10	Si..... 1 No..... 3 → HE10 NS..... 8 → HE10
HE09.	¿Cuántos hijos esperaba/espera tener de este embarazo?	_ _ _ Hijos	_ _ _ Hijos	_ _ _ Hijos	_ _ _ Hijos
HE10.	¿Cuál fue el resultado de su [...] ? (LEER OPCIONES Y EN CASO DE EMBARAZO MÚLTIPLE CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Está embarazada 2. Nacido vivo 3. Pérdida del embarazo 4. Nacido muerto	1 → HE14 2 3 → HE12 4 → HE12	1 → HE14 2 3 → HE12 4 → HE12	1 → HE14 2 3 → HE12 4 → HE12	1 → HE14 2 3 → HE12 4 → HE12
HE11.	¿Fue [...] hombre o mujer? (EN CASO DE PARTO MÚLTIPLE, PREGUNTAR POR EL PRIMERO QUE NACIÓ)	Hombre1 Mujer3	Hombre1 Mujer3	Hombre1 Mujer3	Hombre1 Mujer3
HE12.	¿En qué fecha nació/nació muerto/ perdió su [...] ? 1. Fecha 8. NS	1. _ _ / _ _ / _ _ _ _ → HE14 dd / mm / aa 8.	1. _ _ / _ _ / _ _ _ _ → HE14 dd / mm / aa 8.	1. _ _ / _ _ / _ _ _ _ → HE14 dd / mm / aa 8.	1. _ _ / _ _ / _ _ _ _ → HE14 dd / mm / aa 8.
HE13.	¿Cuántos años cumplidos tiene [...] / tendría si no hubiera muerto? 1. Edad en años 2. Edad en meses 8. NS	1. _ _ Años 2. _ _ Meses 8.	1. _ _ Años 2. _ _ Meses 8.	1. _ _ Años 2. _ _ Meses 8.	1. _ _ Años 2. _ _ Meses 8.
HE14.	¿Cuántos meses estuvo/tiene de embarazada en su [...] ? 1. Tiempo en meses 2. Tiempo en semanas	1. _ _ Meses 2. _ _ Semanas	1. _ _ Meses 2. _ _ Semanas	1. _ _ Meses 2. _ _ Semanas	1. _ _ Meses 2. _ _ Semanas
HE14a.	ENTREVISTADOR: SI HE10 =1 (ESTÁ EMBARAZADA) → HE16	ENTREVISTADOR: SI HE10 =1 (ESTÁ EMBARAZADA) → HE16	ENTREVISTADOR: SI HE10 =1 (ESTÁ EMBARAZADA) → HE16	ENTREVISTADOR: SI HE10 =1 (ESTÁ EMBARAZADA) → HE16	ENTREVISTADOR: SI HE10 =1 (ESTÁ EMBARAZADA) → HE16

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE05. Orden cronológico de los resultados de los embarazos	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE06. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	_____	_____	_____	_____
HE15. En el momento del parto /pérdida de [...] ¿dónde la atendieron? 01. Seguro Social (IMSS) 02. IMSS Solidaridad 03. ISSSTE (Clínica u Hospital) 04. SSA (Clínica u Hospital) 05. DIF 06. Otras instituciones de salud del gobierno 07. PEMEX/SEDENA/Marina 08. Consultorio, clínica u hospital privado 09. Casa de la partera 10. En su casa, con un médico (ginecólogo) 11. En su casa, con una partera 12. En su casa, sin médico o partera 13. Cruz roja 14. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 _____
HE16. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE SI HAY OTRO EMBARAZO EN HE06	Si.....1 → HE08 No.....3	Si.....1 → HE08 No.....3	Si.....1 → HE08 No.....3	Si.....1 → HE16a No.....3
HE16a. ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO?	1. SI → HE08 SUPLEMENTO 3. NO			
HE17. ¿Cuántos embarazos ha tenido en los últimos cinco años?	_ → Si = 0 ó 1 HE19 Si > 1			
HE18. ENTREVISTADOR LEA LO SIGUIENTE:	«Ahora le voy a preguntar sobre estos embarazos, empezando por el último»			
HE19. ENTREVISTADOR LEA LO SIGUIENTE:	«Ahora le voy a preguntar sobre sus últimos dos embarazos, empezando por el último»			

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

Orden cronológico de los resultados de los embarazos HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE20. ¿Cuál fue el resultado de su [# embarazo]? (LEER OPCIONES Y EN CASO DE EMBARAZO MÚLTIPLE CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Está embarazada 2. Nacido vivo 3. Pérdida del embarazo 4. Nacido muerto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
HE21. En total ¿cuántas revisiones le hicieron cuando estuvo embarazada de [...]? 1. Número de revisiones 2. Cero revisiones	1. __ Revisiones 2. ➔ HE26	1. __ Revisiones 2. ➔ HE26	1. __ Revisiones 2. ➔ HE26	1. __ Revisiones 2. ➔ HE26
HE22. ¿A los cuántos meses del [# embarazo] tuvo su primera revisión? 1. Tiempo en meses 2. Tiempo en semanas	1. __ Meses 2. __ Semanas			
HE23. Cuándo estuvo embarazada de [...], la mayoría de las veces ¿en qué institución o lugar fue la revisión? 01. Seguro Social (IMSS) 02. IMSS Solidaridad 03. ISSSTE (Clínica u Hospital) 04. SSA (Clínica u Hospital) 05. DIF 06. Otras instituciones de salud del gobierno 07. PEMEX/SEDENA/Marina 08. Consultorio, clínica u hospital privado 09. Casa de la partera 10. En su casa, con un médico 11. En su casa, con una partera 12. Cruz roja 13. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

Orden cronológico de los resultados de los embarazos HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE24. ¿Me puede dar el nombre y la dirección de éste lugar que usted visitó? 1. Especificar 3. Mismo Mun/Del/Loc/Col/Estado/ País de residencia 8. No sabe	1. Nombre 8. NS _____ 1. Dirección 8. NS _____ Referencia _____ 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS _____ 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS _____ 1. Estado 3. Mismo 8. NS _____ 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS _____ 1. Dirección 8. NS _____ Referencia _____ 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS _____ 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS _____ 1. Estado 3. Mismo 8. NS _____ 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS _____ 1. Dirección 8. NS _____ Referencia _____ 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS _____ 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS _____ 1. Estado 3. Mismo 8. NS _____ 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS _____ 1. Dirección 8. NS _____ Referencia _____ 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS _____ 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS _____ 1. Estado 3. Mismo 8. NS _____ 1. País 3. Mismo 8. NS
HE25. ¿ En algún momento durante el embarazo de [...] recibió usted los siguientes servicios (...)? a. La pesaron b. La midieron c. Le aplicaron la vacuna contra el Tétanos d. Le tomaron la presión arterial e. Le hicieron examen de sangre f. Le hicieron examen de orina g. Escucharon el latido cardíaco fetal h. Le hicieron examen vaginal i. Le midieron las caderas j. Le midieron el fondo uterino con cinta métrica k. Le hicieron el ultrasonido l. Le hablaron sobre planificación familiar m. Le dieron clases sobre el embarazo y/o parto n. Le enseñaron como amamantar ENTREVISTADOR: LA ENCUESTADA ESTA EMBARAZADA o. Al término del embarazo le ofrecieron: o1. ligarle las trompas o2. el dispositivo intrauterino o3. las pastillas anticonceptivas o4. las inyecciones anticonceptivas o5. Otro (especificar)	1. Si 3. No 8. NS a. 1 3 8 b. 1 3 8 c. 1 3 8 d. 1 3 8 e. 1 3 8 f. 1 3 8 g. 1 3 8 h. 1 3 8 i. 1 3 8 j. 1 3 8 k. 1 3 8 l. 1 3 8 m. 1 3 8 n. 1 3 8 Si → HE26 No → CONTINUE	1. Si 3. No 8. NS a. 1 3 8 b. 1 3 8 c. 1 3 8 d. 1 3 8 e. 1 3 8 f. 1 3 8 g. 1 3 8 h. 1 3 8 i. 1 3 8 j. 1 3 8 k. 1 3 8 l. 1 3 8 m. 1 3 8 n. 1 3 8	1. Si 3. No 8. NS a. 1 3 8 b. 1 3 8 c. 1 3 8 d. 1 3 8 e. 1 3 8 f. 1 3 8 g. 1 3 8 h. 1 3 8 i. 1 3 8 j. 1 3 8 k. 1 3 8 l. 1 3 8 m. 1 3 8 n. 1 3 8	1. Si 3. No 8. NS a. 1 3 8 b. 1 3 8 c. 1 3 8 d. 1 3 8 e. 1 3 8 f. 1 3 8 g. 1 3 8 h. 1 3 8 i. 1 3 8 j. 1 3 8 k. 1 3 8 l. 1 3 8 m. 1 3 8 n. 1 3 8 o1. 1 3 8 o2. 1 3 8 o3. 1 3 8 o4. 1 3 8 o5. 1 3 8

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

Orden cronológico de los resultados de los embarazos HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]			[0][2]			[0][3]			[0][4]		
HE26. ¿Cuándo estuvo embarazada de [...] tomó/ha tomado usted (...) ? A. Hierro B. Calcio C. Vitaminas	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS
HE27. ¿Cuándo estuvo embarazada de [...] tuvo/ ha tenido usted (...) ? A. Sangrado vaginal B. Hinchazón de pie/ pierna/cara/manos C. Presión arterial alta D. Ojos rojos E. Dolores de cabeza frecuentes F. Azúcar en la sangre G. Infección en los riñones H. Flujo con olor o color anormal I. Amenaza de parto (últimos meses) J. Amenaza de aborto (primeros meses) K. Comezón aguda/infección vaginal L. Rompimiento prematuro de la fuente	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS
HE28. ENTREVISTADOR: 1. HE20 = 1 (ESTA EMBARAZADA) ó 3 (PERDIDA) 3. HE20 = 2 (NACIDO VIVO) ó 4 (NACIDO MUERTO)	1 → HE20 (otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo) 3			1 HE20 (otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo) 3 →			1 → HE20 (otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo) 3			1 → HE20 (otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo) 3		
HE28a. ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO?	1. SI → HE20 SUPLEMENTO 3. NO											
HE29. Al momento de dar a luz a [...], ¿estuvo usted en trabajo de parto por más de un día y una noche? 1. Si 3. No 8. NS	1 3 8	1 3 8	1 3 8	1 3 8								
HE30. ¿Nació [...] antes de tiempo? 1. Si 3. No 8. NS	1 3 8	1 3 8	1 3 8	1 3 8								

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE19a. Orden cronológico de los resultados de los embarazos ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE31. ¿Dónde le atendieron el parto de [...]? 01. Seguro Social (IMSS) 02. IMSS Solidaridad 03. ISSSTE (Clínica u Hospital) 04. SSA (Clínica u Hospital) 05. DIF 06. Otras instituciones de salud del gobierno 07. PEMEX/SEDENA/Marina 08. Consultorio, clínica u hospital privado 09. Casa de la partera 10. En su casa, con un médico (ginecólogo) 11. En su casa, con una partera 12. En su casa, sin médico o partera 13. Cruz roja 14. Aún no ha dado a luz 15. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15
HE32. ¿Me puede dar el nombre y la dirección de éste lugar que usted visitó? 1. Especificar 3. Mismo Mun/Del/Loc/Col/Estado/ País de revisiones 8. No sabe	1. Nombre 8. NS 1. Dirección 3. Mismo 8. NS Referencia 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS 1. Estado 3. Mismo 8. NS 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS 1. Dirección 3. Mismo 8. NS Referencia 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS 1. Estado 3. Mismo 8. NS 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS 1. Dirección 3. Mismo 8. NS Referencia 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS 1. Estado 3. Mismo 8. NS 1. País 3. Mismo 8. NS	1. Nombre 8. NS 1. Dirección 3. Mismo 8. NS Referencia 1. Loc/Col 3. Mismo 8. NS 1. Mun/Del 3. Mismo 8. NS 1. Estado 3. Mismo 8. NS 1. País 3. Mismo 8. NS
HE33. ¿El parto de [...] fue normal o le hicieron cesárea? 1. Normal 2. Cesárea	1 2	1 2	1 2	1 2
HE34. ¿Durante el parto de [...]? A. Tuvo presión alta B. Tuvo presión baja C. El (la) niño (a) venía de pies o sentado (a) D. El (la) niño (a) traía cordón umbilical enredado E. Tuvo alguna complicación o dificultad	SI NO NS A 1 3 8 B 1 3 8 C 1 3 8 D 1 3 8 E 1 3 8	SI NO NS A 1 3 8 B 1 3 8 C 1 3 8 D 1 3 8 E 1 3 8	SI NO NS A 1 3 8 B 1 3 8 C 1 3 8 D 1 3 8 E 1 3 8	SI NO NS A 1 3 8 B 1 3 8 C 1 3 8 D 1 3 8 E 1 3 8

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

Orden cronológico de los resultados de los embarazos HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE35. ¿Recibió algún tipo de anestesia? 1. Si 3. No	1 3	1 3	1 3	1 3
HE36. ¿Cuánto gastó en transportarse al lugar de atención del parto? (Sólo de ida, incluyendo acompañantes) 1. Gasto en transporte 8. NS	1. \$, 8	1. \$, 8	1. \$, 8	1. \$, 8
HE37. ¿Cuánto le costó el parto (incluyendo gastos médicos)? 1. Costo del parto 3. Nada 8. NS	1. \$, 3 8. NS → HE39	1. \$, 3 8. NS → HE39	1. \$, 3 8. NS → HE39	1. \$, 3 8. NS → HE39
HE38. ¿Contaba usted con algún servicio de prepago para atención durante el embarazo y/o parto?	1. Si 3. No	1. Si 3. No	1. Si 3. No	1. Si 3. No
HE39. ¿Quién recibió a [...] durante su nacimiento? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Médico general 2. Ginecólogo 3. Pediatra 4. Partera 5. Auxiliar o Promotora de Salud 6. Enfermera 7. Anestesiólogo 8. Nadie 9. Otro(especificar)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 → HE41	1 2 3 4 5 6 7 8 9 → HE41	1 2 3 4 5 6 7 8 9 → HE41	1 2 3 4 5 6 7 8 9 → HE41
HE40. ¿Por qué escogió esta persona/lugar/centro de salud? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Barato 02. Cercanía 03. Sentirse segura 04. Mayor comodidad 05. Servicio moderno 06. Por tener derecho al servicio 07. Recomendación de familiar/amigo/doctor 08. Fue referida por otro lugar 09. Gratuito 10. Costumbre 11. Única opción 12. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE19a. Orden cronológico de los resultados de los embarazos ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE41 Tuvo alguna revisión durante los primeros cuarenta días después del parto de [...]? 1. Si 3. No 8. NS	1 3 8	1 3 8	1 3 8	1 3 8
HE42. ¿Cuánto tiempo después de que nació [...] le regresó su regla (menstruación)? 01. Tiempo en días 02. Tiempo en semanas 03. Tiempo en meses 96. No le ha regresado 97. No le regresó porque se embarazó 98. NS	01. _ _ Días 02. _ _ Semanas 03. _ _ Meses 96 97 98	01. _ _ Días 02. _ _ Semanas 03. _ _ Meses 96 97 98	01. _ _ Días 02. _ _ Semanas 03. _ _ Meses 96 97 98	01. _ _ Días 02. _ _ Semanas 03. _ _ Meses 96 97 98
HE43. ¿Cuánto tiempo después de que nació [...] tuvo usted relaciones sexuales nuevamente? 01. Tiempo en meses 95. Después de la cuarentena 96. No ha tenido/tuvo 97. Menos de un mes 98. NS	01. _ _ Meses 95 96 97 98	01. _ _ Meses 95 96 97 98	01. _ _ Meses 95 96 97 98	01. _ _ Meses 95 96 97 98
HE44. ENTREVISTADOR: 1. HE20 =2 (NACIÓ VIVO) 3. HE20 = 4 (NACIÓ MUERTO)	1 3 → HE20 (hay otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo)	1 3 → HE20 (hay otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo)	1 3 → HE20 (hay otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo)	1 3 → HE20 (hay otro embarazo) → AC (no hay otro embarazo)
HE45. Comparando con otros niños, ¿usted considera que [...] era mayor, menor o de tamaño similar? 1. Mayor 2. Similar 3. Menor 8. NS	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
HE46. ¿Cuánto pesó [...] al nacer? 1. Peso 2. No lo(a) pesaron 8. NS	1. _ . _ _ _ Kg. Grs. 2. 8.	1. _ . _ _ _ Kg. Grs. 2. 8.	1. _ . _ _ _ Kg. Grs. 2. 8.	1. _ . _ _ _ Kg. Grs. 2. 8.
HE47. ¿Le dio pecho a [...] alguna vez aunque fuese por un periodo corto?	Si.....1 No.....3 → HE51	Si.....1 No.....3 → HE51	Si.....1 No.....3 → HE51	Si.....1 No.....3 → HE51

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

HE19a. Orden cronológico de los resultados de los embarazos ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]																																																																																																
HE48. ¿Por cuánto tiempo alimentó a [...] solamente dándole pecho, agua o té? 01. Tiempo en días 02. Tiempo en semanas 03. Tiempo en meses 96. Aún da pecho	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96																																																																																																
HE49. ¿Mientras le daba pecho a [...] consumió usted medicamentos no recetados por un médico, como (...)? A. Anticonceptivos (pastillas anticonceptivas) B. Analgésicos (aspirina, tempra, disprina) C. Antibióticos (amoxil, binotal, penicilina) D. Vitaminas E. Otro (especificar)	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>A</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	A	1	3	8	B	1	3	8	C	1	3	8	D	1	3	8	E	1	3	8	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>A</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	A	1	3	8	B	1	3	8	C	1	3	8	D	1	3	8	E	1	3	8	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>A</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	A	1	3	8	B	1	3	8	C	1	3	8	D	1	3	8	E	1	3	8	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>A</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	A	1	3	8	B	1	3	8	C	1	3	8	D	1	3	8	E	1	3	8
	SI	NO	NS																																																																																																	
A	1	3	8																																																																																																	
B	1	3	8																																																																																																	
C	1	3	8																																																																																																	
D	1	3	8																																																																																																	
E	1	3	8																																																																																																	
	SI	NO	NS																																																																																																	
A	1	3	8																																																																																																	
B	1	3	8																																																																																																	
C	1	3	8																																																																																																	
D	1	3	8																																																																																																	
E	1	3	8																																																																																																	
	SI	NO	NS																																																																																																	
A	1	3	8																																																																																																	
B	1	3	8																																																																																																	
C	1	3	8																																																																																																	
D	1	3	8																																																																																																	
E	1	3	8																																																																																																	
	SI	NO	NS																																																																																																	
A	1	3	8																																																																																																	
B	1	3	8																																																																																																	
C	1	3	8																																																																																																	
D	1	3	8																																																																																																	
E	1	3	8																																																																																																	
HE50. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE HE48 SI HE48 = 96 (AÚN DA PECHO) → HE53 SI HE48 = 01, 02, 03 (TIEMPO EN DIAS/ SEMANAS/ MESES) → HE51																																																																																																				
HE51. ¿Por qué dejó de amamantar / no amamantó a [...]? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Madre enferma/débil 02. Pezones con dolor 03. Razones laborales 04. Por tomar pastillas anticonceptivas 05. Quería embarazarse 06. Estaba embarazada otra vez 07. Insuficiente leche materna 08. Enfermedad del niño 09. Niño en incubadora 10. Niño no se desarrolló 11. Niño no quería 12. Recomendación del Doctor/Enfermera 13. Objeción del esposo 14. Inhabilidad del niño para succionar 15. Niño era suficientemente grande 16. Por darle pecho a otro bebé 17. Muerte del niño 18. Decisión personal/no quiso 19. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 → HE53 15 16 17 → HE56 18 19	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 → HE53 15 16 17 → HE56 18 19	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 → HE53 15 16 17 → HE56 18 19	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 → HE53 15 16 17 → HE56 18 19																																																																																																

HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

Orden cronológico de los resultados de los embarazos HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.	[0][1]	[0][2]	[0][3]	[0][4]
HE52. ¿Alguien más siguió dándole pecho a [...] aunque fuese sólo por un periodo corto? 1. Si 3. No	1 3	1 3	1 3	1 3
HE53. ¿Qué edad tenía [...] cuando lo/a alimentó con otros líquidos, como jugo o leche de fórmula, además de la leche materna? 01. Días 02. Semanas 03. Meses 96. No ha sido alimentado aún/nunca	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 96.
HE54. ¿Qué edad tenía [...] cuando lo (la) alimentó por primera vez con alimentos sólidos, como papilla ? 01. Días 02. Semanas 03. Meses 04. Años 96. No ha sido alimentado aún/nunca	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 04. [] [] [] Años 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 04. [] [] [] Años 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 04. [] [] [] Años 96.	01. [] [] [] Días 02. [] [] [] Semanas 03. [] [] [] Meses 04. [] [] [] Años 96.
HE55. ¿Todavía vive [...] ? 1. Si 3. No	1 → HE20 (Hay otro embarazo) AC (No hay otro embarazo) 3	1 → HE20 (Hay otro embarazo) AC (No hay otro embarazo) 3	1 → HE20 (Hay otro embarazo) AC (No hay otro embarazo) 3	1 → HE20 (Hay otro embarazo) SUPLEMENTO AC (No hay otro embarazo) 3
HE56. ¿Qué edad tenía [...] cuando murió? 1. Edad en días 2. Edad en semanas 3. Edad en meses 4. Edad en años	1. [] [] [] Días 2. [] [] [] Semanas 3. [] [] [] Meses 4. [] [] [] Años → HE20 (Hay otro embarazo) → AC (No hay otro embarazo)	1. [] [] [] Días 2. [] [] [] Semanas 3. [] [] [] Meses 4. [] [] [] Años → HE20 (Hay otro embarazo) → AC (No hay otro embarazo)	1. [] [] [] Días 2. [] [] [] Semanas 3. [] [] [] Meses 4. [] [] [] Años → HE20 (Hay otro embarazo) → AC (No hay otro embarazo)	1. [] [] [] Días 2. [] [] [] Semanas 3. [] [] [] Meses 4. [] [] [] Años → HE20 (Hay otro embarazo) SUPLEMENTO → AC (No hay otro embarazo)

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

Ahora quisiera preguntarle acerca de métodos para posponer o prevenir el embarazo.

AC01. ENTREVISTADOR: PREGUNTAR PRIMERO TODA LA COLUMNA DE AC02. SI ALGUNA RESPUESTA ES «SI» PREGUNTAR POR RENGLÓN A PARTIR DE ACO3.

(AC TIPO) MEDIOS / MÉTODOS	AC02 ¿Ha oído hablar acerca de (...) para no tener hijos?	AC03 ¿Alguna vez usted/ su pareja ha usado/tiene (...)?	AC04 ¿Qué edad tenía usted cuando usó este método por primera vez?	AC05 ¿Cuánto cuesta (...)?		AC06 ¿Si quisiera utilizar (...) dónde lo podría conseguir? (VER CÓDIGO)
				PRECIO	UNIDAD	
A. Pastillas anticonceptivas (Una mujer puede tomar pastillas anticonceptivas todos los días)	1. Si → 3. No ↓	1. Si 3. No → AC06	___ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$, 3. Gratis } AC06 8. No sabe }	1. Una Caja 5. ____	 _____
B. DIU Dispositivo Intrauterino/T de cobre (Una mujer puede tener un dispositivo intrauterino insertado en su útero por un doctor o una partera)	1. Si → 3. No ↓	1. Si 3. No → AC06	___ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$, 3. Gratis } AC06 8. No sabe }		 _____
C. Inyecciones Anticonceptivas (Una mujer puede ser inyectada por un doctor o una partera para prevenir el embarazo por unos meses)	1. Si → 3. No ↓	1. Si 3. No → AC06	___ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$, 3. Gratis } AC06 8. No sabe }	1. Un Mes 3. Tres Meses 5. ____	 _____
D. Condón o preservativo (Un hombre puede usar protección durante la relación sexual)	1. Si → 3. No ↓	1. Si 3. No → AC06	___ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$, 3. Gratis } AC06 8. No sabe }	1. Un Condón 3. Una caja 5. ____	 _____
E. Norplant, Tubitos o Implantes (Una mujer puede pedirle a un doctor que le coloque unos tubitos bajo la piel del brazo para no embarazarse)	1. Si → 3. No ↓	1. Si 3. No → AC06	___ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$, 3. Gratis } AC06 8. No sabe }	1. Tres Años 3. Cinco Años 5. ____	 _____

CÓDIGO AC06

- 01. Hospital/Clinica/Centro de Salud público
- 02. Hospital/Clinica privada
- 03. Dispensario Médico
- 04. Unidad Médica Móvil
- 05. Promotor de salud
- 06. Farmacia
- 07. Enfermera
- 08. Partera
- 09. Amigo/Familiar
- 10. Mercado/Hierbero
- 11. Ningún lado

- 12. Otro (especificar)
- 98. NS

CODIGO AC05

- 5. Otro (especificar)

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

(AC TIPO) CONTROL NATAL RECURSO/METODO	AC02 ¿Ha oído hablar acerca de (...) para no tener hijos?	AC03 ¿Alguna vez usted/ su pareja ha usado/tiene (...)?	AC04 ¿Qué edad tenía usted cuándo usó este método por primera vez?	AC05 ¿Cuánto cuesta (...)?	AC06 ¿Si quisiera utilizar (...) dónde lo podría conseguir? (VER CÓDIGO)	
F. Método del Ritmo, Calendario, Billings o Abstinencia Periódica (Una pareja deja de tener relaciones sexuales en ciertos días del mes cuando es más probable que la mujer se embarace)	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No → Sig. Línea	____ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	PRECIO UNIDAD		
G. Retiro o Coito Interrumpido (Un hombre puede retirarse antes de terminar para que la mujer no quede embarazada)	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No				
H. Anticoncepción de emergencia (Una mujer puede tomar pastillas hasta 72 hrs. después de haber tenido relaciones)	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No AC06	____ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$ _____ } AC06 8. No sabe } 3. Gratis	1. Un Mes 3. Tres Meses 5. _____	____
I. Hierbas o tes para no tener hijos.	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No AC06	____ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$ _____ } AC06 8. No sabe } 3. Gratis	1. Un Mes 3. Tres Meses 5. _____	____
J. Ligadura de Trompas/Esterilización femenina (Una mujer puede tener una operación para prevenir el embarazo)	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No AC06	____ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$ _____ } AC06 8. No sabe } 3. Gratis		____
K. Vasectomía/ Esterilización Masculina (Un hombre puede hacerse una cirugía para no tener otro hijo)	1. Si → 3. No ↓	1. Si → 3. No AC06	____ Años (PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)	1.\$ _____ } AC06 8. No sabe } 3. Gratis		____
L. Otros (especificar) (Alguna otra forma o método para evitar el embarazo)	1. Si _____ 3. No					

CÓDIGO AC06

- 01. Hospital/Clinica/Centro de Salud público
- 02. Hospital/Clinica privada
- 03. Dispensario Médico
- 04. Unidad Médica Móvil
- 05. Promotor de salud
- 06. Farmacia
- 07. Enfermera
- 08. Partera

- 09. Amigo/Familiar
- 10. Mercado/Hierbero
- 11. Ningún lado
- 12. Otro (especificar)

CÓDIGO AC05

- 5. Otro (especificar)

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

<p>AC07. ¿Es usted físicamente capaz de concebir un hijo? 1. Si 3. No 8. NS</p>	<p>1 3 8</p>
<p>AC08. ENTREVISTADOR: VERIFICAR SI HA TENIDO HIJOS EN RES16 O PÉRDIDAS U ABORTOS EN RES17</p>	<p>1. Si → AC10 3. No → AC09</p>
<p>AC09. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?</p>	<p>1. Si → AC11 3. No → AC26</p>
<p>AC10. ¿Cuántos hijos tenía la primera vez que usó un método anticonceptivo? 1. Número de hijos 3. Nunca ha usado un método anticonceptivo</p>	<p>1. _ _ _ Hijos 3. → AC24</p>
<p>AC11. ¿Usa actualmente usted o su pareja, un método para posponer o prevenir el embarazo?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 → AC23</p>
<p>AC12. ¿Qué método usa usted (o su pareja) ahora? EN CASO DE DUDA VOLVER A EXPLICAR LOS MÉTODOS 01. Pastillas anticonceptivas 02. Anticoncepción de emergencia 03. Inyecciones Anticonceptivas 04. Condón o Preservativo 05. Norplant, Tubitos o Implantes 06. Hierbas/Tes 07. DIU Dispositivo Intrauterino/T de cobre 08. Ritmo, Calendario, Billings o Abstinencia Periódica 09. Retiro o Coito Interrumpido 10. Operada 11. Vasectomía 12. Otro (especificar)</p>	<p>01 → AC14 02 → AC14 03 → AC14 04 → AC14 05 → AC14 06 → AC14 07 → AC13 08 → AC15 09 → AC15 10 → AC16 11 → AC16 12 _____ → AC14</p>
<p>AC13. ¿Le colocaron el Dispositivo Intrauterino con su consentimiento?</p>	<p>Si..... 1 → AC15 No..... 3 → AC15</p>
<p>AC14. ¿Cuánto gasta en (MÉTODO ACTUAL) ? 1. Gasto mensual 2. Gasto anual 3. Gasto cada 3 años 4. Gasto cada 5 años 5. Gratis</p>	<p>1. \$ _ _ _ , _ _ _ mensual 2. \$ _ _ _ , _ _ _ anual 3. \$ _ _ _ , _ _ _ 3 años 4. \$ _ _ _ , _ _ _ 5 años 5. Gratis</p>
<p>AC15. ¿ Usaba usted este mismo método hace 5 años? 1. Si 3. No 5. No usaba ninguno</p>	<p>1 3 5</p>

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

<p>AC16. ¿Cuál es la razón principal por la que decidió usar el (METODO ACTUAL) en lugar de otro método de planificación familiar?</p> <p>01. Recomendación de un prestador de servicios de salud 02. Recomendación de un amigo o familiar 03. Efectos colaterales con otro método 04. Disponibilidad /Comodidad 05. Costo 06. Quería método permanente 07. El esposo lo prefirió 08. Quería un método más efectivo/seguro 09. Es el único método que conoce 10. Por principios religiosos 11. Sugerencia de su suegra 12. Quería un método fácil de usar 13. Decisión del médico / enfermera 14. Enfermedad 15. Otro (especificar) 98. NS</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 98</p>
<p>AC17. ENTREVISTADOR: SI AC12 = 08 (Ritmo, Calendario, Billings, Abstinencia periódica) ó 09 (Retiro o Coito Interrumpido) → AC21</p>	
<p>AC18. ¿Ha tenido alguna molestia o problema de salud por el uso del (METODO ACTUAL)?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 → AC20 NS..... 8 → AC20</p>
<p>AC19. ¿Ha limitado sus actividades por causa de estas molestias?</p> <p>1. Si 3. No</p>	<p>1 3</p>
<p>AC20. ¿Dónde obtuvo el método actual?</p> <p>01. Hospital público 02. Hospital/Clinica privada 03. Dispensario Médico 04. Unidad Médica Móvil 05. Promotor de salud 06. Farmacia 07. Enfermera 08. Partera 09. Amigo/Familiar 10. Mercado/Hierbero 11. Ningún lado 12. Otro (especificar) 98. NS</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 98</p>

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

<p>AC21. ¿Algún médico, enfermera, partera, promotor le recomendó el (METODO ACTUAL)?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 → AC26</p>
<p>AC22. En su visita con el proveedor que le sugirió el método que actualmente utiliza, el proveedor alguna vez: A. ¿Le explicó o ha explicado la posibilidad de efectos secundarios debido al uso del (METODO ACTUAL)? B. ¿Le informó o ha informado de otros métodos que podría utilizar?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 NS..... 8 Si..... 1 → AC26 No..... 3 → AC26 NS..... 8 → AC26</p>
<p>AC23. ¿Por qué no usa usted/su pareja algún método para prevenir el embarazo? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Está embarazada 02. Quiere tener un hijo 03. Falta de conocimiento 04. Desaprobación/Consejo del esposo 05. Costo elevado 06. Razones de salud 07. Efectos secundarios 08. Consejo del Doctor/Enfermera/Partera 09. Dificultad para obtener métodos 10. Religión 11. Relaciones sexuales poco frecuentes 12. Dificultad para embarazarse 13. Menopausia/Histerectomía 14. Acaba de dar a luz (no ha tenido la regla) 15. Acaba de dar a luz (no sexo) 16. Dando pecho 17. Por esterilidad 18. Por ausencia temporal de la pareja 19. No lo necesita (soltera, separada,viuda) 20. Operada 21. No quiere 22. Otro (especificar) 	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 → AC26 14 15 16 17 → AC26 18 19 20 → AC26 21 22</p>
<p>AC24. ¿Usted planea usar un método de control natal para posponer/prevenir el embarazo en un futuro?</p>	<p>1. Si 3. No → AC26 8. NS → AC26</p>

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

<p>AC25. ¿Qué método preferiría usted?</p> <p>01. Pastillas 02. Inyecciones 03. Condón o Preservativo 04. DIU/T de cobre 05. Esterilización Masculina (vasectomía) 06. Esterilización Femenina (operación) 07. Norplant 08. Ritmo 09. Interrupción del coito 10. Hierbas Tradicionales 11. Otro (especificar) 98. No sabe</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 _____ 98</p>
<p>AC26. ¿Cuántos años tenía usted cuando le bajó la regla por primera vez?</p> <p>1. Años 7. No le ha bajado 8. NS</p>	<p>1. _ _ Años 7. → AC32 8.</p>
<p>AC27. ¿Cuándo tuvo usted su última regla?</p> <p>1. Actualmente está reglando 2. Menos de un mes 3. Tiempo en meses 4. Un año o más 8. NS</p>	<p>1. → AC29 2. → AC29 3. _ _ Meses → AC29 4. 8. → AC29</p>
<p>AC28. ¿ Por qué razón dejó usted de reglar?</p> <p>01. No sabe 02. Menopausia 03. Embarazada 04. Está lactando 05. Como consecuencia del parto 06. Le quitaron la matriz o los ovarios 07. Tiene tuberculosis o cáncer 08. Recibió radiaciones en la pelvis 09. Por tener bajo peso 10. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 _____</p>
<p>AC29. ¿Cuántos hijos (más) le gustaría tener?</p> <p>01. Número de hijos</p>	<p>01. _ _ Hijos -s- 0 AC31</p>
<p>95. Los que le mande Dios/ Indiferente</p> <p>AC30. Entre los hijos que usted aún desea tener ¿cuántos hijos varones e hijas mujeres le gustaría tener?</p> <p>01. Número de hijos varones 02. Número de mujeres 95. Los que le mande Dios/ Indiferente</p>	<p>95.</p> <p>01. _ _ Varones → AC32 02. _ _ Mujeres → AC32 → AC32 95. Los que le mande Dios/Indiferente AC32</p>

ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)

AC31. Si pudiera empezar de nuevo, ¿cuántos hijos le hubiera gustado tener? Número de hijos	_ _ Hijos
AC32. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN AC08 Y AC09 SI HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	SI.....1 → AC33 NO.....3 → AC41
AC33. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? 1. Edad 8. NS 9. No respondió	1. _ _ Años 8. 9.
AC34. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? 1. Número de parejas sexuales 8. NS 9. No respondió	1. _ _ Parejas 8. 9.
AC35. ¿A qué edad se casó/comenzó su unión libre (se juntó) por primera vez? 1. Edad 3. Nunca se ha casado/ vivido en unión libre	1. _ _ Años 3.
AC36. ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes? 1. Si 3. No 9. No respondió	1 3 9
AC37. ¿Cada cuándo tiene relaciones sexuales? 1. Número de veces a la semana 2. Número de veces al mes 3. Número de veces al año 4. No ha tenido en el último año	1. _ _ Veces 2. _ _ Veces 3. _ _ Veces 4.
AC38. ¿Usted se realiza el Papanicolao en forma periódica?	SI..... 1 NO..... 3 → AC40 NS..... 8 → AC41
AC39. ¿Cada cuándo se hace usted un Papanicolao? 1. Tiempo en años 3. Tiempo en meses	1. Cada _ _ años 3. Cada _ _ meses
AC40. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un Papanicolao? 1. Fecha (año) 3. Nunca se lo ha hecho	1. _ _ _ _ 3.
AC41. ¿Usted se hace un examen de mama en forma periódica?	SI..... 1 NO..... 3 → AC43 NS..... 8 → SECCION NE
AC42. ¿Cada cuándo se hace usted un examen de mama? 1. Tiempo en años 3. Tiempo en meses 4. Diario	1. Cada _ _ años 3. Cada _ _ meses 4.
AC43. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un examen de mama? 1. Fecha (mes y año) 3. Nunca se lo ha hecho	1. _ _ Mes _ _ _ _ Año 3.

NOTAS DE LAS SESIONES DE LA ENTREVISTA (SECCIÓN NE)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR EL LIBRO.

NE01. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. NADIE
- B. UN NIÑO DE 5 AÑOS O MENOS
- C. UN NIÑO MAYOR DE 5 AÑOS
- D. CÓNYUGE/PAREJA
- E. UN ADULTO, MIEMBRO DEL HOGAR
- F. UN ADULTO, NO MIEMBRO DEL HOGAR

NE04. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE02. ¿CUÁL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE05. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE03. ¿CUÁL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE06. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE07. NOTAS:

CONTROL DE VISITAS

NÚMERO DE VISITAS	FECHA DE LA VISITA		TIEMPO DE LA ENTREVISTA		RESULTADO DE LA VISITA (Ver códigos)	SECCIONES CONTESTADAS				FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA			
	DÍA	MES	HRS	MIN		RES	HE	AC	NE	HRS.	MIN.	DÍA	MES
1						RES	HE	AC	NE				
2						RES	HE	AC	NE				
3						RES	HE	AC	NE				
4						RES	HE	AC	NE				
5						RES	HE	AC	NE				
6						RES	HE	AC	NE				
TIEMPO TOTAL DE LA ENTREVISTA													

REGISTRO DE PERSONAL

Resultado de entrevista

PUESTOS	NOMBRE	CLAVE	FIRMA	FECHA DE ENTREGA
ENTREVISTADOR EN HOGARES				
EQUIPO DE HOGARES				
SUPERVISOR				
EDITOR				
JEFE ESTATAL				