

ENCUESTA NACIONAL SOBRE NIVELES DE VIDA DE LOS HOGARES

(ESTE LIBRO DEBERÁ APLICARSE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

FOLIO

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL LIBRO

ANOTE LA CANTIDAD DE SUPLEMENTOS

UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
1. Entidad federativa				
2. Municipio:				
3. Localidad:				
4. A.G.E.B.				
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

2005



Instituto Nacional
de Salud Pública



MEDIDAS DE SALUD (SECCIÓN SA)

LS00 No. de miembros del hogar (2005)	LS01 NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	LS00* No. de miembros del hogar (2002)	SA01 Sexo 2005	SA02 ¿Cuándo nació usted (...)? Día / mes / año	SA02a METODO DE OBTENCIÓN DE FECHA DE NACIMIENTO	SA03 ¿Cuántos años tiene usted (...)?	SA04 ¿Cuánto mide usted? PREGUNTAR SI EDAD 15 AÑOS O MÁS	SA05 ¿Cuánto pesa usted? PREGUNTAR SÓLO SI EDAD 15 AÑOS O MÁS	SA06 En su opinión, ¿usted se encuentra (...)? PREGUNTAR SÓLO SI EDAD 15 AÑOS O MÁS
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8
			1 3	1. ____/____/_____ 3. NS	1 3	_____ SI MENOR DE 15 AÑOS →SA07	1. ____ Mts. Cms. 8. NS	1. ____ Kgs. Grs. 8. NS	1 2 3 4 5 8

SA01
1. Masculino 3. Femenino

SA02a
1. Recordatorio del informante
3. Documento oficial

SA06
1. Muy bien nutrido
2. Bien nutrido
3. Regularmente nutrido

4. Mal nutrido
5. Muy mal nutrido
8. NS

MEDIDAS DE SALUD (SECCIÓN SA)

LS00 No. de miembros del hogar (2005)	LS01 NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	LS00* No. de miembros del hogar (2002)	SA07 TALLA / LONGITUD (Cm) SI MENOR DE 2 AÑOS MEDIR ACOSTADO	SA07a MÉTODO DE MEDIDA	SA08 PESO (Kg)	SA09 ESTADO FISIOLÓGICO SI ES MIJER Y SI EDAD 12 AÑOS O MAYOR	SA10 Día/Mes para el que se espera el nacimiento (dd/mm)	SA11 CIRCUNFERENCIA DE CINTURA (cm) SI EDAD 12 AÑOS O MAYOR	SA12 PRESIÓN ARTERIAL SI EDAD 15 AÑOS O MAYOR SISTOLE / DIASTOLE
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
			1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1 3	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. Embarazada 2. Lactando →SA11 9. No Aplica →SA11	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 8. NS →SA12	1. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> 3. <input type="text"/>

SA07, SA08, Y SA11
1. MEDIDA
3. RAZÓN POR LA QUE NO FUE MEDIDO

SA07a
1. PARADO
3. ACOSTADO

SA09
9. HOMBRE/
MUJER NO EMBARAZADA

SA12
1. MEDIDA
3. RAZÓN POR LA QUE NO FUE TOMADA LA PRESIÓN

MEDIDAS DE SALUD (SECCIÓN SA)

LS00 No. de miembros del hogar (2005)	LS01 NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	LS00* No. de miembros del hogar (2002)	SA13 HORA DE TOMA DE PRESIÓN DE SANGRE HH : MM	SA14 PRESIÓN ARTERIAL SI EDAD 15 AÑOS O MAYOR SISTOLE / DIASTOLE	SA15 HORA DE TOMA DE PRESIÓN DE SANGRE HH : MM	SA16x ¿SE TOMÓ MUESTRA DE SANGRE?	SA16y HORA DEL ÚLTIMO ALIMENTO HH : MM	SA16z HORA DE TOMA DE MUESTRA DE SANGRE HH : MM	SA16 HEMOGLOBINA (g/dL)
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____
			1. ____:____	1. ____/____ 3. _____	1. ____:____	1. _____ 3. _____	1. ____:____	1. ____:____	1. ____. 3. _____

SA13, SA15, SA16Y, Y SA16Z
HORARIO DE 24 HRS

SA14
1. MEDIDA
3. RAZÓN NO SE TOMÓ LA PRESIÓN

SA16X
1. MEDIDA
3. RAZÓN NO SE TOMÓ MUESTRA

SA16Y
99. NO SABE HORA
99. NO SABE MINUTOS / HORARIOS 24 HORAS

SA16
1. MEDIDA
3. RAZÓN NO SE MIDió

MEDIDAS DE SALUD (SECCIÓN SA)

LS00 No. de miembros del hogar (2005)	LS01 NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	LS00* No. de miembros del hogar (2002)	SA16a GLUCOSA (mg/dL) SI EDAD 15 AÑOS O MÁS	SA16b COLESTEROL (mg/dL) SI EDAD 15 AÑOS O MÁS	SA17x ¿TOMÓ MUESTRA DE SANGRE? (PAPEL FILTRO)	SA17a PROTEÍNA C REACTIVA (mcg/L) SI EDAD 15 AÑOS O MAYOR PEGAR ETIQUETA	SA18 COMENTARIOS ANOTE SI EL ENCUESTADO PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD VISIBLE, INFECCIÓN DE LA PIEL, TOS, HERIDAS, ETC.	SA19 ANOTE SI EL ENCUESTADO SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD (PARÁLISIS, SORDERA, CEGUERA, DISCAPACIDAD MENTAL, ETC.)
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
			1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. _____	1. _____ 3. _____		1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____

ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO?
1. SI 3. NO

SA16a, SA16b
1. MEDIDA
3. RAZÓN NO SE MIDió

SA17x
1. MEDIDA
3. RAZÓN NO SE TOMó MUESTRA

SA18
1. ESPECIFICAR ENFERMEDAD
3. NO TIENE ENFERMEDAD

SA19
1. ESPECIFICAR ENFERMEDAD
3. NO TIENE ENFERMEDAD

NE01. ANOTE AQUÍ CUALQUIER PROBLEMA QUE HAYA ENFRENTADO RELACIONADO CON LA TOMA DE MEDIDAS O MUESTRA DE SANGRE DE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. NO OLVIDE ESPECIFICAR EL NUMERO DE LISTA EN LS DEL MIEMBRO DEL HOGAR AL QUE SE ESTE REFIRIENDO.

CONTROL DE VISITAS

NÚMERO DE VISITAS	FECHA DE LA VISITA		TIEMPO DE LA ENTREVISTA		RESULTADO DE LA VISITA (Vér códigos)	SECCIONES CONTESTADAS	FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA			
	DÍA	MES	HRS	MIN			HRS.	MIN.	DÍA	MES
1						SA NE				
2						SA NE				
3						SA NE				
4						SA NE				
5						SA NE				

TIEMPO TOTAL DE LA ENTREVISTA

--	--

| | |

RESULTADO DE ENTREVISTA

REGISTRO DE PERSONAL

PUESTOS	NOMBRE	CLAVE	FIRMA	FECHA DE ENTREGA
PUESTOS				
TRABAJADOR DE SALUD				
SUPERVISOR				
EDITOR				
COORDINADOR				

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

- 20. Entrevista completa correcta
- 21. Entrevista incompleta porque se dio otra cita
- 22. El informante se negó a seguir dando información
- 23. No se localizó al informante en las siguientes visitas
- 24. Otro (especifique) _____
- 25. El informante se negó a proporcionar información
- 26. No se localizó al informante
- 27. El informante no podía dar información
- 28. Otro (especifique) _____