

### ENCUESTA NACIONAL SOBRE NIVELES DE VIDA DE LOS HOGARES

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

| UBICACIÓN GEOGRÁFICA         |  |   |   |  |
|------------------------------|--|---|---|--|
| 1) Entidad federativa:       |  |   |   |  |
| 2) Municipio:                |  |   |   |  |
| 3) Localidad:                |  |   |   |  |
| 4) A.G.E.B:                  |  |   |   |  |
| 5) Estrato:                  |  |   |   |  |
| 6) Período de levantamiento: |  | 1 | 2 |  |

| ENCUESTADO  |  |   |
|---|--|---|
| Nombre del que responde:  |  |   |
| Estado Civil: 1. Soltera    2. Separada    3. Casada<br>4. Divorciada    5. Viuda    6. Unión Libre |  |   |
| LS (Identificación del miembro del hogar):  |  |   |
| Edad:   |  |   |
| ENCUESTADOR VERIFIQUE LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR (LIBRO C)   |  |   |
| 1. Panel  |  | 1 |
| 3. Nuevo  |  | 3 |

FOLIO | | | | | | | | | | | | | |

PID\_LINK | | | | | | | | | | | | | |

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL LIBRO | | |

ANOTE LA CANTIDAD DE SUPLEMENTOS | | |

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

# CONFIDENCIAL

Quisiera preguntarle sobre el tema del embarazo.

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| <b>RES00x.</b> | <b>ENTREVISTADOR: VERIFIQUE SI EL ENCUESTADO ES PANEL (PORTADA)</b>  | 1. Si<br>3. No → <b>RES01</b>                     |
| <b>RES00a.</b> | ¿Ha tenido algún embarazo antes de 2005?<br>1. Si<br>3. No   | 1 → <b>HE01a</b><br>3                             |
| <b>RES01a.</b> | ¿Ha tenido algún embarazo después de 2005?<br>1. Si<br>3. No   | 1 → <b>RES01</b><br>3 → <b>SECCIÓN AC</b>         |
| <b>RES01.</b>  | ¿Ha tenido algún hijo (a) que haya nacido vivo(a)?   | 1. Si<br>3. No → <b>RES12</b>                     |
| <b>RES02.</b>  | De estos hijos(as) nacidos(as) vivos(as), ¿tiene alguno(a) que esté viviendo ahora con usted?  | 1. Si<br>3. No → <b>RES03=0</b><br><b>RES04=0</b> |
| <b>RES03.</b>  | De estos hijos nacidos vivos, ¿cuántos varones viven ahora con usted?  | <input type="text"/> Hombres                      |
| <b>RES04.</b>  | De estos hijos nacidos vivos, ¿cuántas mujeres viven ahora con usted?  | <input type="text"/> Mujeres                      |
| <b>RES05.</b>  | <b>ENTREVISTADOR:<br/>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.</b> |   |
| <b>RES06.</b>  | ¿Tiene hijos(as) consanguíneos(as) que aún estén vivos(as), pero que no vivan con usted?   | 1. Si<br>3. No → <b>RES07=0</b><br><b>RES08=0</b> |
| <b>RES07.</b>  | De estos hijos consanguíneos, ¿cuántos hijos (varones) están vivos, pero no viven con usted?   | <input type="text"/> Hombres                      |
| <b>RES08.</b>  | De estos hijos consanguíneos, ¿cuántas hijas (mujeres) están vivas, pero no viven con usted?   | <input type="text"/> Mujeres                      |
| <b>RES09.</b>  | ¿Ha dado a luz a un hijo(a) que haya nacido vivo pero que haya fallecido posteriormente?   | 1. Si<br>3. No → <b>RES10=0</b><br><b>RES11=0</b> |
| <b>RES10.</b>  | ¿Cuántos hijos (varones) nacieron vivos pero murieron posteriormente?  | <input type="text"/> Hombres                      |
| <b>RES11.</b>  | ¿Cuántas hijas (mujeres) nacieron vivas pero murieron posteriormente?  | <input type="text"/> Mujeres                      |

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

## HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

|   |  |
|---|--|
| <b>HE01. ENTREVISTADOR: TRANSFIERA LA INFORMACIÓN DE LA SECCIÓN RES:</b>                |  |
| <b>a. NÚMERO DE NACIMIENTOS (RES16)</b><br><b>b. PÉRDIDAS Y NACIDOS MUERTOS (RES17)</b> |  |
| a. NÚMERO DE NACIDOS VIVOS (RES16)  | a. <input type="text"/> <input type="text"/> Nacidos vivos                     |
| b. NÚMERO DE PÉRDIDAS Y DE NACIDOS MUERTOS (RES17)                                      | b. <input type="text"/> <input type="text"/> Nacidos muertos/pérdidas          |
| c. ¿Actualmente está usted embarazada?  | c. <input type="checkbox"/> Embarazada   |
| 1. Si (ESCRIBA "1") → HE02<br>3. No (ESCRIBA "0") → HE03<br>8. NS (ESCRIBA "0") → HE03  |  |
| <b>HE02.</b>  | ¿Para que mes espera el nacimiento del niño?                                   |
|   | <input type="text"/> <input type="text"/> Mes                                  |
| <b>HE03.</b>  | <b>TOTAL DE ( a + b + c )</b>  |
|   | <input type="text"/> <input type="text"/> SI > 0 → HE04<br>SI = 0 → SECCIÓN AC |

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

|              |   |
|--------------|---|
| <b>HE04.</b> | <b>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: → HE06</b> |
|--------------|---|

## HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

|   |  |
|---|--|
| <b>HE01a.</b> a. ¿Desde 2005 ha tenido otro embarazo?   | 1. Si<br>3. No → <b>SECCIÓN AC</b>   |
| b. ¿Cuántas veces ha estado usted embarazada (incluyendo los nacidos vivos, los nacidos muertos y los abortos) desde 2005?<br><br>c. ¿Actualmente está usted embarazada?<br>1. Si (ESCRIBA "1") → HE02a<br>3. No (ESCRIBA "0") → HE03a<br>8. NS (ESCRIBA "0") → HE03a | b. <input type="text"/> Total de embarazos<br><br>c. <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <b>HE02a.</b> ¿Para qué mes espera el nacimiento del niño?  | <input type="text"/> Mes   |
| <b>HE03a.</b> <b>TOTAL DE ( b + c )</b>   | <input type="text"/> SI > 0 → HE04a<br>SI = 0 → <b>SECCIÓN AC</b>                        |

|  |
|--|
| <b>HE04a.</b> Ahora le voy a preguntar sobre este (estos) embarazo(s) comenzando por el último → HE19a |
|--|

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE05.  | Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [0][1]<br>Primer Embarazo                          | [0][2]<br>Segundo Embarazo                         | [0][3]<br>Tercer Embarazo                          | [0][4]<br>Cuarto Embarazo                          |
|--------|--|--|--|--|--|
| HE06.  | ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO  | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE07.  | ¿Cuántos años cumplidos tenía cuando se embarazó por primera vez?  | ____ Años  |  |  |  |
| HE07a. | ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando [...] nació / nació muerto/ lo perdió?                                    | ____ Años  | ____ Años  | ____ Años  | ____ Años  |
| HE08.  | ¿Esperaba/espera tener varios hijos de su [...]?   | 1. Si<br>3. No → HE10<br>8. NS → HE10              | 1. Si<br>3. No → HE10<br>8. NS → HE10              | 1. Si<br>3. No → HE10<br>8. NS → HE10              | 1. Si<br>3. No → HE10<br>8. NS → HE10              |
| HE09.  | ¿Cuántos hijos esperaba/espera tener de este embarazo?   | ____ Hijos   | ____ Hijos   | ____ Hijos   | ____ Hijos   |
| HE10.  | ¿Cuál fue el resultado de su [...]?<br>(LEER OPCIONES Y EN CASO DE EMBARAZO MÚLTIPLE CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) | 1 → HE14<br>2<br>3 → HE12<br>4 → HE12              |
| HE11.  | ¿Fue [...] hombre o mujer?<br>(EN CASO DE PARTO MÚLTIPLE, PREGUNTAR POR EL PRIMERO QUE NACIÓ)                        | 1. Hombre<br>3. Mujer                              | 1. Hombre<br>3. Mujer                              | 1. Hombre<br>3. Mujer                              | 1. Hombre<br>3. Mujer                              |
| HE12.  | ¿En qué fecha nació/nació muerto/perdió su [...]?<br>1. Fecha<br>8. NS   | 1. ____/____/____ → HE14<br>dd / mm / aa<br>8.     | 1. ____/____/____ → HE14<br>dd / mm / aa<br>8.     | 1. ____/____/____ → HE14<br>dd / mm / aa<br>8.     | 1. ____/____/____ → HE14<br>dd / mm / aa<br>8.     |
| HE13.  | ¿Cuántos años cumplidos tiene [...] / tendría si no hubiera muerto?<br>1. Edad en años<br>2. Edad en meses<br>8. NS  | 1. ____ Años<br>2. ____ Meses<br>8.                |
| HE14.  | ¿Cuántos meses estuvo/tiene de embarazo en su [...]?<br>1. Tiempo en meses<br>2. Tiempo en semanas                   | 1. ____ Meses<br>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]<br>Primer Embarazo  | [0][2]<br>Segundo Embarazo   | [0][3]<br>Tercer Embarazo  | [0][4]<br>Cuarto Embarazo  |
|--------|--|--|--|--|--|
| HE06.  | ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.   | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE15.  | En el momento del parto /pérdida de [...] ¿dónde la atendieron?<br>01. Seguro Social (IMSS)<br>02. IMSS Solidaridad<br>03. ISSSTE (Clínica u Hospital)<br>04. SSA (Clínica u Hospital)<br>05. DIF<br>06. Otras instituciones de salud del gobierno<br>07. PEMEX/SEDENA/ Marina<br>08. Consultorio, clínica u hospital privado<br>09. Casa de la partera<br>10. En su casa con un médico (ginecólogo)<br>11. En su casa, con una partera<br>12. En su casa, sin médico o partera<br>13. Cruz roja<br>14. Otro (especificar) | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14 _____ |
| HE16.  | ENTREVISTADOR: VERIFIQUE SI HAY OTRO EMBARAZO EN HE06  | 1. Si → HE07a SIG. COLUMNA<br>3. No  | 1. Si → HE07a SIG. COLUMNA<br>3. No  | 1. Si → HE07a SIG. COLUMNA<br>3. No  | 1. Si → SUPLEMENTO<br>3. No  |
| HE16a. | ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO?  | 1. SI<br>3. NO   |  |  |  |

|       |   |  |
|-------|---|--|
| HE17. | ¿Cuántos embarazos ha tenido en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> Embarazos<br>Si = 0 ó 1 → HE19<br>Si > 1                    |
| HE18. | ENTREVISTADOR LEA LO SIGUIENTE:                     | “Ahora le voy a preguntar sobre estos embarazos, empezando por el último” → HE19a    |
| HE19. | ENTREVISTADOR LEA LO SIGUIENTE:                     | “Ahora le voy a preguntar sobre sus últimos dos embarazos, empezando por el último”. |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. Orden cronológico de los resultados de los embarazos  | [ 0 ][ 1 ]<br>Último Embarazo  | [ 0 ][ 2 ]<br>Penúltimo Embarazo   | [ 0 ][ 3 ]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [ 0 ][ 4 ]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo                                    |
|--|--|--|--|--|
| HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/<br>REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.   | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE20. ¿Cuál fue el resultado de su [# embarazo]? (LEER Opciones y en caso de embarazo múltiple circule todas las que apliquen)<br>1. Está embarazada<br>2. Nacido vivo<br>3. Pérdida del embarazo<br>4. Nacido muerto  | 1<br>2<br>3<br>4   | 1<br>2<br>3<br>4   | 1<br>2<br>3<br>4   | 1<br>2<br>3<br>4   |
| HE21. En total ¿cuántas revisiones le hicieron cuando estuvo embarazada de [...]?<br>1. Número de revisiones<br>2. Cero revisiones   | 1. <input type="text"/> Revisiones<br>2. → HE26                                  |
| HE22. ¿A los cuántos meses del [...] tuvo su primera revisión?<br>1. Tiempo en meses<br>2. Tiempo en semanas   | 1. <input type="text"/> Meses<br>2. <input type="text"/> Semanas                 | 1. <input type="text"/> Meses<br>2. <input type="text"/> Semanas                 | 1. <input type="text"/> Meses<br>2. <input type="text"/> Semanas                 | 1. <input type="text"/> Meses<br>2. <input type="text"/> Semanas                 |
| HE23. Cuándo estuvo embarazada de [...], ¿en qué institución o lugar fueron la mayoría de las revisiones?<br>01. Seguro Social (IMSS)<br>02. IMSS Solidaridad<br>03. ISSSTE (Clínica u Hospital)<br>04. SSA (Clínica u Hospital)<br>05. DIF<br>06. Otras instituciones de salud del gobierno<br>07. PEMEX/SEDENA/ Marina<br>08. Consultorio, clínica u hospital privado<br>09. Casa de la partera<br>10. En su casa con un médico (ginecólogo)<br>11. En su casa, con una partera<br>12. Cruz roja<br>13. Otro (especificar) | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13 _____ |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [0][1]<br>Último Embarazo  | [0][2]<br>Penúltimo Embarazo   | [0][3]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [0][4]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo  |
|---|--|--|--|--|
| <b>HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.</b>  | _____  | _____  | _____  | _____  |
| <b>HE24.</b> ¿Me puede dar el nombre y la dirección del lugar que usted visitó durante [...]?<br>1. Especificar<br>3. Mismo Mun./Del./Loc./Col./Estado/ País de residencia<br>8. NS   | 1. Nombre 8. NS<br>1. Dirección 8. NS<br>Referencia<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>1. País 3. Mismo 8. NS  | 1. Nombre 8. NS<br>1. Dirección 8. NS<br>Referencia<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>1. País 3. Mismo 8. NS  | 1. Nombre 8. NS<br>1. Dirección 8. NS<br>Referencia<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>1. País 3. Mismo 8. NS  | 1. Nombre 8. NS<br>1. Dirección 8. NS<br>Referencia<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>1. País 3. Mismo 8. NS  |
| <b>HE25.</b> ¿En algún momento durante el embarazo de [...] recibió usted los siguientes servicios [...]?<br>a. La pesaron<br>b. La midieron<br>c. Le aplicaron vacuna contra el tétanos<br>d. Le tomaron la presión arterial<br>e. La hicieron examen de sangre<br>f. Le hicieron examen de orina<br>g. Escucharon el latido cardíaco fetal<br>h. Le hicieron examen vaginal<br>j. Le midieron el fondo uterino con cinta métrica<br>k. Le hicieron el ultrasonido<br>l. Le hablaron sobre planificación familiar<br>m. Le dieron clases sobre el embarazo y/o parto<br>n. Le enseñaron cómo amamantar<br><br><b>ENTREVISTADOR: LA ENCUESTADA ESTA EMBARAZADA</b><br><br>o. Al término del embarazo le ofrecieron:<br>o1. Ligarle las trompas<br>o2. El dispositivo intrauterino<br>o3. Las pastillas anticonceptivas<br>o4. Las inyecciones anticonceptivas<br>o5. Otro (especificar) | 1. Si 3. No 8. NS<br>a. 1 3 8<br>b. 1 3 8<br>c. 1 3 8<br>d. 1 3 8<br>e. 1 3 8<br>f. 1 3 8<br>g. 1 3 8<br>h. 1 3 8<br>j. 1 3 8<br>k. 1 3 8<br>l. 1 3 8<br>m. 1 3 8<br>n. 1 3 8<br><br>Si → HE26<br>No → CONTINÚE<br><br>o1. 1 3 8<br>o2. 1 3 8<br>o3. 1 3 8<br>o4. 1 3 8<br>o5. 1 3 8 | 1. Si 3. No 8. NS<br>a. 1 3 8<br>b. 1 3 8<br>c. 1 3 8<br>d. 1 3 8<br>e. 1 3 8<br>f. 1 3 8<br>g. 1 3 8<br>h. 1 3 8<br>j. 1 3 8<br>k. 1 3 8<br>l. 1 3 8<br>m. 1 3 8<br>n. 1 3 8<br><br>o1. 1 3 8<br>o2. 1 3 8<br>o3. 1 3 8<br>o4. 1 3 8<br>o5. 1 3 8 | 1. Si 3. No 8. NS<br>a. 1 3 8<br>b. 1 3 8<br>c. 1 3 8<br>d. 1 3 8<br>e. 1 3 8<br>f. 1 3 8<br>g. 1 3 8<br>h. 1 3 8<br>j. 1 3 8<br>k. 1 3 8<br>l. 1 3 8<br>m. 1 3 8<br>n. 1 3 8<br><br>o1. 1 3 8<br>o2. 1 3 8<br>o3. 1 3 8<br>o4. 1 3 8<br>o5. 1 3 8 | 1. Si 3. No 8. NS<br>a. 1 3 8<br>b. 1 3 8<br>c. 1 3 8<br>d. 1 3 8<br>e. 1 3 8<br>f. 1 3 8<br>g. 1 3 8<br>h. 1 3 8<br>j. 1 3 8<br>k. 1 3 8<br>l. 1 3 8<br>m. 1 3 8<br>n. 1 3 8<br><br>o1. 1 3 8<br>o2. 1 3 8<br>o3. 1 3 8<br>o4. 1 3 8<br>o5. 1 3 8 |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. | Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [0][1]<br>Último Embarazo  | [0][2]<br>Penúltimo Embarazo   | [0][3]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [0][4]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo                                       |
|--------|--|--|--|--|---|
| HE19a. | ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/<br>REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.  | _____  | _____  | _____  | _____   |
| HE26.  | Cuando estuvo embarazada de [...] ¿tomó/ha tomado usted [...]?   | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS   |
|        | A. Hierro  | A. 1 3 8   | A. 1 3 8   | A. 1 3 8   | A. 1 3 8  |
|        | B. Calcio  | B. 1 3 8   | B. 1 3 8   | B. 1 3 8   | B. 1 3 8  |
|        | C. Vitaminas   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8  |
|        | D. Ácido Fólico  | D. 1 3 8   | D. 1 3 8   | D. 1 3 8   | D. 1 3 8  |
| HE27.  | Cuando estuvo embarazada de [...] ¿tuvo/ ha tenido usted [...]?  | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS  | 1. Si 3. No 8. NS   |
|        | A. Sangrado vaginal  | A. 1 3 8   | A. 1 3 8   | A. 1 3 8   | A. 1 3 8  |
|        | B. Hinchazón de pie/ pierna /cara/manos  | B. 1 3 8   | B. 1 3 8   | B. 1 3 8   | B. 1 3 8  |
|        | C. Presión arterial alta   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8   | C. 1 3 8  |
|        | D. Ojos rojos  | D. 1 3 8   | D. 1 3 8   | D. 1 3 8   | D. 1 3 8  |
|        | E. Dolores de cabeza frecuentes  | E. 1 3 8   | E. 1 3 8   | E. 1 3 8   | E. 1 3 8  |
|        | F. Azúcar en la sangre   | F. 1 3 8   | F. 1 3 8   | F. 1 3 8   | F. 1 3 8  |
|        | G. Infección en los riñones  | G. 1 3 8   | G. 1 3 8   | G. 1 3 8   | G. 1 3 8  |
|        | H. Flujo con olor y color anormal  | H. 1 3 8   | H. 1 3 8   | H. 1 3 8   | H. 1 3 8  |
|        | I. Amenaza de parto (últimos meses)  | I. 1 3 8   | I. 1 3 8   | I. 1 3 8   | I. 1 3 8  |
|        | J. Amenaza de aborto (primeros meses)  | J. 1 3 8   | J. 1 3 8   | J. 1 3 8   | J. 1 3 8  |
|        | K. Comezón aguda / infección vaginal   | K. 1 3 8   | K. 1 3 8   | K. 1 3 8   | K. 1 3 8  |
|        | L. Rompimiento prematuro de la fuente  | L. 1 3 8   | L. 1 3 8   | L. 1 3 8   | L. 1 3 8  |
| HE28.  | ENTREVISTADOR:<br>1. HE20 = 1 (ESTA EMBARAZADA)<br>ó 3 (PÉRDIDA)<br>3. HE20 = 2 (NACIÓ VIVO) ó<br>4 (NACIÓ MUERTO) | 1. → HE20 SIG. COL.(hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo)<br>3. → HE29 | 1. → HE20 SIG. COL.(hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo)<br>3. → HE29 | 1. → HE20 SIG. COL.(hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro Embarazo)<br>3. → HE29 | 1. → SUPLEMENTO (hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo)<br>3. → HE29 |
| HE28a. | ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO?  | 1. SI<br>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<br>3. No<br>8. NS  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8   |
| HE30.  | ¿Nació [...] antes de tiempo?  | 1. Si<br>3. No<br>8. NS  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8   |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. | Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [ 0 ][ 1 ]<br>Último Embarazo   | [ 0 ][ 2 ]<br>Penúltimo Embarazo   | [ 0 ][ 3 ]<br>Antepenúltimo Embarazo  | [ 0 ][ 4 ]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo   |
|--------|--|---|--|---|---|
| HE19a. | ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/<br>REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.  | _____   | _____  | _____   | _____   |
| HE31.  | ¿Dónde le atendieron el parto de [...]?<br>01. Seguro Social (IMSS)<br>02. IMSS Solidaridad<br>03. ISSSTE (Clínica u Hospital)<br>04. SSA (Clínica u Hospital)<br>05. DIF<br>06. Otras instituciones de salud del gobierno<br>07. PEMEX/SEDENA/ Marina<br>08. Consultorio, clínica u hospital privado<br>09. Casa de la partera<br>10. En su casa con un médico (ginecólogo)<br>11. En su casa, con una partera<br>12. En su casa, sin médico o partera<br>13. Cruz roja<br>14. Aún no ha dado a luz<br>15. Otro (especificar) | 01 _____<br>02 _____<br>03 _____<br>04 _____<br>05 _____<br>06 _____<br>07 _____<br>08 _____<br>09 _____<br>10 _____<br>11 _____<br>12 _____<br>13 _____<br>14 _____<br>15 _____  | 01 _____<br>02 _____<br>03 _____<br>04 _____<br>05 _____<br>06 _____<br>07 _____<br>08 _____<br>09 _____<br>10 _____<br>11 _____<br>12 _____<br>13 _____<br>14 _____<br>15 _____   | 01 _____<br>02 _____<br>03 _____<br>04 _____<br>05 _____<br>06 _____<br>07 _____<br>08 _____<br>09 _____<br>10 _____<br>11 _____<br>12 _____<br>13 _____<br>14 _____<br>15 _____  | 01 _____<br>02 _____<br>03 _____<br>04 _____<br>05 _____<br>06 _____<br>07 _____<br>08 _____<br>09 _____<br>10 _____<br>11 _____<br>12 _____<br>13 _____<br>14 _____<br>15 _____  |
| HE32.  | ¿Me puede dar el nombre y la dirección de éste lugar que usted visitó?<br>1. Especificar<br>3. Mismo Mun./Del./Loc./Col./Estado/ País de revisiones<br>8. NS   | 1. Nombre 8. NS<br>_____<br>1. Dirección 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>Referencia<br>_____<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. País 3. Mismo 8. NS<br>_____ | 1. Nombre 8. NS<br>_____<br>1. Dirección 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>Referencia<br>_____<br>1. Loc./Com 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. País 3. Mismo 8. NS<br>_____ | 1. Nombre 8. NS<br>_____<br>1. Dirección 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>Referencia<br>_____<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. País 3. Mismo 8. NS<br>_____ | 1. Nombre 8. NS<br>_____<br>1. Dirección 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>Referencia<br>_____<br>1. Loc./Com. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Mun./Del. 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. Estado 3. Mismo 8. NS<br>_____<br>1. País 3. Mismo 8. NS<br>_____ |
| HE33.  | ¿El parto de [...] fue normal o le hicieron cesárea?<br>1. Normal<br>2. Cesárea  | 1<br>2  | 1<br>2   | 1<br>2  | 1<br>2  |
| HE34.  | ¿Durante el parto de [...]?<br>A. Tuvo presión alta<br>B. Tuvo presión baja<br>C. El (la) niño (a) venía de pies o sentado (a)<br>D. El (la) niño (a) traía cordón umbilical enredado<br>E. Tuvo alguna complicación o dificultad  | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8   | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8  | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8   | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8   |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. Orden cronológico de los resultados de los embarazos  | [0][1]<br>Último Embarazo  | [0][2]<br>Penúltimo Embarazo   | [0][3]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [0][4]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo                                  |
|--|--|--|--|--|
| HE19a. ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.  | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE35. ¿Recibió algún tipo de anestesia?<br>1. Si<br>3. No  | 1<br>3   | 1<br>3   | 1<br>3   | 1<br>3   |
| HE36. ¿Cuánto gastó en transportarse al lugar de atención del parto de [...]?<br>(Sólo de ida, incluyendo acompañantes)<br>1. Gasto de transporte<br>8. NS | 1. \$ _____, _____<br>8.   |
| HE37. ¿Cuánto le costó el parto (incluyendo gastos médicos)?<br>1. Costo del parto<br>3. Nada<br>8. NS   | 1. \$ _____, _____<br>3. → HE39<br>8. NS                                   | 1. \$ _____, _____<br>3. → HE39<br>8. NS                                   | 1. \$ _____, _____<br>3. → HE39<br>8. NS                                   | 1. \$ _____, _____<br>3. → HE39<br>8. NS                                   |
| HE38. ¿Contaba usted con algún servicio de prepago/seguro para atención durante el embarazo y/o parto?   | 1. Si<br>3. No   | 1. Si<br>3. No   | 1. Si<br>3. No   | 1. Si<br>3. No   |
| HE39. ¿Quién recibió a [...] durante su nacimiento?<br>(LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)  | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8 → HE41<br>9 _____                     |
| HE40. ¿Por qué escogió esta persona/lugar/centro de salud? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)  | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12 _____ | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12 _____ |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. | Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [0][1]<br>Último Embarazo  | [0][2]<br>Penúltimo Embarazo   | [0][3]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [0][4]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo                                  |
|--------|--|--|--|--|--|
| HE19a. | ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/<br>REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.  | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE41.  | ¿Tuvo alguna revisión durante los primeros cuarenta días después del parto de [...]?<br>1. Si<br>3. No<br>8. NS  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8  | 1<br>3<br>8  |
| HE42.  | ¿Cuánto tiempo después de que nació [...] le regresó su regla (menstruación)?<br>01. Tiempo en días<br>02. Tiempo en semanas<br>03. Tiempo en meses<br>04. No ha regresado<br>05. No le regresó porque se embarazó<br>98. NS | 01. ____ Días<br>02. ____ Semanas<br>03. ____ Meses<br>04.<br>05.<br>98.   |
| HE43.  | ¿Cuánto tiempo después de que nació [...] tuvo usted relaciones sexuales nuevamente?<br>01. Tiempo en meses<br>02. Después de la cuarentena<br>03. No ha tenido/tuvo<br>04. Menos de un mes<br>98. NS                        | 01. ____ Meses<br>02.<br>03.<br>04.<br>98.                                 | 01. ____ Meses<br>02.<br>03.<br>04.<br>98.                                 | 01. ____ Meses<br>02.<br>03.<br>04.<br>98.                                 | 01. ____ Meses<br>02.<br>03.<br>04.<br>98.                                 |
| HE44.  | ENTREVISTADOR;<br>1. HE20 = 2 (NACIÓ VIVO)<br>3. HE20 = 4 (NACIÓ MUERTO)   | 1<br>3 → HE20 SIG. COL. (hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo) | 1<br>3 → HE20 SIG. COL. (hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo) | 1<br>3 → HE20 SIG. COL. (hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo) | 1<br>3 → HE20 SIG. COL. (hay otro embarazo)<br>→ AC (no hay otro embarazo) |
| HE45.  | Comparando con otros niños, ¿usted considera que [...] era mayor, menor o de tamaño similar?<br>1. Mayor<br>2. Similar<br>3. Menor<br>8. NS  | 1<br>2<br>3<br>8   | 1<br>2<br>3<br>8   | 1<br>2<br>3<br>8   | 1<br>2<br>3<br>8   |
| HE46.  | ¿Cuánto pesó [...] al nacer?<br>1. Peso<br>2. No lo(a) pesaron<br>8. NS  | 1. ____ . ____<br>Kg. Grs.<br>2<br>8                                       |
| HE47.  | ¿Le dio pecho a [...] alguna vez aunque fuese por un período corto?<br>1. Si<br>3. No → HE51   | 1. Si<br>3. No → HE51  | 1. Si<br>3. No → HE51  | 1. Si<br>3. No → HE51  | 1. Si<br>3. No → HE51  |

### HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)

| HE19x.  | [0][1]<br>Último Embarazo  | [0][2]<br>Penúltimo Embarazo   | [0][3]<br>Antepenúltimo Embarazo   | [0][4]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo  |
|---|--|--|--|--|
| <b>HE19a.</b> ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/<br>REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.   | _____  | _____  | _____  | _____  |
| <b>HE48.</b> ¿Por cuánto tiempo alimentó a [...] solamente dándole pecho, agua o té?<br>01. Tiempo en días<br>02. Tiempo en semanas<br>03. Tiempo en meses<br>04. Aún da pecho  | 01. <input type="text"/> Días<br>02. <input type="text"/> Semanas<br>03. <input type="text"/> Meses<br>04. _____                   | 01. <input type="text"/> Días<br>02. <input type="text"/> Semanas<br>03. <input type="text"/> Meses<br>04. _____                   | 01. <input type="text"/> Días<br>02. <input type="text"/> Semanas<br>03. <input type="text"/> Meses<br>04. _____                   | 01. <input type="text"/> Días<br>02. <input type="text"/> Semanas<br>03. <input type="text"/> Meses<br>04. _____                   |
| <b>HE49.</b> ¿Mientras le daba pecho a [...] consumió usted medicamentos no recetados por un médico, como [...]?<br>A. Anticonceptivos (pastillas anticonceptivas)<br>B. Analgésicos (aspirina, tempra, disprina)<br>C. Antibióticos (amoxil, binotal, penicilina)<br>D. Vitaminas<br>E. Otro (especificar)   | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8  | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8  | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8  | 1. Si 3. No 8. NS<br>A. 1 3 8<br>B. 1 3 8<br>C. 1 3 8<br>D. 1 3 8<br>E. 1 3 8  |
| <b>HE50.</b> ENTREVISTADOR: VERIFIQUE HE48<br>SI HE48 = 04 (AÚN DA PECHO) → HE53<br>SI HE48 = 01, 02, 03 (TIEMPO EN DÍAS / SEMANAS/ MESES) → HE51   |  |  |  |  |
| <b>HE51.</b> ¿Por qué dejó de amamantar / no amamantó a [...]?(CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)<br>01. Madre enferma o débil<br>02. Pezones con dolor<br>03. Razones laborales<br>04. Por tomar pastillas anticonceptivas<br>05. Quería embarazarse<br>06. Estaba embarazada otra vez<br>07. Insuficiente leche materna<br>08. Enfermedad del niño<br>09. Niño en incubadora<br>10. Niño no se desarrolló<br>11. Niño no quería<br>12. Recomendación del doctor/enfermera<br>13. Objeción de cónyuge/pareja<br>14. Inhabilidad del niño para succionar<br>15. Niño era suficientemente grande<br>16. Por darle pecho a otro bebé<br>17. Muerte del niño<br>18. Decisión personal<br>19. Otro (especificar) | 01<br>02<br>03<br>04<br>05<br>06<br>07<br>08<br>09<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14 → HE53<br>15<br>16<br>17 → HE56<br>18<br>19 _____ |

**HISTORIA DEL EMBARAZO (SECCIÓN HE)**

| HE19x. | Orden cronológico de los resultados de los embarazos   | [ 0 ][ 1 ]<br>Último Embarazo                                      | [ 0 ][ 2 ]<br>Penúltimo Embarazo                                   | [ 0 ][ 3 ]<br>Antepenúltimo Embarazo                               | [ 0 ][ 4 ]<br>Anterior Antepenúltimo Embarazo                      |
|--------|--|--|--|--|--|
| HE19a. | <b>ENTREVISTADOR: ANOTE EL NOMBRE/ REFERENCIA PARA IDENTIFICAR EL EMBARAZO.</b>  | _____  | _____  | _____  | _____  |
| HE52.  | ¿Alguien más siguió dándole pecho a [...] aunque fuese sólo por un período corto?<br>1. Si<br>3. No  | 1<br>3   | 1<br>3   | 1<br>3   | 1<br>3   |
| HE53.  | ¿Qué edad tenía [...] cuando lo/la alimentó con otros líquidos, como jugo o leche de fórmula, además de la leche materna?<br>1. Días<br>2. Semanas<br>3. Meses<br>4. No ha sido alimentado aún/nunca | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4.                |
| HE54.  | ¿Qué edad tenía [...] cuando lo (la) alimentó por primera vez con alimentos sólidos, como papilla?<br>1. Días<br>2. Semanas<br>3. Meses<br>4. Años<br>5. No ha sido alimentado aún/nunca             | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años<br>5. | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años<br>5. | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años<br>5. | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años<br>5. |
| HE55.  | ¿Todavía vive [...]?<br>1. Si<br>3. No   | 1 → HE56a<br>3   | 1 → HE56a<br>3   | 1 → HE56a<br>3   | 1 → HE56a<br>3   |
| HE56.  | ¿Qué edad tenía [...] cuando murió?<br>1. Edad en días<br>2. Edad en semanas<br>3. Edad en meses<br>4. Edad en años  | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años       | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años       | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años       | 1. ___ Días<br>2. ___ Semanas<br>3. ___ Meses<br>4. ___ Años       |
| HE56a. | <b>ENTREVISTADOR: ¿HAY OTRO EMBARAZO?</b><br><br>1. SI HAY OTRO EMBARAZO<br>3. NO HAY OTRO EMBARAZO  | 1 → HE20 SIG. COL.<br>3 → AC                                       | 1 → HE20 SIG. COL.<br>3 → AC                                       | 1 → HE20 SIG. COL.<br>3 → AC                                       | 1 → SUPLEMENTO<br>3 → AC   |

**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 AC03                    |  |  |   |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|---|
| (AC TIPO)   | AC02.  | AC03.  | AC04.   | AC05.   |   | AC06.   |
| MEDIOS/MÉTODOS  | ¿Ha oído hablar acerca de [...] para no tener hijos? | ¿Alguna vez usted/ su cónyuge/pareja ha usado/tiene [...]? | ¿Qué edad tenía usted cuando usó este método por primera vez? | ¿Cuánto cuesta [...]? (VER CÓDIGO)                          |   | ¿Si quisiera utilizar [...] dónde lo podría conseguir? (VER CÓDIGO) |
|   |  |  |   | PRECIO  | UNIDAD                                    |   |
| <b>A.</b> Pastillas anticonceptivas (Una mujer puede tomar pastillas anticonceptivas todos los días)  | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1. \$ _____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Una caja<br>5. _____                   | _____<br>_____  |
| <b>B.</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 →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1. \$ _____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 |   | _____<br>_____  |
| <b>C.</b> Inyecciones anticonceptivas (Una mujer puede ser inyectada por un doctor o una partera para prevenir el embarazo por unos meses)              | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1. \$ _____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Un mes<br>3. Tres meses<br>5. _____    | _____<br>_____  |
| <b>D.</b> Condón o preservativo (Un hombre/mujer puede usar protección durante la relación sexual)  | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1. \$ _____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Un condón<br>3. Una caja<br>5. _____   | _____<br>_____  |
| <b>E.</b> 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 →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1. \$ _____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Tres años<br>3. Cinco años<br>5. _____ | _____<br>_____  |

**CÓDIGO AC05**  
5. Otro (especificar)

**CÓDIGO AC06**  
01. Hospital/Clínica/Centro de Salud público  
02. Hospital/Clínica 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

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

| (AC TIPO)  | AC02.  | AC03.  | AC04.   | AC05.   |  | AC06.   |
|--|--|--|---|---|--|---|
|  |  |  |   | PRECIO  | UNIDAD                                 |   |
| MEDIOS/METODOS   | ¿Ha oído hablar acerca de [...] para no tener hijos? | ¿Alguna vez usted/ su cónyuge/pareja ha usado/tiene [...]? | ¿Qué edad tenía usted cuando usó este método por primera vez? | ¿Cuánto cuesta [...]?(VER CÓDIGO)                         |  | ¿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 →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → Sig. línea                                | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      |   |  |   |
| G. Retiro o Coito Interrumpido (Un hombre puede retirarse antes de terminar para que la mujer no quede embarazada)   | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → Sig. línea                                |   |   |  |   |
| H. Anticoncepción de emergencia (Una mujer puede tomar pastillas hasta 72 hrs. después de haber tenido relaciones)   | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1.\$_____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Un mes<br>3. Tres meses<br>5. _____ | _____<br>_____  |
| I. Hierbas o tés para no tener hijos.  | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1.\$_____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Un mes<br>3. Tres meses<br>5. _____ | _____<br>_____  |
| J. Ligadura de trompas/esterilización femenina (Una mujer puede tener una operación para prevenir el embarazo)   | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1.\$_____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 |  | _____<br>_____  |
| K. Vasectomía/ esterilización masculina (Un hombre puede hacerse una cirugía para no tener otro hijo)  | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1.\$_____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 |  | _____<br>_____  |
| L. Otros (especificar)<br>(Alguna otra forma o método para evitar el embarazo)   | 1. Si _____<br>3. No                                 |  |   |   |  |   |
| M. Parches anticonceptivos   | 1. Si →<br>3. No ↓                                   | 1. Si<br>3. No → AC06                                      | ___ Años<br>(PROCURE ESTIMAR SI NO SABE)                      | 1.\$_____, _____<br>3. Gratis → AC06<br>8. No sabe → AC06 | 1. Un mes<br>3. Tres meses<br>5. _____ | _____<br>_____  |

**CÓDIGO AC05**  
5. Otro (especificar)

**CÓDIGO AC06**  
01. Hospital/Clínica/Centro de Salud público  
02. Hospital/Clínica 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

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>AC07.</b> ¿Es usted físicamente capaz de concebir un hijo?<br/>1. Si<br/>3. No<br/>8. NS</p>   | <p>1<br/>3<br/>8</p>   |
| <p><b>AC08. ENTREVISTADOR: VERIFICAR SI HA TENIDO HIJOS EN RES16 O PÉRDIDAS U ABORTOS EN RES17</b></p>   | <p>1. SI → AC10<br/>3. NO → AC09</p>   |
| <p><b>AC09.</b> ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?</p>   | <p>1. Si → AC11<br/>3. No → AC26</p>   |
| <p><b>AC10.</b> ¿Cuántos hijos tenía la primera vez que usó un método anticonceptivo?<br/>1. Número de hijos<br/>3. Nunca ha usado un método anticonceptivo<br/>8. NS</p>  | <p>1. [ ] [ ] Hijos<br/>3. → AC24<br/>8. NS</p>  |
| <p><b>AC11.</b> ¿Usa actualmente usted o su cónyuge/pareja, un método para posponer o prevenir el embarazo?</p>  | <p>1. Si<br/>3. No → AC23</p>  |
| <p><b>AC12.</b> ¿Qué método usa usted (o su cónyuge/pareja) ahora?<br/><b>(EN CASO DE DUDA VOLVER A EXPLICAR LOS MÉTODOS)</b><br/>01. Pastillas anticonceptivas<br/>02. Anticoncepción de emergencia<br/>03. Inyecciones anticonceptivas<br/>04. Condón o preservativo<br/>05. Norplant, tubitos o implantes<br/>06. Hierbas/Tés<br/>07. DIU Dispositivo Intrauterino/T de cobre<br/>08. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica<br/>09. Retiro o coito interrumpido<br/>10. Operada<br/>11. Vasectomía<br/>12. Parche anticonceptivo<br/>13. Otro (especificar)</p> | <p>01 → AC14<br/>02 → AC14<br/>03 → AC14<br/>04 → AC14<br/>05 → AC14<br/>06 → AC14<br/>07 → AC13<br/>08 → AC15<br/>09 → AC15<br/>10 → AC16<br/>11 → AC16<br/>12 → AC14<br/>13 _____ → AC14</p> |
| <p><b>AC13.</b> ¿Le colocaron el Dispositivo Intrauterino con su consentimiento?</p>   | <p>1. Si<br/>3. No</p>   |
| <p><b>AC14.</b> ¿Cuánto gasta en (MÉTODO ACTUAL)?<br/>1. Gasto mensual<br/>2. Gasto anual<br/>3. Gasto cada 3 años<br/>4. Gasto cada 5 años<br/>5. Gratis<br/>8. NS</p>  | <p>1. \$ [ ] [ ] [ ] [ ] mensual<br/>2. \$ [ ] [ ] [ ] [ ] anual<br/>3. \$ [ ] [ ] [ ] [ ] 3 años<br/>4. \$ [ ] [ ] [ ] [ ] 5 años<br/>5. Gratis<br/>8. NS</p>                                 |
| <p><b>AC15.</b> ¿Usaba usted este mismo método hace 5 años?<br/>1. Si<br/>3. No<br/>5. No usaba ninguno</p>  | <p>1<br/>3<br/>5</p>   |

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

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

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>AC21.</b> ¿Algún médico, enfermera, partera, promotor le recomendó el (MÉTODO ACTUAL)?</p> <p>1. Si<br/>3. No</p>  | <p>1<br/>3 → AC26</p>   |
| <p><b>AC22.</b> En su visita con el proveedor que le sugirió el método que actualmente utiliza, el proveedor alguna vez:</p> <p>A. ¿Le explicó o ha explicado la posibilidad de efectos secundarios debido al uso del (MÉTODO ACTUAL)?</p> <p>B. ¿Le informó o ha informado de otros métodos que podría utilizar?</p>  | <p>1.Si<br/>3. No<br/>8. NS</p> <p>1. Si → AC26<br/>3. No → AC26<br/>8. NS → AC26</p>   |
| <p><b>AC23.</b> ¿Por qué no usa usted/cónyuge/ pareja algún método para prevenir el embarazo?<br/><b>(CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</b></p> <p>01. Esta embarazada<br/>02. Quiere tener un hijo<br/>03. Falta de conocimiento<br/>04. Desaprobación/Consejo del cónyuge/pareja<br/>05. Costo elevado<br/>06. Razones de salud<br/>07. Efectos secundarios<br/>08. Consejo del doctor/enfermera/partera<br/>09. Dificultad para obtener métodos<br/>10. Religión<br/>11. Relaciones sexuales poco frecuentes<br/>12. Dificultad para embarazarse<br/>13. Menopausia/Histerectomía<br/>14. Acaba de dar a luz (no ha tenido la regla)<br/>15. Acaba de dar a luz (no sexo)<br/>16. Dando pecho<br/>17. Por esterilidad<br/>18. Por ausencia temporal del cónyuge/pareja<br/>19. No lo necesita (soltera, separada, viuda)<br/>20. Operada<br/>21. No quiere<br/>22. Otro (especificar)</p> | <p>01<br/>02<br/>03<br/>04<br/>05<br/>06<br/>07<br/>08<br/>09<br/>10<br/>11<br/>12<br/>13 → AC26<br/>14<br/>15<br/>16<br/>17 → AC26<br/>18<br/>19<br/>20 → AC26<br/>21<br/>22 _____</p> |
| <p><b>AC24.</b> ¿Usted planea usar un método de control natal para posponer/prevenir el embarazo en un futuro?</p> <p>1. Si<br/>3. No<br/>8. NS</p>  | <p>1<br/>3 → AC26<br/>8 → AC26</p>  |

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>AC25.</b> ¿Qué método preferiría usted?</p> <p>01. Pastillas<br/>         02. Inyecciones<br/>         03. Condón o preservativo<br/>         04. DIU/T de cobre<br/>         05. Esterilización masculina (vasectomía)<br/>         06. Esterilización femenina (operación)<br/>         07. Norplant, tubitos o implantes<br/>         08. Ritmo<br/>         09. Interrupción del coito<br/>         10. Hierbas tradicionales<br/>         11. Parche anticonceptivo<br/>         12. Otro (especificar)<br/>         98. NS</p> | <p>01<br/>         02<br/>         03<br/>         04<br/>         05<br/>         06<br/>         07<br/>         08<br/>         09<br/>         10<br/>         11<br/>         12 _____<br/>         98</p> |
| <p><b>AC26.</b> ¿Cuántos años tenía usted cuando le bajó la regla por primera vez?</p> <p>1. Años<br/>         7. No le ha bajado<br/>         8. NS</p>   | <p>1. ___ Años<br/>         7. → AC32<br/>         8.</p>   |
| <p><b>AC27.</b> ¿Cuándo tuvo usted su última regla?</p> <p>1. Actualmente esta reglando<br/>         2. Menos de un mes<br/>         3. Tiempo en meses<br/>         4. Un año o más<br/>         8. NS</p>  | <p>1. → AC29<br/>         2. → AC29<br/>         3. ___ Meses → AC29<br/>         4.<br/>         8. → AC29</p>   |
| <p><b>AC28.</b> ¿Por qué razón dejó usted de reglar?</p> <p>01. No sabe<br/>         02. Menopausia<br/>         03. Embarazada<br/>         04. Esta lactando<br/>         05. Como consecuencia del parto<br/>         06. Le quitaron la matriz o los ovarios<br/>         07. Tiene tuberculosis o cáncer<br/>         08. Recibió radiaciones en la pelvis<br/>         09. Por tener bajo peso<br/>         10. Otro (especificar)</p>   | <p>01<br/>         02<br/>         03<br/>         04<br/>         05<br/>         06<br/>         07<br/>         08<br/>         09<br/>         10 _____</p>   |
| <p><b>AC29.</b> ¿Cuántos hijos (más) le gustaría tener?</p> <p>1. Número de hijos<br/>         2. Los que le mande Dios/ Indiferente</p>   | <p>1. ___ Hijos Si = 0 → AC31<br/>         2.</p>   |
| <p><b>AC30.</b> Entre los hijos que usted aún desea tener ¿cuántos hijos varones e hijas mujeres le gustaría tener?</p> <p>1. Número de hijos varones<br/>         2. Número de mujeres<br/>         3. Los que le mande Dios/ Indiferente</p>   | <p>1. ___ Varones → AC32<br/>         2. ___ Mujeres → AC32<br/>         3. → AC32</p>  |

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>AC31.</b> Si pudiera empezar de nuevo, ¿cuántos hijos le hubiera gustado tener?<br/>1. Número de hijos</p>  | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hijos</p>  |
| <p><b>AC32. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN AC08 Y AC09 SI HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</b></p>  | <p>1. <b>SI</b> → <b>AC33</b><br/>3. <b>NO</b> → <b>AC41</b></p>  |
| <p><b>AC33.</b> ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?<br/>1. Edad<br/>8. NS<br/>9. No respondió</p>  | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años<br/>8.<br/>9.</p>   |
| <p><b>AC34.</b> ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida?<br/>1. Número de parejas sexuales<br/>8. NS<br/>9. No respondió</p>   | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> Parejas<br/>8.<br/>9.</p>   |
| <p><b>AC35.</b> ¿A qué edad se casó/comenzó su unión libre (se juntó) por primera vez?<br/>1. Edad<br/>3. Nunca se ha casado/ vivido en unión libre</p>   | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años<br/>3.</p>  |
| <p><b>AC36.</b> ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?<br/>1. Si<br/>3. No<br/>9. No respondió</p>  | <p>1<br/>3<br/>9 → <b>AC38</b></p>  |
| <p><b>AC37.</b> ¿Cada cuándo tiene relaciones sexuales?<br/>1. Número de veces a la semana<br/>2. Número de veces al mes<br/>3. Número de veces al año<br/>4. No ha tenido en el último año</p> | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces a la semana<br/>2. <input type="text"/> <input type="text"/> Veces al mes<br/>3. <input type="text"/> <input type="text"/> Veces al año<br/>4.</p> |
| <p><b>AC38.</b> ¿Usted se realiza el Papanicolao en forma periódica?</p>  | <p>1. Si<br/>3. No → <b>AC40</b><br/>8. NS → <b>AC40a</b></p>   |
| <p><b>AC39.</b> ¿Cada cuándo se hace usted el Papanicolao?<br/>1. Tiempo en años<br/>3. Tiempo en meses</p>   | <p>1. Cada <input type="text"/> <input type="text"/> años<br/>3. Cada <input type="text"/> <input type="text"/> meses</p>   |
| <p><b>AC40.</b> ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el Papanicolao?<br/>1. Fecha (año)<br/>3. Nunca se lo ha hecho</p>   | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> año<br/>3.</p>  |
| <p><b>AC40a.</b> ¿Usted se realiza una exploración de mama en forma periódica?</p>  | <p>1. Si<br/>3. No → <b>AC40c</b><br/>8. NS → <b>AC41</b></p>   |
| <p><b>AC40b.</b> ¿Cada cuánto se hace usted una exploración de mama?<br/>1. Tiempo en años<br/>3. Tiempo en meses</p>   | <p>1. Cada <input type="text"/> <input type="text"/> años → <b>AC41</b><br/>3. Cada <input type="text"/> <input type="text"/> meses → <b>AC41</b></p>   |
| <p><b>AC40c.</b> ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una exploración de mama?<br/>1.Fecha (año)<br/>3.Nunca se la ha hecho</p>  | <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> año<br/>3.</p>  |

**ANTICONCEPCIÓN (SECCIÓN AC)**

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| <b>AC40d.</b> | ¿Por qué no se realiza una exploración mamaria?<br>1. No sabía que se la tenía que hacer<br>2. No sabe cómo se realiza<br>3. Otro (especificar) | 1<br>2<br>3 _____   |
| <b>AC41.</b>  | ¿Usted se hace una radiografía mamaria en forma periódica?  | 1. Si<br>3. No → <b>AC43</b><br>8. NS → <b>SECCIÓN NE</b>               |
| <b>AC42.</b>  | ¿Cada cuánto se hace usted una radiografía mamaria?<br>1. Tiempo en años<br>3. Tiempo en meses  | 1. Cada <input type="text"/> años<br>3. Cada <input type="text"/> meses |
| <b>AC43.</b>  | ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una radiografía mamaria?<br>1. Fecha (mes y año)<br>3. Nunca se la ha hecho                            | 1. <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año<br>3.              |

NOTAS DE LA SESIONES DE LA ENTREVISTA (SECCIÓN NE)

ENTREVISTADOR: 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 ENTREVISTA (VER CÓDIGO) | SECCIONES CONTESTADAS | FECHA DE LA PROXIMA VISITA |      |     |     |     |
|-------------------|--------------------|-----|-----|-------------------------|------|---|-----------------------|----------------------------|------|-----|-----|-----|
|                   | DIA                | MES | AÑO | HRS.                    | MIN. |   |                       | HRS.                       | MIN. | DIA | MES | AÑO |
| 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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

||| \_\_\_\_\_  
RESULTADO DE ENTREVISTA

### REGISTRO DE PERSONAL

| PUESTOS                  | NOMBRE | CLAVE | FIRMA | FECHA DE ENTREGA |
|--------------------------|--------|-------|-------|------------------|
| ENTREVISTADOR EN HOGARES |        |       |       |                  |
| SUPERVISOR               |        |       |       |                  |
| CAPTURISTA               |        |       |       |                  |

#### 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. El informante se negó a proporcionar información
- 25. No se localizó al informante
- 26. El informante no podía dar información
- 27. Otro (especifique) \_\_\_\_\_