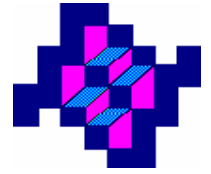




SECRETARIA DE SALUD
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
2005



Cuestionario Individual de niños
de 0 a 9 años

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / ____ / ____ / ____
 MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / ____ / ____ / ____
 LOCALIDAD _____ / ____ / ____ / ____
 COLONIA _____
 CLAVE DE AGEB / ____ / ____ / ____ - / ____
 ESTRATO / ____ NUMERO DE UPM / ____ / ____
 CIUDAD / ____ / ____ / ____
 MANZANA / ____ / ____ / ____
 NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA / ____ / ____ / ____

HOGAR / ____ / ____ de / ____ / ____
 DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO / ____ / ____ de / ____ / ____
 DEL HOGAR

No. DE REGISTRO DEL NIÑO SELECCIONADO / ____ / ____

NOMBRE _____

SEXO: HOMBRE 1

 MUJER 2

EDAD: / ____ / ____ / ____ / ____
 AÑOS MESES

CONTROL / ____ / ____ / ____ / ____ - / ____ / ____ / ____ - / ____ / ____ / ____

FOLIO DE LA VIVIENDA / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

No. DE REGISTRO DEL
 INFORMANTE (Responsable del menor) / ____ / ____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA Y NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR

 (CALLE, AVENIDA,, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

 NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

 NÚM. EXTERIOR NÚM. INTERIOR LOCALIDAD (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

COD. POSTAL | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

VISITA AL HOGAR	1°.	2°.	ÚLTIMA VISITA
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____
HORA DE INICIO	/ ____ / ____ : / ____ / ____	/ ____ / ____ : / ____ / ____	/ ____ / ____ : / ____ / ____
HORA DE TERMINO	/ ____ / ____ : / ____ / ____	/ ____ / ____ : / ____ / ____	/ ____ / ____ : / ____ / ____
FECHA (dd mm aaaa)	/ ____ - / ____ - / ____ / ____ / ____ / ____	/ ____ - / ____ - / ____ / ____ / ____ / ____	/ ____ - / ____ - / ____ / ____ / ____ / ____
RESULTADO (*)	/ ____	/ ____	/ ____

*** CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA**

- | | | |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| 1. ENTREVISTA COMPLETA | 4. AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 7.VIVIENDA DESHABITADA |
| 2. ENTREVISTA INCOMPLETA | 5. SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 8.VIVIENDA EN USO TEMPORAL |
| 3. INFORMANTE INADECUADO | 6. ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 9.OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

SI ES UN NIÑO DE 0 A 11 MESES DE EDAD INICIAR EN LA PREGUNTA 1.1
SI ES UN NIÑO DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD INICIAR EN LA PREGUNTA 2.1
SI ES UN NIÑO DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD INICIAR EN LA PREGUNTA 4.1

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 6.2

V01	Choque de o entre transportes terrestres (Choque, o caída de o entre automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo, motocicleta, etc.) 01
V00	Atropellamiento (peatón atropellado por automóvil, camión, tren, bicicleta, motocicleta) 02
V80	Otros accidentes de transporte (Accidentes de transporte acuático, aéreo, teleférico, etc) ... 03
W00	Caída mismo nivel (resbalón, traspíe, tropezón a nivel del piso) 04
W10	Caída de un nivel a otro (desde un mueble, escalera, andamio, árbol edificio o casa habitación) 05
W20	Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas Incluye: golpe, aplastamiento por o contra objetos, maquinaria o equipos (ejem: elevadores), Herramientas o maquinaria, vidrios u otros objetos cortantes, explosiones Accidentales, cuerpo extraño en ojo u orificio natural 06
W50	Exposición a fuerzas mecánicas animadas (Mordedura, golpe, patada o picadura de animal no ponzoñoso, como rata perro, cocodrilo, etc. aplastamiento por estampida humana y contacto con plantas no venenosas 07
W85	Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas (Choque eléctrico, exposición a rayos X, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja) 08
X00	Exposición al fuego, humo y llamas (Incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas, etc) 09
X10	Contacto con calor y sustancias calientes (por ej.: bebidas. alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes) 10
X30	Exposición a fuerzas de la naturaleza (por ej.: calor frío natural, radiación solar, rayos , terremoto, avalancha, ciclón, inundación) 11
X20	Contacto traumático con animales y plantas venenosos (Alacranes, serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas, etc.) 12
X40	Envenenamiento accidental (por ej.: medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos) 13
W65	Ahogamiento y sumersión accidentales (En bañeras, albercas, piscinas, depósitos de agua y en mar, río, arroyos o lagunas) 14
W75	Otros accidentes que obstruyen la respiración (Sofocación o estrangulamiento accidental, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica) 15
X50	Exposición accidental a otros factores (por ej.: exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores) 77

SECCIÓN 1. INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES DE RIESGO

APLICAR SÓLO A LOS MENORES DE 1 AÑO NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES PASAR A PREGUNTA 2.1, NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS PASE A PREGUNTA 4.1																																	
<p>1.1 Cuando usted (la mamá) estaba embarazada de [NOMBRE] ¿Quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> PUEDE MARCAR HASTA DOS OPCIONES </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Médico</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Promotor(a), auxiliar o asistente de salud</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Partera.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Nadie</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Médico	1	Enfermera	2	Promotor(a), auxiliar o asistente de salud	3	Partera.....	4	Otra persona	7	Nadie	5	No responde.....	8	No sabe	9	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Persona</td> <td style="text-align: center;">Veces</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 10px 0 10px 20px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Persona</td> <td style="text-align: center;">Veces</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px; text-align: center;"> PASE A 1.4 </div>	[] []	[] []	Persona	Veces	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Persona</td> <td style="text-align: center;">Veces</td> </tr> </table>		[] []	[] []	Persona	Veces					
Médico	1																																
Enfermera	2																																
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud	3																																
Partera.....	4																																
Otra persona	7																																
Nadie	5																																
No responde.....	8																																
No sabe	9																																
[] []	[] []																																
Persona	Veces																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Persona</td> <td style="text-align: center;">Veces</td> </tr> </table>		[] []	[] []	Persona	Veces																												
[] []	[] []																																
Persona	Veces																																
<p>1.2 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">99</td> </tr> </table>	No responde	88	No sabe	99	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Meses</td> </tr> </table>	[] []	Meses																									
No responde	88																																
No sabe	99																																
[] []																																	
Meses																																	
<p>1.3 ¿A qué institución de salud pertenece el (MENCIONE PERSONAL) que la revisó o controló?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>IMSS Oportunidades.....</td> <td style="text-align: right;">01</td> </tr> <tr> <td>IMSS</td> <td style="text-align: right;">02</td> </tr> <tr> <td>SSA Centro de salud u hospital</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Seguro Popular de Salud</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Gobierno del Distrito Federal</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>ISSSTE Estatal</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>ISSSTE</td> <td style="text-align: right;">07</td> </tr> <tr> <td>Marina /Defensa</td> <td style="text-align: right;">08</td> </tr> <tr> <td>PEMEX</td> <td style="text-align: right;">09</td> </tr> <tr> <td>Consultorio u hospital privado</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Cruz Roja</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td style="text-align: right;">77</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Especifique</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">99</td> </tr> </table>	IMSS Oportunidades.....	01	IMSS	02	SSA Centro de salud u hospital	03	Seguro Popular de Salud	04	Gobierno del Distrito Federal	05	ISSSTE Estatal	06	ISSSTE	07	Marina /Defensa	08	PEMEX	09	Consultorio u hospital privado	10	Cruz Roja	11	Otra	77	Especifique		No responde.....	88	No sabe	99	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[] []</td> </tr> </table>	[] []
IMSS Oportunidades.....	01																																
IMSS	02																																
SSA Centro de salud u hospital	03																																
Seguro Popular de Salud	04																																
Gobierno del Distrito Federal	05																																
ISSSTE Estatal	06																																
ISSSTE	07																																
Marina /Defensa	08																																
PEMEX	09																																
Consultorio u hospital privado	10																																
Cruz Roja	11																																
Otra	77																																
Especifique																																	
No responde.....	88																																
No sabe	99																																
[] []																																	
<p>1.4 ¿Quién la atendió al momento que nació [NOMBRE]</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Médico</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Promotor(a), auxiliar o asistente de salud ..</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Partera</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Nadie</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Médico	1	Enfermera	2	Promotor(a), auxiliar o asistente de salud ..	3	Partera	4	Otra persona	7	Nadie	5	No responde	8	No sabe	9	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">[]</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px; text-align: center;"> PASE A 1.7 </div>	[]														
Médico	1																																
Enfermera	2																																
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud ..	3																																
Partera	4																																
Otra persona	7																																
Nadie	5																																
No responde	8																																
No sabe	9																																
[]																																	

<p>1.5 ¿En dónde la atendieron cuando nació [NOMBRE]</p>	<table border="0"> <tr><td>IMSS Oportunidades.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>IMSS</td><td>02</td></tr> <tr><td>SSA Centro de salud u hospital</td><td>03</td></tr> <tr><td>Seguro Popular de Salud</td><td>04</td></tr> <tr><td>Gobierno del Distrito Federal.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>ISSSTE Estatal</td><td>06</td></tr> <tr><td>ISSSTE</td><td>07</td></tr> <tr><td>Marina /Defensa</td><td>08</td></tr> <tr><td>PEMEX</td><td>09</td></tr> <tr><td>Consultorio u hospital privado</td><td>10</td></tr> <tr><td>Cruz Roja</td><td>11</td></tr> <tr><td>Casa de la partera</td><td>12</td></tr> <tr><td>Casa de la embarazada</td><td>13</td></tr> <tr><td>Otro lugar _____</td><td>77</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Especifique</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>88</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>99</td></tr> </table>	IMSS Oportunidades.....	01	IMSS	02	SSA Centro de salud u hospital	03	Seguro Popular de Salud	04	Gobierno del Distrito Federal.....	05	ISSSTE Estatal	06	ISSSTE	07	Marina /Defensa	08	PEMEX	09	Consultorio u hospital privado	10	Cruz Roja	11	Casa de la partera	12	Casa de la embarazada	13	Otro lugar _____	77	Especifique		No responde.....	88	No sabe	99	<p style="text-align: center;">[][]</p>
IMSS Oportunidades.....	01																																			
IMSS	02																																			
SSA Centro de salud u hospital	03																																			
Seguro Popular de Salud	04																																			
Gobierno del Distrito Federal.....	05																																			
ISSSTE Estatal	06																																			
ISSSTE	07																																			
Marina /Defensa	08																																			
PEMEX	09																																			
Consultorio u hospital privado	10																																			
Cruz Roja	11																																			
Casa de la partera	12																																			
Casa de la embarazada	13																																			
Otro lugar _____	77																																			
Especifique																																				
No responde.....	88																																			
No sabe	99																																			
<p>1.6 ¿Durante el embarazo o la atención del parto de [NOMBRE], algún personal de salud le hablo sobre ...</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>las ventajas de la lactancia materna?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?	1	2	las ventajas de la lactancia materna?	1	2	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">[]</p>																									
	SI	NO																																		
los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?	1	2																																		
las ventajas de la lactancia materna?	1	2																																		
<p>1.7 Durante el primer mes de vida ¿llevó a [NOMBRE] al médico?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → PASE A 1.9 </p>																														
Si	1																																			
No	2																																			
<p>1.8 ¿Cuál fue la razón por la que llevó usted a [NOMBRE] al médico, en el primer mes de vida?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> PUEDE MARCAR MAS DE UNA OPCION. </div>	<table border="0"> <tr> <td>Chequeo/control del niño sano</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Chequeo/control del niño sano	1	Enfermedad.....	2	<p style="text-align: center;">[]</p> <p style="text-align: center;">[]</p>																														
Chequeo/control del niño sano	1																																			
Enfermedad.....	2																																			
<p>1.9 En total, ¿cuántas veces ha llevado a [NOMBRE] al médico para checar su desarrollo y crecimiento (sin estar enfermo)?</p>	<table border="0"> <tr><td>Ninguna</td><td>00</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>88</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>99</td></tr> </table>	Ninguna	00	No responde	88	No sabe	99	<p style="text-align: center;">[][]</p> <p style="text-align: center;">Veces</p>																												
Ninguna	00																																			
No responde	88																																			
No sabe	99																																			

SECCIÓN 2. VACUNACIÓN

Entrevistador: APLICAR A LOS NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

<p>2.1 ¿Tiene la Cartilla Nacional de Vacunación de [NOMBRE]?</p>	<p>Sí, ¿Puedo verla? Ha visto la cartilla 1 Sí, pero no ha visto la cartilla 3 No tiene cartilla..... 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>→ PASE A 2.8 []</p>
<p>2.2 ¿Han vacunado a [NOMBRE] contra la POLIO (SABIN) (Se suministran gotas por la boca)?</p>	<p>Sí 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[] → PASE A 2.4</p>
<p>2.3 ¿Cuántas veces han vacunado a [NOMBRE] contra la POLIO (SABIN)?</p>	<p>No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][] Veces</p>
<p>2.4 ¿Le han puesto a [NOMBRE] la vacuna contra la Difteria, Tosferina y el Tétanos (DPT) o la vacuna Pentavalente (Es una inyección que se aplica en el muslo o en las nalgas)?</p>	<p>Sí 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[] → PASE A 2.6</p>
<p>2.5. ¿Cuántas veces le han puesto a [NOMBRE] la vacuna contra la Difteria, Tosferina y el Tétanos (DPT) o la vacuna Pentavalente?</p>	<p>No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][] Veces</p>
<p>2.6 ¿Le han puesto a [NOMBRE] la vacuna contra el SARAMPIÓN?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[] → PASE A 2.8</p>
<p>2.7 ¿Cuántas veces han vacunado a [NOMBRE] contra el SARAMPIÓN?</p>	<p>No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][] Veces</p>
<p>2.8 ¿[NOMBRE] tiene en el hombro o en el brazo la cicatriz (marca) de la vacuna de la TUBERCULOSIS?</p>	<p>Sí ¿Puedo verla? Si, se descubrió el brazo y la mostró..... 1 Si, dice tenerla..... 3 No la tiene 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[] → PASE A 3.1</p>

Entrevistador: VERIFIQUE LA PREGUNTA 2.1 SI ES CÓDIGO 1 CONTINÚE CÓDIGOS 2, 3, 8 Y 9 PASE A 3.1

Entrevistador: TRANSCRIBA DE LA CARTILLA LA INFORMACIÓN DE LAS SIGUIENTES VACUNAS

	Preliminar (Al nacer)		1ª Dosis		2ª Dosis		3ª Dosis		1 ^{er} Refuerzo		2 ^{do} Refuerzo		Adicionales	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
2.9 TUBERCULOSIS (BCG)	1	2												
2.10 POLIOMIELITIS (SABIN)	1	2	1	2	1	2	1	2					1	2
2.11 HEPATITIS B, INFECCIONES POR INFLUENZA b, DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (PENTAVALENTE)			1	2	1	2	1	2						
2.12 DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (DPT)									1	2	1	2		
2.13 SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAROTIDITIS (TRIPLE VIRAL SRP)			1	2	1	2								
2.14 SARAMPIÓN Y RUBÉOLA (SR)													1	2

SECCIÓN 3. ENFERMEDAD DIARREICA

APLICAR A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

3.1 ¿Ha tenido diarrea [NOMBRE] en las últimas dos semanas?	Sí 1 No 2 No responde..... 8 No sabe 9	[] PASE A 3.9
3.2 En total, ¿cuántos días lleva (con/tuvo) diarrea [NOMBRE]?	[] [] Días	
3.3 ¿Durante la diarrea [NOMBRE] ha tenido/tuvo fiebre o calentura?	Sí 1 No 2 No responde..... No sabe 8	[]

SI EL NIÑO(A) TIENE 2 O MÁS AÑOS PASE A 3.5

<p>3.4 ¿Durante la diarrea que tiene o (tuvo) [NOMBRE]...</p>	<p>continúo dándole pecho? 1 le dio más seguido el pecho? 2 le dio menos seguido el pecho? 3 le suspendió el pecho?..... 4 No le da pecho 5 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p align="center">[]</p>
<p>3.5 ¿Qué líquidos le ha dado (o dio) a [NOMBRE] durante la diarrea?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	<p>Vida Suero Oral..... 01 Suero comercial 02 Suero casero 03 Agua sola 04 Agua de frutas 05 Agua de arroz 06 Tés 07 Atoles 08 Pozol 09 Leche 10 Leche rebajada 11 Caldos/sopas 12 Refresco 13 Café 14 Otros 77</p> <p>Ninguno 15 No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p align="center">[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-top: 10px;"> PASE A 3.7 </div>
<p>3.6 Durante la diarrea ¿se le dieron a [NOMBRE] más líquidos de lo usual, la misma cantidad, o menos de lo acostumbrado? Me refiero a agua, sopa, leche materna, té u otro líquido</p>	<p>Más de lo acostumbrado 1 Más o menos lo mismo 2 Menos de lo acostumbrado 3</p> <p>No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p align="center">[]</p>
<p>3.7 Sin considerar la leche, ¿ahora que [NOMBRE] ha tenido (o tuvo) diarrea ...</p>	<p>continúo dando la misma cantidad de alimentos? 1 le dio más cantidad de alimentos?..... 2 le dio menos cantidad de alimentos? 3 suspendió todos los alimentos?..... 4</p> <p>Aún no le da otro tipo de alimentos 5 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p align="center">[]</p>

<p>3.8 Ahora que [NOMBRE] ha tenido (o tuvo) diarrea ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda?</p> <p>PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES</p>	<p>A nadie 01 Comadrona o partera 02 Curandero o hierbero 03 Encargado de la farmacia 04 Auxiliar o voluntario de salud 05 Promotor de salud 06 Enfermera 07 Médico 08 Médico homeópata 09 Otro 77</p> <p>No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][] [][] [][]</p>
<p>3.9 ¿Qué molestias debe tener [NOMBRE] cuando tiene diarrea para que usted lo lleve al médico?</p> <p>PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES</p>	<p>Mucha sed 01 Poca ingesta de líquidos o alimentos 02 Estar muy quieto (débil) 03 Evacuaciones muy frecuentes..... 04 Vómitos 05 Fiebre 06 Llanto sin lagrimas 07 Sangre en las heces 08 Otra molestia ... _____ 77</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <p>No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][] [][] [][] [][] [][]</p>

SECCIÓN 4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ASMA

APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

<p>4.1 ¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos [NOMBRE] en las últimas dos semanas?</p>	<p>Sí 1 No 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[]</p> <p>PASE A 4.6</p>
<p>4.2 Por esta(s) enfermedad(es) ¿[NOMBRE] ha tenido fiebre o calentura?</p>	<p>Sí 1 No 2</p>	<p>[]</p>
<p>4.3 ¿Ahora que [NOMBRE] ha tenido gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos ...</p>	<p>comió menos?..... 1 comió más?..... 2 comió lo mismo?..... 3 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>[]</p>
<p>4.4 ¿Qué le hizo o le dio a [NOMBRE] para la gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos?</p>	<p>Usó remedios caseros 1 Usó medicamentos..... 2 Nada 3 Otra práctica 7 No responde 8 No sabe 9</p>	<p>[]</p>
<p>4.5 Ahora que [NOMBRE] ha tenido (o tuvo) gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda?</p>	<p>A nadie 01 Comadrona o partera 02 Curandero o hierbero 03 Encargado de la farmacia..... 04 Auxiliar o voluntario de salud 05 Promotor de salud 06 Enfermera 07 Médico 08 Médico homeópata 09 Otro 77 No responde..... 88 No sabe 99</p>	<p>[][]</p> <p>[][]</p> <p>[][]</p>
<p>4.6 ¿Qué molestias debe tener [NOMBRE] cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo lleve al médico?</p>	<p>Respira rápido 01 No puede respirar 02 No come, ni bebe 03 Se pone frío 04 Se ve más enfermo 05 Más de tres días con calentura 06 Le salga pus del oído 07 Le aparecen puntos blancos en la garganta 08 Otras molestias _____ 77 Especifique No responde 88 No sabe 99</p>	<p>[][]</p> <p>[][]</p> <p>[][]</p> <p>[][]</p> <p>[][]</p>

<p>4.7 ¿Alguna vez le ha silbado el pecho a [NOMBRE] o ha presentado dificultad para respirar?</p>	<p>Sí..... 1 No 2</p>	<p>[]</p> <p>PASE A 4.9</p>
<p>4.8 ¿A [NOMBRE] le ha silbado el pecho o ha padecido dificultad para respirar en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1 No 2</p>	<p>[]</p>
<p>4.9 ¿[NOMBRE] ha sido diagnosticado por algún médico con asma?</p>	<p>Sí..... 1 No 2</p>	<p>[]</p>
<p>4.10 ¿Alguna vez [NOMBRE] ha tenido estornudos, o la nariz mormada, o con mucosidad cuando NO tuviera catarro o gripe?</p>	<p>Sí..... 1 No 2</p>	<p>[]</p>

SECCIÓN 5 ACCIDENTES

APLICAR A LOS NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

<p>5.1 ¿Sufrió [NOMBRE] algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde 8 No sabe 9</p>	<p>[]</p> <p>PASE A 6.1</p>
<p>5.2 ¿Cómo fue que se accidentó [NOMBRE]</p> <p>REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p>	<p>Choque de o entre vehículos 01 Atropellamiento 02 Otros accidentes de transporte..... 03 Caída de un mismo nivel 04 Caída de un nivel a otro..... 05 Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas .. 06 Exposición a fuerzas mecánicas animadas..... 07 Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión atmosférica extremas.. 08 Exposición al fuego, humo y llamas..... 09 Contacto con calor y sustancias calientes..... 10 Exposición a fuerzas de la naturaleza..... 11</p> <p>Contacto traumático con animales y plantas venenosos..... 12 Envenenamiento accidental..... 13 Ahogamiento y sumersión accidental..... 14 Otros accidentes que obstruyen la respiración . 15</p> <p>Exposición accidental a otros factores..... 16 No responde 88 No sabe 99</p>	<p>[][]</p>
<p>5.3 ¿Qué hizo o quién atendió a [NOMBRE] cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Nada o nadie 01 Remedios caseros, automedicación..... 02 Curandero(a) o yerbero(a)..... 03 Huesero(a) o sobador(a) 04 Encargado(a) de la comunidad..... 05 Psicólogo, terapeuta 06 Médico, consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro 77 No responde 99</p>	<p>[][]</p>

SECCIÓN 6. PRÁCTICAS DE LACTANCIA

APLICAR A TODOS LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS QUE RESIDAN EN LA VIVIENDA SIN IMPORTAR SI FUERON O NO SELECCIONADOS PARA EL CUESTIONARIO DEL NIÑO, SI NO HAY NIÑOS EN ESTA EDAD FINALICE LA ENTREVISTA, SI HAY MÁS DE DOS NIÑOS, SELECCIONE A LOS DOS MÁS PEQUEÑOS

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre la alimentación de los niños menores de dos años que viven en esta casa.

PREGUNTA	Niño (1) [] [] NÚMERO DE REGISTRO Nombre _____	Niño (2) [] [] NÚMERO DE REGISTRO Nombre _____
Anote el Nombre y número de registro de la madre de cada menor	[] [] NÚMERO DE REGISTRO Nombre de la madre _____	[] [] NÚMERO DE REGISTRO Nombre de la madre _____
6.1. ¿Le dio pecho alguna vez a (NOMBRE)?	Si 1 No ... 2 <i>En niños de ≥1 año: Termine esta sección de Prácticas de lactancia. Recuerde que se hace dieta</i>	Si 1 No ... 2 → <i>En niños de ≥1 año: Termine sección de Prácticas de lactancia. Recuerde que se hace dieta</i>
6.2. En los primeros tres días después del nacimiento de (NOMBRE), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio algo de beber, aparte de su pecho? NOTA a los encuestadores: NO leer estas opciones	No.....02 Si: (Anote todas las opciones dadas) NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA NE ESTA PREGUNTA Agua simple/sola.....03 Agua azúcar, glucosa. ó con miel.....04 Agua con sal+azúcar05 Té u otra infusión.....06 Miel sola.....07 Aguamiel.....08 Aceite09 Leche (que no fuera de pecho ni fórmula).....10 Fórmula.....11 Jugo de fruta12 No sabe-No se acuerda.....99 Otros (especifique) _____	No.....02 Si: (Anote todas las opciones dadas) NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA NE ESTA PREGUNTA Agua simple/sola.....03 Agua azúcar, glucosa. ó con miel.....04 Agua con sal+azúcar05 Té u otra infusión.....06 Miel sola.....07 Aguamiel.....08 Aceite09 Leche (que no fuera de pecho ni fórmula).....10 Fórmula.....11 Jugo de fruta12 No sabe-No se acuerda.....99 Otros (especifique) _____
6.3. ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	Si1 No2 → Pase a pregunta 6.6	Si1 No2 → Pase a pregunta 6.6
6.4. ¿Cuántas veces le dio pecho ayer en el día? (desde que amaneció hasta que anocheció) AYUDE A LA MADRE A RECORDAR	---- ---- #Tetadas ayer de día	---- ---- #Tetadas ayer de día
PREGUNTA	Niño (1) [] []	Niño (2) [] []

	NÚMERO DE REGISTRO	NÚMERO DE REGISTRO
	Nombre _____	Nombre _____
<p>6.5. ¿Cuántas veces le dio pecho anoche? (desde que anocheció hasta que amaneció) AYUDE A LA MADRE A RECORDAR</p>	<p>---- ---- #Tetadas anoche</p>	<p>---- ---- #Tetadas anoche</p>
<p>6.6. ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)? (Si menos de 1 mes, anote días. Si más de 1 mes, anote meses. Cuando más de 1 año, convierta a meses: <i>(Ejemplos: 1 año=12 m; 2 años=24 m; 3 años=36 m; 4 años=48 m)</i></p> <p>NOTA LA ENCUESTADOR: NO redondee la edad</p> <p>En menores de 1 año: Prosiga con la sección de alimentación complementaria En niños de ≥1 año: Termina sección de Prácticas de lactancia. Recuerde que se hace dieta</p>	<p>[] [] ó [] [] DÍAS MESES</p>	<p>[] [] ó [] [] DÍAS MESES</p>

SECCIÓN 7. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

APLICAR A TODOS LOS NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS QUE RESIDAN EN LA VIVIENDA SIN IMPORTAR SI FUERON O NO SELECCIONADOS PARA EL CUESTIONARIO DEL NIÑO
Entrevistador: Solicite hablar directamente con la madre de cada niño

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?				De _____ <small>Lea los alimentos de la columna A</small> ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno..... 0		(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? No ha iniciado de Manera regular.....88 Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99	
	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro		
7.1. Agua simple	SI	NO	SI	NO			_ _ DIAS	_ _ DIAS
	1	2	1	2			_ _ MESES	_ _ MESES
7.2. OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO QUE NO SEA LICONSA 1. Fórmula infantil 2. Leche en polvo 3. Otra leche	1	2	1	2	_ No. de la leche	_ No. de la leche	_ _ DIAS	_ _ DIAS
7.3. LECHE LICONSA 1. Leche LICONSA en polvo 2. Leche LICONSA líquida	1	2	1	2	_ No. de la leche	_ No. de la leche	_ _ DIAS	_ _ DIAS
							_ _ MESES	_ _ MESES

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?				De _____ <small>Lea los alimentos de la columna A</small> ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno..... 0		(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? No ha iniciado de Manera regular.....88 Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99	
7.4. LÍQUIDOS 1. Agua endulzada 2. Té (simple ó endulzado) 3. Café (simple ó endulzado) 4. Refresco 5. Caldo de frijól (sólo el caldo) 6. Caldo de pollo ó res (sólo el caldo) 7. Aguamiel (sin fermentar)	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ No. del alimento	_ No. del alimento	_ _ DIAS _ _ MESES	_ _ DIAS _ _ MESES
7.5 OTRO LÍQUIDOS SOLOS O ENDULZADOS 1. Atole con agua o con leche 2. Otro cereal (como avena, tapioca, etc.) con agua o con leche 3. Café con leche 4. Jugos de frutas	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ No. del alimento	_ No. del alimento	_ _ DIAS _ _ MESES	_ _ DIAS _ _ MESES
7.6 CEREALES Y LEGUMINOSAS (enteros o en puré) 1. Sopa de pasta 2. Arroz 3. Tortillas 4. Pan (dulce o de sal bolillo, telera) 5. Avena 6. Frijoles 7. Lentejas 8. Habas	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ No. del alimento	_ No. del alimento	_ _ DIAS _ _ MESES	_ _ DIAS _ _ MESES

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?				De _____ Lea los alimentos de la columna A ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno..... 0		(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? No ha iniciado de Manera regular.....88 Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99	
	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro		
7.7. FRUTAS Y VERDURAS 1. Frutas 2. Verduras (Incluye envasados comprados tipo Gerber. NO DIGA MARCAS)	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ _ No. del alimento	_ _ No. del alimento	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES
7.8. CARNES (enteros o en puré) (Incluye envasados comprados tipo Gerber. NO DIGA MARCAS) 1. Carne de pollo, res, cerdo ó conejo (incluye jamón o salchichas o similares; menudencias, huacales o caderas) 2. Pescado (fresco o en lata)	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ _ No. del alimento	_ _ No. del alimento	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES
7.9.HUEVO (entero, la yema o clara)	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2			_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?				De _____ <small>Lea los alimentos de la columna A</small> ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno..... 0		(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? No ha iniciado de Manera regular.....88 Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99	
	Niño _____ _ _ _ Número de registro		Niño _____ _ _ _ Número de registro		Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro	Niño _____ _ _ _ Número de registro
7.10 . LÁCTEOS 1. Queso (cualquiera) 2. Yakult o similares 3. Yogurt 4. Tipo Danoninos	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ _ No. del alimento	_ _ No. del alimento	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES
7.11. NUTRISANO (La papilla del programa OPORTUNIDADES)	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2			_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES
7.12. MISCELÁNEOS 1. Frituras 2. Galletas, dulces o pastelitos	SI 1	NO 2	SI 1	NO 2	_ _ No. del alimento	_ _ No. del alimento	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES	_ _ _ DIAS _ _ _ MESES
7.13. ¿Le agregó azúcar a algunos de los alimentos o bebidas que (NOMBRE) comió ó bebió ayer? No sabe = 9	SI 1	NO 2 9	SI 1	NO 2 9				

