

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<p><i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada niño/a elegible.</i></p>		
<b>UF1.</b> Número de conglomerado: _____	<b>UF2.</b> Número de hogar: _____	
<b>UF3.</b> Nombre del niño/a: Nombre _____	<b>UF4.</b> Número de residente del niño/a : _____	
<b>UF5.</b> Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	<b>UF6.</b> Número de residente de la madre/persona encargada: _____	
<b>UF7.</b> Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	<b>UF8.</b> Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (<b>nombre del niño/a de UF3</b>). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>25</b> MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (<b>nombre del niño/niña de UF3</b>) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>25</b> MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</p>	

<b>UF9.</b> Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años  <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada ..... 01 Ausente ..... 02 Rechazo ..... 03 Completada parcialmente ..... 04 Incapacitada ..... 05  Otro ( <i>especifique</i> ) _____ 96
<b>UF10A.</b> Nombre y número del supervisor de campo:  Nombre _____	
<b>UF12.</b> Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____

EDAD		AG
<p><b>AG1.</b> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i></p> <p><i>Debe anotar el mes y el año.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día ..... _ _</p> <p>No sabe día .....98</p> <p>Mes..... _ _</p> <p>Año .....201 _ _</p>	
<p><b>AG2.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años completos.</i></p> <p><i>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</i></p> <p><i>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</i></p>	<p>Edad (en años completos)..... _ _</p>	
<p><b>AG3.</b> ¿(<i>NOMBRE</i>) ESTÁ AFILIADO/A O INSCRITO/A A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE:</p> <p><i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i></p>	<p>Seguro Social (IMSS)?.....A</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C</p> <p>Pemex, Defensa o Marina?.....D</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....E</p> <p>Seguro Privado .....F</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) .....X</p> <p>No responde.....?</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p><b>BR1.</b> ¿TIENE UN ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?</p>	<p>Sí, visto ..... 1</p> <p>Sí, no visto ..... 2</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒ Siguiendo módulo</p> <p>2⇒ Siguiendo módulo</p>

<p><b>BR2.</b> ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒Siguiete Módulo</p> <p>8⇒BR3</p>
<p><b>BR2A.</b> ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS POR LOS QUE (<i>nombre</i>) NO HA SIDO REGISTRADO O NO CUENTA CON ACTA DE NACIMIENTO?</p> <p><i>Circule todas las respuestas que correspondan.</i></p>	<p>El costo de tramitar el acta de nacimiento ya sea recién nacido o más tarde es alto.....A</p> <p>La oficina del registro civil se encuentra lejos en otra localidad o municipio.....B</p> <p>Toma demasiado tiempo realizar el trámite.....C</p> <p>Dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro.....D</p> <p>No se cuenta con el certificado de nacimiento.....E</p> <p>El acta no ofrece ningún beneficio al niño (a) o la familia del niño(a).....F</p> <p>Los trámites se realizan en una lengua diferente.....G</p> <p>No entiendo cómo puedo realizar el registro....H</p> <p>Los padres son de nacionalidad diferente a la mexicana.....I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) .....X</p> <p>No sabe.....Z</p> <p>No responde.....?</p>	
<p><b>BR3.</b> ¿SABE CÓMO TRAMITAR EL ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....9</p>	

## DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL

EC

<p><b>EC1.</b> ¿CUÁNTOS LIBROS PARA NIÑAS Y NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Ninguno ..... 00</p> <p>Número de libros para niños.....0__</p> <p>Diez o más libros ..... 10</p> <p>No responde.....99</p>																					
<p><b>EC2.</b> QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.</p> <p>¿JUEGA CON:</p> <p>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?</p> <p><i>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Juguetes de tienda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Juguetes caseros.....	1	2	8	9	Juguetes de tienda.....	1	2	8	9	Objetos del hogar u objetos del exterior .....	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																		
Juguetes caseros.....	1	2	8	9																		
Juguetes de tienda.....	1	2	8	9																		
Objetos del hogar u objetos del exterior .....	1	2	8	9																		
<p><b>EC3.</b> A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p><i>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.</i> <i>Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</i></p>	<p>Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora.....__</p> <p>Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora....__</p> <p>No responde.....9</p>																					
<p><b>EC4.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Continúe con EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p>																						

<p><b>EC5.</b> ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN/DESARROLLO TEMPRANO ESTRUCTURADO Y FORMAL, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN DE NIÑOS, GUARDERÍAS O ESTANCIAS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											
<p><b>EC7.</b> EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>)?: Si es "SI", pregunte:</p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DEL HOGAR (MÁS ALLÁ DEL JARDÍN, PATIO O SOLAR)?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>) O CON (<i>nombre</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó cosas o animales</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	NR	Leyó libros	A	B	X	Y	9	Contó cuentos	A	B	X	Y	9	Cantaron canciones	A	B	X	Y	9	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9	Jugó	A	B	X	Y	9	Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9	
	Madre	Padre	Otro	Nadie	NR																																							
Leyó libros	A	B	X	Y	9																																							
Contó cuentos	A	B	X	Y	9																																							
Cantaron canciones	A	B	X	Y	9																																							
Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9																																							
Jugó	A	B	X	Y	9																																							
Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9																																							
<p><b>EC8.</b> ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											
<p><b>EC9.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>																																											

<b>EC10.</b> ¿SABE ( <i>nombre</i> ) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC11.</b> ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC12.</b> ¿A VECES ( <i>nombre</i> ) SE SIENTE DEMASIADO ENFERMO/A COMO PARA JUGAR?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC13.</b> ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC14.</b> CUANDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE ( <i>nombre</i> ) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC15.</b> ¿SE LLEVA ( <i>nombre</i> ) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC16.</b> ¿( <i>Nombre</i> ) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC17.</b> ¿SE DISTRAE ( <i>nombre</i> ) FÁCILMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	

<p><b>EC18.</b> Verifique en AG2 la fecha de nacimiento de (nombre) y calcule su edad en meses _____ edad en meses</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Continúe con EC19</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 6 a 11 meses ⇒ Continúe con EC21</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 12 a 23 meses ⇒ Continúe con EC25</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene de 24 a 35 meses ⇒ Continúe con EC27</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene más 36 meses o más ⇒ Continúe con EC33</p>		
<p><b>EC19.</b> (nombre) ¿LE SONRÍE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>EC20.</b> ¿PUEDE (nombre) LEVANTAR LA CABEZA CUANDO ESTÁ BOCA ABAJO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>EC21.</b> ¿(nombre) VOLTEA CUANDO LE HABLAN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>EC22.</b> ¿(nombre) SE RÍE CUANDO USTED JUEGA A TAPARSE Y LUEGO DESTAPARSE LA CARA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>EC23.</b> (nombre) ¿HACE COSAS A PROPÓSITO PARA MOLESTARLE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>EC23A.</b> Verifique edad en meses en EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 6 meses o más ⇒ Continúe con EC24</p>		

<b>EC24.</b> ¿(nombre) SE MANTIENE SENTADO/A SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC25.</b> ¿(nombre) REPITE SONIDOS COMO BABA, LALA, GAGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC25A.</b> Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 9 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 9 meses o más ⇒ Continúe con EC26		
<b>EC26.</b> CUANDO (nombre) ESTA ENTRETENIDO/A Y USTED LE DICE QUE NO, ELLA/EL ¿REACCIONA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC26A.</b> Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 12 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 12 meses o más ⇒ Continúe con EC27		
<b>EC27.</b> ¿(nombre) CAMINA SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC28.</b> ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS CUATRO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC29.</b> CUANDO USTED LE DA DE COMER, ¿(nombre) SOSTIENE SU PROPIO PLATO O TAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	



<b>EC30.</b> ¿(nombre) LE BESA Y ABRAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC30A.</b> Verifique edad en meses en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 18 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 18 meses o más ⇒ Continúe con EC31		
<b>EC31.</b> ¿(nombre) PATEA UNA PELOTA SIN CAERSE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC32.</b> ¿CUÁNDO VISTE A (nombre), PUEDE EL/ELLA AYUDARLE, POR EJEMPLO, TERMINANDO DE METER EL BRAZO POR LA MANGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC32A.</b> Verifique edad en EC18 <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene menos de 3 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 años o más ⇒ Continúe con EC33		
<b>EC33.</b> ¿( nombre) SABE DECIR AL MENOS OCHO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC34.</b> ¿(nombre) PIDE MÁS CUANDO ALGO LE GUSTA MUCHO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC35.</b> (nombre) PREGUNTA FRECUENTEMENTE POR QUÉ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	

<b>EC36.</b> ¿( nombre) JUEGA CON OTROS NIÑOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC37.</b> ¿( nombre) SABE DECIR SU NOMBRE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	
<b>EC38.</b> (nombre) ¿PUEDE IR SÓLO AL BAÑO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	

<b>LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA</b>		<b>BD</b>
<b>BD1.</b> VerifiqueAG2: edad del niño/a		
<input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
<b>BD2.</b> ¿ALGUNA VEZ DIO PECHO A (nombre)?	Sí.....1 No .....2 No sabe .....8 No responde.....9	2⇒BD4 8⇒BD4
<b>BD3.</b> ¿TODAVÍA LE ESTÁ DANDO PECHO?	Sí.....1 No .....2 No sabe .....8 No responde.....9	
<b>BD4.</b> AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) <u>ALGÚN LÍQUIDO DE UN BIBERÓN (MAMILA)</u> ?	Sí.....1 No .....2 No sabe .....8 No responde.....9	
<b>BD5.</b> ¿TOMÓ (nombre) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (VIDA SUERO ORAL)</u> EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	Sí.....1 No .....2 No sabe .....8 No responde.....9	



(Especifique)_____						
<p><b>BD8.</b> AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (<i>nombre</i>) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (<i>nombre</i>) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</p> <p>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</p> <p>¿COMIÓ (<i>nombre</i>) AYER DE DÍA O DE NOCHE (<i>nombre del alimento</i>) ...</p>						
			SÍ	No	NS	NR
[A] YOGURT?	Yogurt	1	28	8	9	9
<p><i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (<i>nombre</i>)?</i></p> <p><i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i></p> <p><i>Si es desconocido, anote '8'.</i></p>		Número de veces que comió/bebió yogurt				—
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ, por ejemplo, Cerelac, Gerber, NUTRISANO, papilla o polvo del programa Oportunidades?	Cerelac/Gerber/otras papillas	1	2	8	9	
[C] TORTILLA, PAN, ARROZ, PASTA, AVENA Y OTROS CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8	9	
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CAMOTES, QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, etc.	1	2	8	9	
[E] PAPAS BLANCAS, CAMOTE BLANCO, O CUALQUIER ALIMENTO QUE SE CONSIDERE UN TUBÉRCULO?	Papas blancas, camote blanco, etc.	1	2	8	9	
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS COMO ESPINACAS, VERDOLAGAS, ACELGAS O QUELITES?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8	9	
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS, MELÓN AMARILLO/ ANARANJADO?	Mangos maduros	1	2	8	9	
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA COMO PLÁTANO, MANZANA, TUNA, CALABACITA?	Otras frutas o verduras	1	2	8	9	
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VÍSCERAS DE ANIMALES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8	9	
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, BORREGO, CABRITO, CONEJO, POLLO O PATO O JAMÓN O SALCHICHA?	carne de res, cerdo, cordero, cabra, jamón, salchicha, etc.	1	2	8	9	
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8	9	
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8	9	
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, chicharos, etc.	1	2	8	9	
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, EXCEPTO YOGURT?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8	9	
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especifique)_____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8	9	
[P] ALGUNA COMIDA CON AZÚCAR COMO DULCES, CHOCOLATES, PAN DULCE, PASTEL O GALLETAS DULCES?	Alimentos dulces como chocolates, golosinas, pasteles, etc.	1	2	8	9	
[Q] ALGUNA COMIDA SALADA O BOTANA COMO PAPITAS FRITAS, FRITURAS DE MAÍZ O	Comida salada o botana	1	2	8	9	

CHICHARRÓN DE HARINA?		
<b>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "Q")</b> <input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11 <input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10		
<b>BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche</b> <input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya a BD11A <input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a Q]. Cuando haya terminado, continúe con BD11		
<b>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O ANOCHE?</b>  <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces.....— No sabe.....8 No responde.....9	
<b>BD11A. ¿DURANTE SU EMBARAZO O DESDE QUE (NOMBRE) NACIÓ, HA ESCUCHADO, VISTO O LEÍDO ANUNCIOS O COMERCIALES SOBRE LECHE DE FÓRMULA O EN POLVO PARA BEBÉS O NIÑOS?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	
<b>BD11B. ¿CONOCE USTED O HA OÍDO HABLAR DE LOS BENEFICIOS QUE LA LECHE MATERNA APORTA AL NIÑO Y A LA MADRE?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒ SI-GUIENTE MÓDULO 8⇒ SI-GUIENTE MÓDULO
<b>BD11C. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA LA MADRE?</b>  <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene alguna enfermedad crónica.....A</i> <i>Mejora la salud.....B</i> <i>Previene el embarazo.....C</i> <i>Previene algún tipo de cáncer.....D</i> <i>Para bajar de peso.....E</i> <i>Reduce la depresión postparto.....F</i>  Otro, especifique _____.....X No sabe/No responde.....?	
<b>BD11D. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA EL BEBÉ?</b>  <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene infecciones.....A</i> <i>Mejora su salud/para que no se enferme.....B</i> <i>Previene alergias.....C</i> <i>Para que crezca (fuerte).....D</i> <i>Fortalece los vínculos entre la madre y el niño.....E</i>  Otro, especifique _____.....X No sabe/No responde.....?	



ROTAVIRUS2	ROTA2								
ROTAVIRUS3	ROTA3								
NEUMOCOCICA CONJUGADA1	NEUMO1								
NEUMOCOCICA CONJUGADA2	NEUMO2								
NEUMOCOCICA CONJUGADA3	NEUMO3								
INFLUENZA1	INFLU1								
INFLUENZA2	INFLU2								
INFLUENZA3 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU3								
INFLUENZA4 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU4								
SRP (SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS/ MMR)	SARAMPIÓN								
POLIO 1 (SABIN)	SABIN1								
POLIO 2 (SABIN)	SABIN 2								
POLIO 3 (SABIN)	SABIN 3								
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)	VITA1								
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)	VITA2								
<b>IM4.</b> Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la BCG a Vitamina A)? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a IM19 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5									
<b>IM5.</b> ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA CARTILLA, ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD O JORNADAS DE VACUNACIÓN? <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19 <input type="checkbox"/> No/NS ⇒ Continúe con IM19									
<b>IM6.</b> ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA SEMANA NACIONAL DE SALUD, EN VISITAS CON (NOMBRE) AL MÉDICO O CUANDO PROMOTORAS VISITARON SU HOGAR?		Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	2⇒IM19 8⇒IM19						
<b>IM7.</b> ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?		Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9							
<b>IM13.</b> ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ LA VACUNA DE HEPATITIS B; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?		Sí..... 1 No..... 2	2⇒IM15C						

<p><i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i></p>	<p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>8⇒IM15C</p>
<p><b>IM14.</b> ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>IM15.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?</p>	<p>Número de veces ..... —</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p><b>IM15C.</b> ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA PENTAVALENTE ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE PONE EN EL MUSLO PARA PREVENIR DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS Y LA INFLUENZA TIPO B?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15E</p> <p>8⇒IM15E</p>
<p><b>IM15D.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces ..... —</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>IM15E.</b> ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (PROTEGE DE DIARREA POR ROTAVIRUS Y ES UNA AMPOLLETA DE LÍQUIDO QUE ES TOMADA O BEBIDA)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15G</p> <p>8⇒IM15G</p>
<p><b>IM15F.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ROTAVIRUS?</p>	<p>Número de veces ..... —</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>IM15G</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA QUE PROTEGE CONTRA INFECCIONES POR NEUMOCOCO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>2⇒IM15I</p> <p>8⇒IM15I</p>
<p><b>IM15H.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA?</p>	<p>Número de veces ..... —</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde.....9</p>	



<b>IM15I.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9	2⇒IM16 8⇒IM16																				
<b>IM15J.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Número de veces ..... — No sabe ..... 8 No responde.....9																					
<b>IM16.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA SARAMPIÓN (SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAROTIDITIS O SRP, O TRIPLE VIRAL) MMR O MR; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO AL AÑO DE EDAD O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA SARAMPIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9																					
<b>IM16A.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) VITAMINA A, INCLUSO EN ALGUNA SEMANA NACIONAL DE SALUD?	Número de veces ..... — Ninguna ..... 0 No sabe ..... 8 No responde.....9																					
<b>IM16B.</b> ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ VACUNAS ADICIONALES CONTRA POLIOMIELITIS (SABIN) EN SEMANAS DE SALUD?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8 No responde.....9																					
<b>IM19.</b> ¿PODRÍA DECIRME SI (NOMBRE) HA SIDO VACUNADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEMANAS NACIONALES DE SALUD:  [A] <i>Primera semana nacional de salud 2015, del 21 al 27 de febrero, vacuna contra la polio</i>  [B] <i>Otra semana nacional de salud durante 2015</i>  [C] <i>Otra semana nacional de salud, anterior a 2015</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ra semana nac. de salud 2015.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td><i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td><i>Otra semana nac. de salud .....</i></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	<i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i>	1	2	8	9	<i>Otra semana nac. de salud .....</i>	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																		
1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
<i>Otra semana nac. de salud 2015.....</i>	1	2	8	9																		
<i>Otra semana nac. de salud .....</i>	1	2	8	9																		

**CUIDADO DE ENFERMEDADES**

**CA**

<p><b>CA1.</b> EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA?</p>	<p>Sí..... 1                  No..... 2                  No sabe ..... 8                  No responde.....9</p>	<p>2⇒CA6A                  8⇒CA6A</p>
<p><b>CA2.</b> ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).                   DURANTE EL TIEMPO EN QUE (<i>nombre</i>) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL?   <i>Si bebió “menos”, indague:</i>                  ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?</p>	<p>Mucho menos ..... 1                  Un poco menos..... 2                  Casi lo mismo ..... 3                  Más..... 4                  No se le dio nada para beber..... 5                  No sabe ..... 8                  No responde.....9</p>	
<p><b>CA3.</b> DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA?   <i>Si responde “menos”, indague:</i>                  ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?</p>	<p>Mucho menos ..... 1                  Un poco menos..... 2                  Casi lo mismo ..... 3                  Más..... 4                  Suspendió la comida ..... 5                  Nunca se le dio de comer ..... 6                  No sabe ..... 8                  No responde.....9</p>	
<p><b>CA3A.</b> ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN, PARA LA DIARREA DE (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1                  No..... 2                  No sabe ..... 8                  No responde.....9</p>	<p>2⇒CA4                  8⇒CA4</p>
<p><b>CA3B.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?   <i>Indague:</i>                  ¿ALGÚN OTRO LUGAR?   <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i>   <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>   <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i>                   _____                  (NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p>Sector público                  Hospital del gobierno ..... A                  Clínica del gobierno/centro de salud ..... B                  Caravana o puesto móvil de salud ..... C                  Promotor o auxiliar de salud ..... D                  Otro público                  (<i>especifique</i>)..... H                   Sector médico privado                  Hospital / clínica privada ..... I                  Médico privado ..... J                  Farmacia privada ..... K                  Otro médico privado (<i>especifique</i>) ..... O                   Otras fuentes                  Pariente / amigo ..... P                  Tienda ..... Q                  Profesional tradicional ..... R                   Otro (<i>especifique</i>) ..... X                  No responde..... ?</p>	<p>I⇒CA4                  J⇒CA4                  K⇒CA4                  O⇒CA4                   P⇒CA4                  Q⇒CA4                  R⇒CA4                   X⇒CA4                  ?⇒CA4</p>

<b>CA3C.</b> ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (NOMBRE)?	Seguro Social (IMSS) .....1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera.....2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....3 Pemex, Defensa o Marina .....4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....5 Otro .....6 No responde.....9																
<b>CA4.</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre):  [A] UN POLVO QUE VIENE EN UN SOBRE ESPECIAL LLAMADO VIDA SUERO ORAL?  [B] ALGUNA SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN PARA DIARREA COMO PEDIALYTE ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida suero oral.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Solución de rehidratación.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Vida suero oral.....1	2	8	9		Solución de rehidratación.....1	2	8	9		
	Sí	No	NS	NR													
Vida suero oral.....1	2	8	9														
Solución de rehidratación.....1	2	8	9														
<b>CA4A.</b> Verifique CA4: Vida Suero Oral o solución de rehidratación.  <input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio Vida suero oral u otro tipo de solución de rehidratación ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B  <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio Vida suero oral ⇒ Vaya a CA4C																	
<b>CA4B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL VIDA SUERO ORAL O SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN?  <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i>  <hr/> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno ..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud .... 12 Caravana o puesto móvil de salud ..... 13 Promotor o auxiliar de salud ..... 14 Otro público (especifique).....16  Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... 21 Médico privado ..... 22 Farmacia privada ..... 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26  Otra fuente Pariente / amigo ..... 31 Tienda ..... 32 Profesional tradicional ..... 33  Ya tenía en su casa.....40  Otro (especifique)..... 96  No responde.....99																
<b>CA4C.</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (nombre) ALGUNA DE ESTAS COSAS:  [A] TABLETAS DE ZINC?  [B] JARABE DE ZINC?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Tabletas de zinc	1	2	8	9	Jarabe de zinc	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR													
Tabletas de zinc	1	2	8	9													
Jarabe de zinc	1	2	8	9													

<b>CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?</b>			
<input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F			
<b>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</b>  <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i>  <hr/> <i>(Nombre del lugar)</i>	Sector público Hospital del gobierno ..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud .... 12 Caravana o puesto móvil de salud ..... 13 Promotor o auxiliar de salud ..... 14 Otro público <i>(especifique)</i> .....16  Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... 21 Médico privado ..... 22 Farmacia privada ..... 23 Otro médico privado <i>(especifique)</i> _____ 26  Otra fuente Pariente / amigo ..... 31 Tienda ..... 32 Profesional tradicional ..... 33  Ya tenía en su casa .....40 Otro <i>(especifique)</i> .....96 No responde.....99		
<b>CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre) ALGO DE LO SIGUIENTE:</b>  <i>Lea cada ítem (A y luego B) en voz alta y anote la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i>		Sí    No    NS    NR	
[A] SUERO CASERO?	<i>Suero casero</i> .....1	2    8    9	
[B] ATOLE O AGUA DE ARROZ?	<i>Atole/agua de arroz</i> ....1	2    8    9	
[C] ATOLE DE MAÍZ?	<i>Atole de maíz</i> .....1	2    8    9	
[D] TE DE HIERBAS	<i>Te de hierbas</i> .....1	2    8    9	
[E] OTRO LÍQUIDO EXCEPTO REFRESCOS O CAFÉ?	<i>Otro líquido excepto refrescos o café</i> .....1	2    8    9	
<b>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</b>	Sí..... 1 No..... 2  No sabe.....8 No responde.....9	2⇒CA6A  8⇒CA6A	
<b>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</b>  <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A Antiespasmódico .....B  Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc) .....G No sabe tipo de pastilla o jarabe .....H		

<p>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</p>	<p>Inyección Antibiótica..... L No antibiótica..... M No sabe tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas ..... Q</p> <p>Otros (especifique)..... X</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p><b>CA6A.</b> EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	
<p><b>CA7.</b> EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA9A 8⇒CA9A</p>
<p><b>CA8.</b> CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR O JADEABA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe ..... 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p><b>CA9.</b> ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEABA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moqueaba solamente.. 2</p> <p>Ambos ..... 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>)..... 6 No sabe ..... 8 No responde..... 9</p>	<p>1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p><b>CA9A.</b> Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14</p>		
<p><b>CA10.</b> ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A DE PARTE DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p><b>CA11.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p>	<p>Sector público Hospital del gobierno ..... A Clínica del gobierno/centro de salud ..... B Caravana o puesto móvil de salud ..... C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (<i>especifique</i>)..... H</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmacia privada ..... K Otro médico privado (<i>especifique</i>)..... O</p>	<p>I⇒CA12 J⇒CA12 K⇒CA12</p>

<p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... P</p> <p>Tienda ..... Q</p> <p>Profesional tradicional ..... R</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... X</p> <p>No responde..... ?</p>	<p>O⇒CA12</p> <p>P⇒CA12</p> <p>Q⇒CA12</p> <p>R⇒CA12</p> <p>X⇒CA12</p> <p>?⇒CA12</p>
<p><b>CA11AA.</b> ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) ..... 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera ..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) ..... 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina ..... 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI? ..... 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) ... .. 6</p> <p>No responde ..... 9</p>	
<p><b>CA12.</b> ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p><b>CA13.</b> ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circle todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre)</i></p>	<p>Antibióticos</p> <p>Pastilla / Jarabe (suspensión) ..... I</p> <p>Inyección ..... J</p> <p>Otros medicamentos:</p> <p>Paracetamol / Acetaminofen (Tempra).. P</p> <p>Aspirina ..... Q</p> <p>Ibuprofeno (Motrin/Neomelufen/Advil).... R</p> <p>Desenfriolito ..... S</p> <p>Neomelubrina ..... T</p> <p>Febrax ..... U</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... X</p> <p>No sabe ..... Z</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p><b>CA13A.</b> Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14</p>		

<p><b>CA13B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno ..... 11</p> <p>Clínica del gobierno/centro de salud .... 12</p> <p>Caravana o puesto móvil de salud ..... 13</p> <p>Promotor o auxiliar de salud..... 14</p> <p>Otro público (especifique).....16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada ..... 21 21⇒CA14</p> <p>Médico privado ..... 22 22⇒CA14</p> <p>Farmacia privada ..... 23 23⇒CA14</p> <p>Otro médico privado (especifique) _____ 26 26⇒CA14</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente / amigo ..... 31 31⇒CA14</p> <p>Tienda ..... 32 32⇒CA14</p> <p>Profesional tradicional ..... 33 33⇒CA14</p> <p>Ya lo tenía en casa.....40 40⇒CA14</p> <p>Otro (especifique) _____ 96 96⇒CA14</p> <p>No responde.....99 99⇒CA14</p>	
<p><b>CA13C.</b> ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) .....1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina ..... 4</p> <p>Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5</p> <p>Otra institución (especifique) ... .. 6</p> <p>No responde ..... 9</p>	
<p><b>CA14.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a CF0 del módulo de Funcionamiento y discapacidad niños/as 2-4 años</p>		
<p><b>CA15.</b> LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) EVACUÓ/HIZO POPÓ, ¿CÓMO SE DESECHÓ?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿QUÉ HIZO CON EL PAÑAL?</p>	<p>El niño usó el excusado (taza) / letrina .... 01</p> <p>Lo puso / tiró en el excusado o letrina..... 02</p> <p>Lo puso / tiró en el desagüe o drenaje ..... 03</p> <p>Se tiró a la basura (residuo sólido) ..... 04</p> <p>Se enterró ..... 05</p> <p>Se dejó al aire libre..... 06</p> <p>Otro (especifique) _____ 96</p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde.....99</p>	

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS (2-4 AÑOS)		CFD
<b>CFD0.</b> Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 año ⇒ Vaya a UF13 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 2 A 4 años ⇒ Continúe con CFD1  <i>Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.</i>		
<b>CFD1.</b> ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER.  ¿(nombre) USA LENTES?	Si ..... 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD3 9⇒CFD3
<b>CFD2.</b> ¿TIENE (nombre) DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES?  ¿DIRÍA QUÉ (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total ..... 4 No responde.....9	1⇒CFD4 2⇒CFD4 3⇒CFD4 4⇒CFD4 9⇒CFD4
<b>CFD3.</b> ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA VER?  ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total ..... 4 No responde.....9	
<b>CFD4.</b> ¿(nombre) USA APARATO AUDITIVO?	Si ..... 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD6 9⇒CFD6
<b>CFD5.</b> ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) APARATO(S) AUDITIVO?  ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total ..... 4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
<b>CFD6.</b> ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA?  ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total ..... 4 No responde.....9	
<b>CFD7.</b> ¿(nombre) UTILIZA ALGÚN APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si ..... 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD10 9⇒CFD10



<p><b>CFD8.</b> SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD9.</b> CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD11          2⇒CFD11          3⇒CFD11          4⇒CFD11</p> <p>9⇒CFD11</p>
<p><b>CFD10.</b> ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	<p>1⇒CFD11          4⇒CFD11</p> <p>9⇒CFD11</p>
<p><b>CFD10A.</b> ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR?</p>	<p>Disposición para caminar.....1          Capacidad física para caminar..... 2          Otro..... 3</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD10B.</b> ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</p>	<p>No le preocupa en lo absoluto..... 1          Poca preocupación..... 2          Mucha preocupación.....3          Entre poca y mucha..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD11.</b> EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD12.</b> ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD13.</b> CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿USTED TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>¿DIRÍA QUE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	

<p><b>CFD14.</b> ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD15.</b> EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTADES PARA JUGAR?</p> <p>¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?</p>	<p>Ninguna dificultad..... 1          Alguna dificultad..... 2          Mucha dificultad..... 3          Imposibilidad total ..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD16.</b> EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿QUÉ TANTO PATEA, MUERDE O GOLPEA (<i>nombre</i>) A OTROS NIÑOS O ADULTOS?</p> <p>¿DIRÍA QUE: NO LO HACE, LO MISMO O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?</p>	<p>No lo hace..... 1          Lo mismo o menos..... 2          Más..... 3          Mucho más..... 4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p><b>CFD17.</b> ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL, AUNQUE SEA EN EDUCACIÓN INICIAL?</p>	<p>Si ..... 1          No..... 2          No responde.....9</p>	

<b>UF13.</b> Anote la hora.	Hora y minutos ..... : ..	
<p><b>UF14.</b> Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</p> <p>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar</p> <p>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, del hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</p>		

**ANTROPOMETRÍA**
**AN**

Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.

<b>AN1.</b> Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
<b>AN2.</b> Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas..... 1 El niño/ la niña no estaba presente..... 2 El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3 Otro (especifique) _____ 6	2⇒AN6 3⇒AN6 6⇒AN6
<b>AN3.</b> Peso del niño/a	Kilogramos (kg)..... No se midió el peso.....99.99	
<b>AN3AA.</b> Peso del niño/a (segunda medición)	Kilogramos (kg)..... No se midió el peso.....99.99	
<b>AN3AB.</b> Peso del niño/a (tercera medición)	Kilogramos (kg)..... No se midió el peso.....99.99	
<b>AN3A.</b> ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.		
<b>AN3B.</b> Verifique la edad del niño/a en AG2: <input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla o longitud (acostado). <input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
<b>AN4.</b> Longitud o talla del niño/a	Talla/estatura (cm)..... No se midió la Talla/estatura .....9999.9	
<b>AN4AA.</b> Longitud o talla del niño/a (segunda medición)	Talla/estatura (cm)..... No se midió la Talla/estatura .....9999.9	
<b>AN4AB.</b> Longitud o talla del niño/a (tercera medición)	Talla/estatura (cm)..... No se midió la Talla/estatura .....9999.9	

<p><b>AN4A.</b> <i>¿Cómo se midió en realidad al niño/a?</i>  <i>¿Acostado o de pie?</i></p>	<p>Acostado..... 1</p> <p>De pie ..... 2</p>	
<p><b>AN6.</b> <i>¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí</i> ⇒ <i>Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No</i> ⇒ <i>Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.</i></p>		

ENIM 2015. UNICEF-INSP. No reproducir.

**HEMOGLOBINA****HM**

Una vez que las mediciones antropométricas para todos los niños/as estén completas, el técnico tomará la muestra de sangre capilar y medirá la hemoglobina para cada niño/a.  
 Anote el resultado de la prueba de hemoglobina abajo, asegurándose de anotarlo en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar los resultados.

**HM1A.** Verifique AG2.

- 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM1.  
 0 años de edad ⇒ Vaya a HM4.

**HM1.** Nombre y número de la persona a cargo de tomar las muestras de sangre capilar:

Nombre \_\_\_\_\_

**HM2.** Resultado del procedimiento de medición de hemoglobina

Se midió.....	1	
El niño/ la niña no estaba presente.....	2	2⇒HM4
El niño/ la niña o la persona encargada se negó.....	3	3⇒HM4
Otro (especifique) _____	6	6⇒HM4

**HM3.** Resultado de la medición de hemoglobina del niño/a

Resultados.....  
 No se midió .....99.9

**HM4.** ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para prueba de hemoglobina?

- Sí ⇒ Tome la muestra de sangre capilar y anote los resultados del siguiente niño/a.  
 No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.

**Observaciones del Supervisor**

**Observaciones de la entrevistadora**

**Observaciones del medidor**

ENIM 2015. UNICEF-INSP. No reproducir.