

PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS

Seleccione al informante del hogar ☐☐☐ ND01

Podría decirme si algún integrante del hogar ha recibido en el último año, los programas que le voy a mencionar a continuación...

NOTA:
ES NECESARIO QUE **EN TODAS LAS PREGUNTAS** DONDE SE SELECCIONE EL CODIGO:
"Es un beneficio familiar....3", YA NO SE PREGUNTE A OTRO MIEMBRO DEL HOGAR (QUE CUMPLA CON EL
CRITERIO DE EDAD QUE REQUIERA LA PREGUNTA) SI RECIBE O NO EL APOYO PUESTO QUE SI ES
FAMILIAR, SE DA POR HECHO QUE LO RECIBE TODA LA FAMILIA.

Lea todas las opciones. Registre todos los programas en los cuales participe por lo menos un integrante del hogar, indicando que persona participó.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Integrantes del hogar	Despensa de alimentos del programa DIF? Sí.....1 No.....2 Es un beneficio familiar....3 No sabe...99	Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	SÓLO PARA PERSONAS ENTRE >=6 Y <=20 AÑOS Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	SOLO PARA NIÑOS (AMBOS SEXOS) ENTRE 1 Y 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD ¿Suplementos de hierro? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	SOLO PARA NIÑOS (AMBOS SEXOS) ENTRE 1 Y 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD ¿Quien se los entrega? ND106 Seguro Popular.....1 Arranque Parejo en la vida.....2 Centro de Salud.....3 Programa Estatal o Municipal.....4 Otro (especifique).....5	SOLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS ¿Suplementos de acido fólico? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	SOLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS ¿Quien se los entrega? Seguro Popular.....1 Pueblos Indígenas.....2 Arranque Parejo.....3 Centro de Salud.....4 Programa Estatal o Municipal.....5 DICONSA.....6 Otro (especifique).....7	SOLO PARA PERSONAS >=18 AÑOS Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)? Sí.....1 No.....2 Es un beneficio familiar....3 No sabe...99 ENCUESTADOR: En caso de que la respuesta de la persona entrevistada sea "Sí" o "Es un beneficio familiar", pida el formato F1 y verifique que dentro del Folio Titular aparezca, en el espacio número 10, cualquiera de las letras N a la Z.
	ND102	ND103	ND104	ND105	ND106	ND107	ND108	ND109
1					ND106ES		ND108ES	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

1	10 Integrantes del hogar	11 SÓLO PARA PERSONAS ENTRE >=6 Y <=20 AÑOS	12 SOLO PARA NIÑOS <=10 AÑOS	13 ¿Podría decirme si (NOMBRE DE LA PERSONA) ha recibido, en el último año, apoyo de ONG's?	14 ¿Qué recibe?	15 SÓLO PARA PERSONAS >=18 AÑOS
	¿Apoyo alimentario de Albergues y/o comedores escolares indígenas? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	¿Suplementos de vitamina A? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	¿Quien se los entrega? Seguro Popular.....1 Pueblos Indígenas.....2 Arranque Parejo.....3 Centro de Salud.....4 Programa Estatal o Municipal.....5 Otro (especifique).....6	Es un beneficio familiar...3	Leche.....1 Alimentos preparados.....2 Despensas.....3 Suplementos alimenticios para niños (papillas)4 Pastillas o jarabes de vitaminas/minerales5 Apoyo económico para la producción de alimentos.....6 Otro (especifique).....7 No sabe....99	¿Apoyo de estancias infantiles? Sí....1 No.....2 No sabe...99 Es un beneficio familiar...3
	ND110	ND111	ND112	ND113	ND114	ND115
1			ND112ES		ND114ES	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

SOLO PARA PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS									
1 Integrantes del hogar (código)		16 Apoyo monetario o en especie destinados a la alimentación/nutrición de los adultos mayores? Sí.....1 No.....2 No sabe...99				17 ¿Quién se los entrega? Programa 70 y más.....1 DIF.....2 Gobierno del Estado.....3 Organizaciones no gubernamentales.....4 Otro (especifique).....5			
		<div>PASE A LA PREG. 18</div>				<div>ENCUESTADOR: El apoyo "Adultos mayores (AM)" que entrega oportunidades, se registra en la sección dirigida a los beneficiarios de Oportunidades.</div>			
		ND116				ND117			
1						ND117ES			
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

[Se harán las preguntas al responsable del hogar. Se capturarán las respuestas en renglones para cada integrante]

PASE A LA PREGUNTA 42 ND118

19. Número de folio (Pedir tarjeta de afiliación):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ND119

1	Integrantes del hogar (código)	20 ¿Alguien recibe Apoyos monetarios para alimentación (incluyendo a los adultos mayores) por parte de oportunidades? Sí.....1 No.....2 Es un beneficio familiar....3 No sabe...99	21 Alguien asiste a los servicios de salud o atención médica gratuita? Sí, en IMSS Oportunidades.....1 Sí, en Secretaría de Salud.....2 Sí, en otros.....3 No.....4 No sabe...99	22 ¿Cuándo fue la última vez que dicha persona asistió a los servicios de salud o atención médica gratuita? En el último mes1 1 a 2 meses2 3 a 6 meses3 Más de 6 meses4 No sabe.....99	23 ¿En qué situación de salud asiste a los servicios de salud o atención médica gratuita ? Para prevenir enfermedades (asistió sano a consulta).....1 Para curar enfermedades.....2 Para ambos.....3	24 SOLO PARA PERSONAS DE 20 AÑOS Y MÁS. En caso de que Oportunidades ya no lo obligara, ¿Usted continuaría asistiendo a los servicios de salud o atención médica gratuita? Sí1 No2 No sabe99	25 SOLO PARA PERSONAS DE 20 AÑOS Y MÁS ¿Para qué tipo de atención asistiría? Para prevenir enfermedades (asistir sano a consulta).....1 Para curar enfermedades.....2 Para ambos.....3
		ENCUESTADOR: El apoyo alimentario (AL) y apoyo alimentario vivir mejor (ALV) se consideran como beneficio familiar. El apoyo adultos mayores (AM) se considera como un beneficio personal.	PASE A LA PREG. 24			PASE A PREG. 26	
1		ND120	ND121	ND122	ND123	ND124	ND125
2							
3							
4							
5							

					<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama y cérvico–uterino, toma de Papanicolau y autoexploración mamaria • El menor de un año • El mayor de un año • Vacunas • Estimulación temprana • Diarrea y uso del Suero Vida Oral • Parasitosis/Ciclo de desparasitación • Infecciones respiratorias agudas (IRAS) • Tuberculosis • Hipertensión arterial y diabetes • Prevención de accidentes • Manejo inicial de lesiones • Enfermedades prostáticas • Cultura para la donación de órganos • Salud bucal • Enfermedades transmitidas por vectores y alacranismo • Prevención de adicciones • Infecciones de transmisión sexual • Prevención de VIH-SIDA • Género y salud • Violencia intrafamiliar • Climaterio y menopausia • Acciones básicas en caso de desastre • Atención del Adulto Mayor (vacunas) • Discapacidad
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

15						
16						

1	CONSUMO DE SUPLEMENTO ALIMENTACIO PARA NIÑOS (se registrará en los campos correspondientes a los niños <=5 años)			
	<p>31 ¿Alguien recibe suplemento alimenticio para niños (Nutrisano, Vitaniño o Nutricrece (leche fortificada en polvo)?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2 No sabe...99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A LA PREG. 39</div>	<p>32 ¿El beneficiario del programa consume regularmente el suplemento alimenticio para niños?</p> <p>Sí.....1</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A LA PREG. 34</div> <p>No.....2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A LA PREG. 33</div> <p>No sabe...99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A LA PREG. 34</div>	<p>33 Por qué motivo el beneficiario no consume el suplemento alimenticio?</p> <p>No le gusta1 Les hace daño.....2 Otro (especifique).....3</p>	<p>34 Aparte de los niños que son beneficiarios del suplemento ¿Alguien más del hogar consume el suplemento?</p> <p>Sí.....1 No.....2 No sabe...99</p>
	ND131	ND132	ND133	ND134
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

16					
----	--	--	--	--	--

1 Integrantes del hogar (código)	CONSUMO DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO PARA MUJERES (se registrará en los campos correspondientes a las mujeres de 12 a 49 años de edad)			
	35 ¿Alguien recibe suplemento alimenticio para mujeres (Nutrivia o Vitavida (suplementos en forma de pastillas)? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	36 La mujer beneficiaria del programa consume regularmente el suplemento alimenticio? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	37 Por qué motivo la beneficiaria del programa no consume el suplemento? No le gusta1 Les hace daño.....2 Otro (especifique).....3	38 Aparte de las mujeres que son beneficiarias del suplemento ¿Alguien más del hogar consume el suplemento alimenticio para mujeres? Sí.....1 No.....2 No sabe...99
	ND135	ND136	ND137	ND138
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

VIGILANCIA DEL ESTADO DE NUTRICIÓN SOLO PARA NIÑOS (AMBOS SEXOS) ENTRE 1 Y 5 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD				
Integrantes del hogar (código)	39 ¿Algún miembro asiste regularmente a la clínica o centro de salud para tomarle mediciones de peso y estatura? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	40 ¿Hace cuánto tiempo se le midió por primera vez el peso y la estatura? Menos de 6 meses.....1 6 meses a 1 año.....2 1 año a dos años.....3 Mas de 2 años.....4	41 ¿Cada cuándo asiste a la clínica o centro de salud para la medición de peso y la estatura? 1 vez cada mes.....1 1 vez cada 2 meses.....2 1 vez cada 3 meses.....3 1 vez cada 4 meses ó más.....4 No sabe.....99	
	ND139	ND140	ND141	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

PREGUNTAS PARA LOS HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE LECHE LICONSA

Se harán las siguientes preguntas al responsable del hogar.

42. ¿Actualmente, algún miembro del hogar recibe la leche LICONSA?

ND142

Sí.....1

No.....2

No sabe.....99

FIN DE LA
SECCIÓN

1 Integrantes del hogar (código)	43 ¿Quién es el beneficiario de la leche LICONSA? Sí.....1 No.....2 No sabe...99	44 Además de los beneficiarios , ¿Algún otro integrante del hogar consume la leche LICONSA? Sí.....1 No.....2 No sabe...99
	ND143	ND144
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

45. ¿Recibe leche líquida o leche en polvo?

☐

ND145

Líquida.....1

Polvo.....2

Ambas..... 3