



PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

A	B
PREGUNTA	Niño [] [] NÚMERO DE REGISTRO Nombre del niño _____
Anote el Número de registro y el Nombre de la MADRE de cada niño (Estos nombres y números deben estar en la máscara de captura)	Madre niño [] []/ NÚMERO DE REGISTRO al000 Si el cuidador no es la madre del niño.....77 Nombre de la Madre _____ del niño
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Notas. 1. Agregar espacio para ingresar el nombre de la madre del menor. 2. Sólo debe aparecer uno de: el nombre de la madre, o bien, el código 77 según sea el caso. </div>	
1. ¿Le dio pecho alguna vez a (NOMBRE)?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">al001</div> Si 1 Pase a pregunta 3 No ... 2
2. ¿Por qué no amamantó a (NOMBRE)?	Marque todas las opciones dadas NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA EN ESTA PREGUNTA La fórmula es mejor.....01[] Creo que amamantar es demasiado inconveniente.....02[] No me gusto.....03[] No tuve leche.....04[] Quise ponerme a dieta o quise perder peso05[] Quise regresar a mi dieta habitual.....06[] Quise fumar igual o más de lo que debería si amamantaba.....07[] Tenía muchas cosas que hacer.....08[] Tenía planeado regresar a la escuela.....09[] Alguien más lo amamantó10[] Quise conservar mi figura.....11[] Porque el papá de mi hijo no quiso.....12[] Porque la abuela de mi hijo no quiso.....13[] Quise usar anticonceptivos.....14[] No sabe/No responde.....99[] Otros (especifique).....15 [] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">al002esp</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Nota. Pasar a la pregunta 12 directo con cualquier respuesta. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">al002o</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">al002p</div>

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>3. ¿Cuánto tiempo después de que nació (NOMBRE) empezó a darle el pecho? INMEDIATAMENTE O MENOS DE UNA HORA (inmediatamente), REGISTRE "00" EN DÍAS Y HORAS</p> <p>MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EL NÚMERO DE HORAS COMPLETAS</p> <p>24 ó MÁS HORAS: ANOTE DÍAS</p> <p>NO SABE ó NO SE ACUERDA: ANOTE 99 EN DÍAS Y HORAS</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>HORAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> al003a </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> al003b </div> </div> <p>Notas.</p> <p>Hacer las casillas de horas y días mutuamente excluyentes. Es decir, si se teclea en la casilla de horas deshabilitar casilla de días y viceversa.</p> <p>"98" es el límite en las casillas DÍAS</p>
<p>4. En los primeros tres días después del nacimiento de (NOMBRE), ¿le dio algo de beber, aparte de su pecho?</p> <p>NOTA a los encuestadores: NO leer estas opciones; solo anote todas las que diga la madre.</p> <div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004aa</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ah</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ab</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ai</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ac</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004aj</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ad</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ak</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ae</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004al</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004af</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004am</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004ag</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al004aes</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><input type="text"/></p> <p>No ... 2</p> <p>Si 1 Cuál? (marque 1 en todas las opciones dadas)</p> <p>No sabe/No responde.....99</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> al004 </div> </div> <p>NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA EN ESTA PREGUNTA</p> <p>Agua simple/sola..... 03 <input type="text"/></p> <p>Agua con azúcar, con glucosa. con miel ó con piloncillo..... 04 <input type="text"/></p> <p>Suero casero (Agua con sal + azúcar)..... 05 <input type="text"/></p> <p>Té u otra infusión..... 06 <input type="text"/></p> <p>Miel sola..... 07 <input type="text"/></p> <p>Aguamiel..... 08 <input type="text"/></p> <p>Aceite 09 <input type="text"/></p> <p>Leche (que no fuera de pecho ni fórmula).. 10 <input type="text"/></p> <p>Fórmula11 <input type="text"/></p> <p>Jugo de fruta 12 <input type="text"/></p> <p>Salas de rehidratación oral 13 <input type="text"/></p> <p>No sabe/No se acuerda99 <input type="text"/></p> <p>Otros (especifique).....14 <input type="text"/></p> <p>_____</p>
<p>5. ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><input type="text"/></p> <p>Si1</p> <p>No2 Pase a pregunta 11</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> al005 </div> </div>
<p>6. ¿Ayer le dio pecho a (NOMBRE) durante el día ó la noche?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><input type="text"/></p> <p>Si1</p> <p>No2 Pase a pregunta 9</p> <p>No sabe/No responde.....99 Pase a pregunta 9</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> al006 </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 60%;"> <p>Nota.</p> <p>Sí respondió que SI, en 7 y 8 no puede haber 00 al mismo tiempo.</p> </div>	

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>7. ¿Cuántas veces le dio pecho ayer en el DÍA? (desde que Usted se levantó hasta que Usted se fue a dormir)</p> <p>AYUDE A LA MADRE A RECORDAR</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>[] [] #Tetadas ayer de DÍA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al007</div> </div> <p>No sabe/No se acuerda99</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Notas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer 0 como límite inferior y 30 como límite superior del número de tetadas. 2. Habilitar desde el inicio el botón “No sabe/No se acuerda” al aparecer ésta pregunta. </div>	
<p>8. ¿Cuántas veces le dio pecho ANOCHÉ? (desde que Usted se fue a dormir hasta que Usted se levantó en la mañana)</p> <p>AYUDE A LA MADRE A RECORDAR</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>[] [] #Tetadas ANOCHÉ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al008</div> </div> <p>No sabe/No se acuerda99</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota.</p> <p>Establecer 0 como límite inferior y 30 como límite superior del número de tetadas.</p> </div>	
<p>9. ¿Le da pecho a su bebé cada vez que lo pide? es decir, ¿a libre demanda?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al009</div> </div> <p>Si1 No2 No sabe/No se acuerda9</p>
<p>10. ¿Le da leche de su pecho en biberón (mamila)?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al010</div> </div> <p>Sí, siempre.....1 Sí, muchas veces ó frecuentemente.....2 Sí le he dado alguna vez, pero casi nunca le doy3 Intenté pero no seguí.....4 No, nunca.....5 No sabe / No se acuerda.....9</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota.</p> <p>Pasar a la pregunta 12 directo con cualquier respuesta.</p> </div>	
<p>11. ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)? (Si menos de 1 mes, anote los Días. Si más de 1 mes, anote los meses (si menos de 10, anote 0 y luego el #). Cuando la Mamá haya amamantado más de 1 año, convierta a meses: (Ejemplos: 1año=12 m; 2 años=24 m; 3 años=36 m; 4 años=48 m)</p> <p>NOTA al ENCUESTADOR: NO redondee los meses, solo registre meses cumplidos</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>[] [] ó [] []</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al011a</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>DÍAS</div> <div>MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">al011b</div> </div> <p>No sabe/no se acuerda...99</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer las casillas de días y meses mutuamente excluyentes. Es decir, si se teclea en la casilla de días deshabilitar la casilla de meses y viceversa. 2. La duración de lactancia no debe exceder a la edad del menor. </div>	



12. ¿Cuándo nació (NOMBRE), en el hospital o clínica le obsequiaron alguna de las siguientes cosas?

[]

al012

No sabe/no se acuerda...99

No2

Si.....1 Cual?

Marque todas las opciones dadas
NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA EN ESTA PREGUNTA

al012aa

al012ab

al012ac

al012ad

al012ae

Nota al encuestador:
ENCUESTADOR si le pregunta la
entrevistada si debió recibir algo,
SÓLO responda **NO**..

Fórmula infantil.....	01[]
Biberones.....	02[]
Chupones.....	03[]
Pezoneras u otro utensilio que le ayudaron a amamantar.....	04[]
No sabe/no recuerda.....	99[]

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>13. ¿Alguna vez alimentó a (NOMBRE) con fórmula infantil?</p>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">al013</div> </div> <p>Si1 No2 Pase a pregunta 15 No sabe-No se acuerda9 Pase a pregunta 15</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota al encuestador: Registre SI, cuando es exclusivamente fórmula infantil o, al mismo tiempo leche materna.</p> </div>	
<p>14. ¿Por qué decidió alimentar a (NOMBRE) con fórmula infantil?</p>	<p>Marque todas las opciones dadas NOTA: PUEDE HABER MÁS DE UNA RESPUESTA EN ESTA PREGUNTA</p> <p>Me quedé sin leche.....01[] Me enferme y no puede amamantar.....02[] Decidí alimentarlo sólo con formula.....03[] Decidí amamantarlo y también darle formula.....04[] Elegí la misma fórmula con la que alimentaron a mi hijo en el hospital.....05[] Escuché que la fórmula es mejor para mi hijo.....06[] Vi anunciada la fórmula y quise probarla.....07[] Mi hijo tenía un problema de salud y encontré una fórmula que parecía ser el alimento adecuado.....08[] Elegí la misma fórmula con la que alimenté a mi hijo(a) mayor.....09[] El doctor u otro profesional de la salud me recomendó la fórmula.....10[] Porque me la recomendaron amigos o familiares.....11[] Uso la fórmula que me dan en el programa.....12[]</p> <p>(NOMBRE DEL PROGRAMA SOCIAL O MUNICIPAL) Otros (especifique).....13 [] _____</p> <p>No sabe/No responde.....99[]</p>

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

A	B	C	D
ALIMENTOS	¿ En cualquier momento de ayer ó de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?	De _____ (Nota al entrevistador: Lea los alimentos de la columna A) ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno.....0 Pase a siguiente alimento	(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99
15. AGUA SIMPLE 1. Agua simple	<input type="checkbox"/> Si.....1 No....2 al015a	al015c <input type="checkbox"/> Agua simple.....1 Nota al encuestador: . Codificar NINGUNO si no consumió agua simple	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS al015da al015db
16. SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL ó GOTAS MEDICINALES 1. Suero oral, 2. gotas, jarabes medicinales (vitaminas, minerales, medicinas)	<input type="checkbox"/> Si.....1 No....2 al016a	al016c <input type="checkbox"/> No. de líquido	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS al016da al016db
17. OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO QUE NO SEA LICONSA 1. Fórmula infantil MARCA(especifique) _____ 2. Leche en polvo MARCA(especifique) _____ 3. Otra leche MARCA(especifique) _____	<input type="checkbox"/> Si.....1 ¿Cuál? ANOTE LA MARCA No....2 al017aa al017aee al017ab al017abe al017ac al017ace	<input type="text"/> No. de la leche al017ca al017cb al017cc	al017daa <input type="text"/> al017dab <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS al017dba al017dbb al017dca al017dcb

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>18. LECHE LICONSA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leche LICONSA en polvo 2. Leche LICONSA líquida 	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al018a</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <p>Si.....1 No.....2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al018c</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> No. de la leche </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al018da</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al018db</div>
A	B	C	D
<p>ALIMENTOS</p>	<p>¿En cualquier momento de ayer ó de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?</p>	<p>De _____ (Nota a entrevistador: Lea los alimentos de la columna A) ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno.....0 Pase a siguiente alimento</p>	<p>(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99</p>
<p>19. LÍQUIDOS NO NUTRITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agua endulzada 2. Té (simple ó endulzado) 3. Café con agua (simple ó endulzado) 4. Refresco 5. Caldo de frijol (sólo el caldo) 6. Caldo de pollo ó res (sólo el caldo) 7. Aguamiel (sin fermentar) 8. Jugos de frutas 	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019a</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <p>Si.....1 No.....2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019c</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <p>No. del líquido no nutritivo</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019da</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019db</div>
<p>19A. LÍQUIDOS NUTRITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atole con agua 2. Atole con Leche 3. Otro cereal (como avena, tapioca, etc) con agua o con leche. 	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019aa</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <p>Si.....1 No.....2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019ac</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <p>No. del líquido nutritivo</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019ada</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">al019adb</div>

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>20 CEREALES Y LEGUMINOSAS (enteros ó en puré)</p> <ol style="list-style-type: none"> Sopa de pasta Arroz Tortillas Cereales industrializados para bebés en caja Pan de panadería (dulce ó de sal bolillo, telera) Pan industrializado (pan rebanado blanco ó integral, en bolsa) Avena Frijoles Lentejas Habas 	<div>al020a</div> <div> <div></div> </div> <div> Si.....1 No.....2 </div>	<div>al020c</div> <div> <div></div> </div> <div>No. del cereal ó la leguminosa</div>	<div> <div></div><div></div><div></div> DÍAS </div> <div> <div></div><div></div><div></div> MESES </div> <div>al020da</div> <div>al020db</div>
<p>21. FRUTAS Y VERDURAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Frutas Verduras <p>(Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)</p>	<div>al021a</div> <div> <div></div> </div> <div> Si.....1 No.....2 </div>	<div>al021c</div> <div> <div></div> </div> <div>No. de la fruta ó la verdura</div>	<div>al021da</div> <div> <div></div><div></div><div></div> DÍAS </div> <div>al021db</div> <div> MESES CUMPLIDOS </div>
<p>A</p>	<p>B</p>	<p>C</p>	<p>D</p>
<p>ALIMENTOS</p>	<p>¿En cualquier momento de ayer ó de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?</p>	<p>De _____ (Nota a entrevistador: Lea los alimentos de la columna A) ¿Cuál fue el primero que (NOMBRE) tomó regularmente? Ninguno.....0 Pase a siguiente alimento</p>	<p>(Alimento) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? Inició ya de manera Regular, pero no se acuerda cuándo..... 99</p>
<p>22. CARNES ROJAS (enteras, picaditas ó en puré) (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)</p> <ol style="list-style-type: none"> Carne de res, cerdo. Corazón, hígado, menudencias (riñón, mollejas) 	<div>al022a</div> <div> <div></div> </div> <div> Si.....1 No.....2 </div>	<div>al022c</div> <div> <div></div> </div> <div>No. del alimento</div>	<div>al022da</div> <div> <div></div><div></div><div></div> DÍAS </div> <div>al022db</div> <div> MESES CUMPLIDOS </div>
<p>23. CARNES (enteras, picaditas ó en puré) (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)</p> <ol style="list-style-type: none"> Carne de pollo, Pescado (fresco ó en lata) Pancita 	<div>al023a</div> <div> <div></div> </div> <div> Si.....1 No.....2 </div>	<div>al023c</div> <div> <div></div> </div> <div>No. del alimento</div>	<div>al023da</div> <div> <div></div><div></div><div></div> DÍAS </div> <div>al023db</div> <div> MESES CUMPLIDOS </div>

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

24. CARNES (enteras, picaditas ó en puré) (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS) 1. Jamón ó salchichas. 2. Otros embutidos	al024a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	al024c <input type="text"/> No. del alimento	al024da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al024db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
25. HUEVO 1. Entero 2. Sólo la yema	al025a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	al025c <input type="text"/> No. del alimento	al025da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al025db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
26. HUEVO 1. Huevo. Sólo la clara	al026a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	al026c <input type="text"/> Solo la clara.....1 Nota al encuestador: . Codificar NINGUNO si no consumió sólo la clara de huevo	al026da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al026db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
27. LÁCTEOS 1. Queso (cualquiera) 2. Yakult ó similares 3. Yogurt 4. Tipo danoninos	al027a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	al027c <input type="text"/> No. del alimento	al027da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al027db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
28. NUTRISANO 1. La papilla del programa PROSPERA 2. Los polvitos (micronutrientes en polvo) de PROSPERA (Vitaniño) 3. Bebida Láctea Nutrisano	al028a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	<input type="text"/> No. del alimento al028c	al028da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al028db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
29. MISCELÁNEOS 1. Frituras 2. Galletas, dulces ó pastelitos	al029a <input type="text"/> Si.....1 No.....2	al029c <input type="text"/> No. del alimento de misceláneos	al029da <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS al029db <input type="text"/> <input type="text"/> MESES CUMPLIDOS
30. ¿En el día de ayer ó anoche (NOMBRE) tomó algún alimento en biberón como: jugos, cereales, te ó infusiones u otros, sin contar leche materna?	<input type="text"/> Si.....1 No.....2 No sabe o no se acuerda... 9	al030	
31. En el día de ayer, ¿cuantas veces le dio a (NOMBRE) algún alimento ó preparación en forma de papilla, pedacitos/machacado, ó entero, sin contar probaditas?	<input type="text"/> <input type="text"/> # de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CASILLAS DE APOYO AL ENTREVISTADOR	al031a	al031b
NOTA al ENCUESTADOR: Recuerde que NO se deben considerar líquidos	Ninguno.....00 No sabe / No se acuerda....99		

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL PARA MENORES DE 3 AÑOS

<p>32. En el día de ayer ¿Le agregó AZÚCAR a algunos de los alimentos ó bebidas que (NOMBRE) comió ó bebió ayer? ADEMÁS de la que le puso al agua, al té ó al café</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">al032</div> </div> <p>Si.....1 No.....2 No sabe / No se acuerda....9</p>	
<p>33. ¿Le agregó SAL a algunos de los alimentos ó bebidas que (NOMBRE) comió ó bebió ayer?</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">al033</div> </div> <p>Si.....1 No.....2 No sabe o no se acuerda... 9</p>	