



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Módulo DIT en la ENSANUT PROSPERA Fase 2 Cuestionario Individual de niños de 0 a 9 años

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA	desc_ent	entidad
MUNICIPIO O DELEGACIÓN	desc_mun	munici
LOCALIDAD	desc_loc	locali
COLONIA	colonia	
CLAVE DE AGEB	ageb	
ESTRATO		NÚMERO DE UPM
CIUDAD		
MANZANA		
NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA		vivcroq
CONTROL		
FOLIO DE LA VIVIENDA		folio

HOGAR	/ / de / /	DE LA VIVIENDA
CUESTIONARIO	/ / de / /	DEL HOGAR
No. DE REGISTRO DEL NIÑO SELECCIONADO	/ / /	
NOMBRE	h201	
SEXO:	HOMBRE..... 1	sexo
	MUJER..... 2	
FECHA DE NACIMIENTO:	/ / DÍA / / MES / / AÑO	
EDAD:	edad	ANOS / / MESES
No. DE REGISTRO DEL INFORMANTE (Responsable del menor)	/ / /	

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA Y NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR

calle			
(CALLE, AVENIDA,, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, Km.)			
no_ext	no_int	desc_loc	NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA
NUM. EXTERIOR	NUM. INTERIOR	LOCALIDAD	colonia
		(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)	
desc_mun		COD. POSTAL	cp
MUNICIPIO			

VISITA AL HOGAR	1ª.	2ª.	ÚLTIMA VISITA
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	Usuario, Nom_e1	Usuario, Nom_e1	Usuario, Nom_e1
HORA DE INICIO	vis1f vis1h	Vis2f Vis2h	Vis3f Vis3h
HORA DE TÉRMINO	vis1r vis1ft	Vis2r Vis2ft	Vis3r Vis3ft
FECHA (dd mm aaaa)	vis1ht	Vis2ht	Vis3ht
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 23 MESES DE EDAD INICIAR EN LA PREGUNTA 1.1

SI ES UN NIÑO DE 24 MESES A 9 AÑOS 11 MESES DE EDAD INICIAR EN LA PREGUNTA 2.1

SECCIÓN 1. INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES DE RIESGO

APLICAR SÓLO A LOS MENORES DE 2 AÑOS (0 a 23 MESES DE EDAD)

<p>1.1 Cuando usted (<i>la mamá</i>) estaba embarazada de (NOMBRE), ¿quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">ANOTE HASTA 2 OPCIONES</div>	<p>Médico..... 1 Enfermera 2 Promotor(a), auxiliar o asistente de salud 3 Partera profesional técnica..... 4 Partera tradicional o empírica.....5 Otra persona..... 6 Nadie7 No responde..... 8 No sabe9</p>	<p>[] [] Persona Veces [] [] Persona Veces <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0101a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0101_a</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0101b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0101_b</div> </div> <p>7=>1.4 8=>1.4 9=>1.4</p> </p>															
<p>1.2 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?</p>	<p>No responde.....88 No sabe99</p>	<p>[] [] Meses m0102</p>															
<p>1.3 ¿A qué institución de salud pertenece el (MENCIONE PERSONAL) que la revisó o controló?</p>	<p>Seguro Social (IMSS).....01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 Pemex.....04 Defensa.....05 Marina.....06 Centro de Salud u Hospital de la SSA...07 IMSS Prospera.....08 Consultorios dependientes de farmacias...09 Médico privado.....10 Otro lugar (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99</p>	<p>[] [] [] [] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0103a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0103aesp</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0103b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0103besp</div></p>															
<p>1.4 ¿Quién la atendió al momento que nació (NOMBRE)?</p>	<p>Médico..... 1 Enfermera 2 Promotor(a), auxiliar o asistente de salud 3 Partera profesional técnica..... 4 Partera tradicional o empírica.....5 Otra persona..... 6 Nadie7 No responde..... 8 No sabe9</p>	<p>[] m0104 7=>1.7 8=>1.7 9=>1.7</p>															
<p>1.6 ¿Durante el embarazo o la atención del parto de (NOMBRE), algún personal de salud le habló sobre ...</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th style="width: 50px;">Si</th><th style="width: 50px;">No</th></tr> </thead> <tbody> <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>Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Si	No	Los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?.....	1	2	Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto.....	1	2	Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto.....	1	2	Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé.....	1	2	<p>[] m0106a [] m0106b [] m0106c [] m0106d</p>
	Si	No															
Los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?.....	1	2															
Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto.....	1	2															
Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto.....	1	2															
Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé.....	1	2															

1.7 Durante el primer mes de vida, ¿llevó a (NOMBRE) al médico?	SÍ 1 No 2	<div style="text-align: right;">[] m0107</div> 2→1.9
1.8 ¿Cuál fue la razón por la que llevó usted a (NOMBRE) al médico?	Chequeo/control del niño sano1 Enfermedad2	<div style="text-align: right;">[] m0108</div>
1.9 En total, ¿cuántas veces ha llevado a (NOMBRE) al médico para checar su desarrollo y crecimiento (sin estar enfermo)?	Ninguna00 No responde88 No sabe99	<div style="text-align: right;"> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div> Veces <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">m0109</div> </div>

SECCIÓN 2. VACUNACIÓN NIÑOS Y NIÑAS

Entrevistador: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES

2.01 ¿En dónde nació (NOMBRE)?	Seguro Social (IMSS).....01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 Pemex.....04 Defensa.....05 Marina.....06 SSA Centro de Salud u Hospital07 IMSS Prospera.....08 Consultorios dependientes de farmacias...09 Médico privado.....10 Cruz Roja11 Casa de la entrevistada.....12 Casa de la partera.....13 Otra 77 Especifique No responde.....88 No sabe.....99	<div style="text-align: right;">[][]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">m0201</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">m0201esp</div> <div style="margin-top: 20px;"> 09=>2.03 11=>2.03 12=>2.03 13=>2.03 </div>
2.021 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Tuberculosis (BCG)? (se aplica preferentemente en el brazo derecho y generalmente deja cicatriz)	Sí 1 No 2 No responde.....8 No sabe.....9	<div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">m02021</div>
2.022 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud en donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Hepatitis B? (se aplica preferentemente en la pierna izquierda)	Sí 1 No 2 No responde.....8 No sabe.....9	<div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">m02022</div>
2.02 Antes de salir del hospital/clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿les entregaron Cartilla Nacional de Salud?	Sí 1 No 2 NS/NR.....9	<div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">m0202</div>
2.03 ¿En qué lugar le entregaron la Cartilla Nacional Salud de (NOMBRE)?	No tiene cartilla.....01 Registro Civil.....02 Seguro Social (IMSS).....03 ISSSTE.....04 ISSSTE Estatal 05 PEMEX 06 Defensa.....07 Marina.....08 SSA Centro de salud u hospital..... 09 IMSS Oportunidades/Prospera.....10 Consultorios dependientes de farmacias...11 Médico privado12 En la escuela13 Guardería/Estancia infantil.....14	<div style="margin-top: 20px;">1=>2.05</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">[][]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">m0203</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">m0203esp</div>

	Personal de salud acudió a su domicilio....15 En el hospital donde nació16 Otra 77 Especifique No responde.....88 No sabe.....99	
2.04 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Salud y/o documento probatorio?	Sí, muestra Cartilla.....1 Sí, muestra documento probatorio o comprobante.....2 Sí tiene, pero no la mostró.....3 No tiene Cartilla.....4 No responde.....8 No sabe.....9	[] 1=>2.041 m0204 2=>2.10 3,4,8,9=>2.05
2.041 Si muestra Cartilla ¿Qué Cartilla tiene?	Electrónica con “chip”, código de barras, estampa o etiqueta, con la que la enfermera identifica la información del niño o niña en la “tableta”1 Cartilla no electrónica “sin chip”2	[] m02041
2.042 ¿La Cartilla tiene información registrada?	Sí tiene información.....1 No tiene información.....2	[] m02042 1=>2.10
2.043 Tiene Cartilla Nacional de Salud, pero no tiene ninguna información registrada debido a:	No se ha vacunado..... 1 Se vacunó, tiene Documento probatorio o comprobante pero no lo mostró..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	[] m02043 1=>2.21 2=>2.09 8 y 9 =>2.09
2.05 Si no tiene Cartilla, ¿por qué no la tiene?	No me la han dado.....1 La extravié.....2 No me han dado la reposición.....3 No tiene disponible en este momento.....4 Vivienda afectada por sismo u otro desastre natural.....5 Otra.....6 No responde.....8 No sabe.....9	[] m0205

FILTRO: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE <u>NO MOSTRARON CARTILLA</u>			
ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FAVOR SIGA LOS LINEAMIENTOS			
<p>1. Realice las preguntas 2.09 pregunte si el niño(a) cuenta con la vacuna específica (pregunta 2.09) y según corresponda de acuerdo a la edad y esquema de vacunación continúe con la siguiente pregunta de vacunación.</p> <p>2. Para cada vacuna reportada como aplicada, marque en el código que corresponde: 1, 2, 8 o 9, marque solo uno.</p> <p>3. Para cada vacuna reportada como aplicada pregunte cuántas veces se la han puesto.</p>			
2.09 ¿Me puede decir que vacunas le ha puesto a (NOMBRE)?	Sí los mencionó.....1 No lo mencionó.....2 No responde.....8 No sabe.....9	[]	
2.09 a) TUBERCULOSIS (BCG) (se pone al nacer en el brazo y generalmente deja cicatriz)	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09aa [][] Cuántas veces	<div>m0209a</div> <div>m0209ab</div>
2.09 b) HEPATITIS B (se pone al nacer, 2 y 6 meses, o a los 2, 4 y 6 meses, inyectada en pierna (muslo))	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09bb [][] Cuántas veces	<div>m0209b</div> <div>m0209bb</div>
2.09 c) PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib (DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (se pone a los 2, 4, 6 y 18 meses), inyectada en pierna (muslo))	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09cc [][] Cuántas veces	<div>m0209c</div> <div>m0209cb</div>
2.09 d) ROTAVIRUS (GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS) (se pone a los 2, 4 y 6 meses. Por vía oral con jeringa sin agua)	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09dd [][] Cuántas veces	<div>m0209d</div> <div>m0209db</div>
2.09 e) NEUMOCÓCCICA CONJUGADA (INFECCIONES POR NEUMOCOCO) (se pone a los 2, 4 y 12 meses inyectada en pierna (muslo))	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09ee [][] Cuántas veces	<div>m0209e</div> <div>m0209eb</div>
2.09 f) INFLUENZA (INFLUENZA ESTACIONAL) (Se inicia entre 6 y 35 meses, posteriormente una dosis anual entre septiembre y marzo, hasta los 59 meses de edad. Inyectada en pierna (muslo) en niños de 6-18 meses, y en brazo (deltoides) en mayores de 18 meses)	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09ff [][] Cuántas veces	<div>m0209f</div> <div>m0209fb</div>
2.09 g) SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP, TRIPLE VIRAL) (se pone al año y refuerzo a los 6 años. Con jeringa, vía subcutánea en brazo (deltoides))	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09gg [][] Cuántas veces	<div>m0209g</div> <div>m0209gb</div>
2.09 h) SABIN/ POLIOMIELITIS ORAL (se suministran gotas por la boca, se ponen en las Semanas Nacionales de Salud)	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09hh [][] Cuántas veces	<div>m0209h</div> <div>m0209hb</div>
2.09 i) SARAMPIÓN, RUBÉOLA (SR) (refuerzo a los 6 años. Con jeringa vía subcutánea en brazo (deltoides))	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09ii [][] Cuántas veces	<div>m0209i</div> <div>m0209ib</div>
2.09 j) DPT (DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS)	<div>1 2 8 9</div> 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	2.09jj [][] Cuántas veces	<div>m0209j</div> <div>m0209jb</div>

(Se pone refuerzo a los 4 años de edad. Inyectada en brazo (deltoides))		
2.09 k) OTRAS	1 2 8 9	2.09kk [][] Cuántas veces
Anote textual el nombre como aparezca en la cartilla o el Documento probatorio o comprobante	¿Cuál? m0209k1 m0209kes1 m0209kb1	2.09kk [][] Cuántas veces
	¿Cuál? m0209k2 m0209kes2 m0209kb2	2.09kkkk [][] Cuántas veces
2.09 l) Ninguna		

FILTRO: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE MOSTRARON LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO. ANOTE LA FECHA REGISTRADA Y LA INSTITUCIÓN EN LA QUE SE APLICÓ

ENTREVISTADOR, TRANSCRIBA DE LA CARTILLA Y/O DOCUMENTO PROBATORIO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nota: Si el entrevistado muestra la cartilla, pero no cuenta con información, contestar “No” (2) en “Dosis”, según el esquema para la edad.

RECUERDE: si la Cartilla tiene el dato escrito con **LÁPIZ**, la información **NO** debe **ANOTARSE** en **ESTE** cuestionario

VACUNA	ANOTE CÓDIGO			B) Fecha de la aplicación			C) Institución que aplicó la vacuna
	Dosis: Sí.....1 No.....2	EDAD	DOSIS Sí.....1 No.....2	Día	Mes	Año	
2.10 TUBERCULOSIS (BCG)	Única	Al nacer					m0210aa m0210ab m0210ac m0210ad m0210ae m0210aes
2.11 HEPATITIS B	Primera	Al nacer					m0211aa m0211ab m0211ac m0211ad m0211ae m0211aes
		2 meses					m0211ba m0211bb m0211bc m0211bd m0211be m0211bes
	Segunda	2 meses					m0211ca m0211cb m0211cc m0211cd m0211ce m0211ces
		4 meses					m0211da m0211db m0211dc m0211dd m0211de m0211des
	Tercera	6 meses					m0211ea m0211eb m0211ec m0211ed m0211ee m0211ees
2.12 PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Poliomielitis e Infecciones por H. influenzae b)	Primera	2 meses					m0212aa m0212ab m0212ac m0212ad m0212ae m0212aes
	Segunda	4 meses					m0212ba m0212bb m0212bc m0212bd m0212be m0212bes
	Tercera	6 meses					m0212ca m0212cb m0212cc m0212cd m0212ce m0212ces
	Cuarta	18 meses					m0212da m0212db m0212dc m0212dd m0212de m0212des
2.13 DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos)	Refuerzo	4 años					m0213aa m0213ab m0213ac m0213ad m0213ae m0213aes
2.14 ROTAVIRUS (Diarrea por Rotavirus)	Primera	2 meses					m0214aa m0214ab m0214ac m0214ad m0214ae m0214aes
	Segunda	4 meses					m0214ba m0214bb m0214bc m0214bd m0214be m0214bes
	Tercera	6 meses					m0214ca m0214cb m0214cc m0214cd m0214ce m0214ces

2.15 NEUMOCÓCICA CONJUGADA (infecciones por Neumococo)	Primera	2 meses	m0215aa	m0215ab	m0215ac	m0215ad	m0215ae	m0215aes
	Segunda	4 meses	m0215ba	m0215bb	m0215bc	m0215bd	m0215be	m0215bes
	Refuerzo	12 meses	m0215ca	m0215cb	m0215cc	m0215cd	m0215ce	m0215ces
2.16 INFLUENZA	Primera	6 a 11 meses	m0216aa	m0216ab	m0216ac	m0216ad	m0216ae	m0216aes
	Segunda	7 meses (o 1 mes posterior a la primera)	m0216ba	m0216bb	m0216bc	m0216bd	m0216be	m0216bes
	Revacunación	Anual hasta los 59 meses	m0216ca	m0216cb	m0216cc	m0216cd	m0216ce	m0216ces
2.17 SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) Triple viral	Primera	1 año	m0217aa	m0217ab	m0217ac	m0217ad	m0217ae	m0217aes
	Refuerzo	6 años	m0217ba	m0217bb	m0217bc	m0217bd	m0217be	m0217bes
2.18 SABIN (Poliomielitis)	Adicionales		m0218aa	m0218ab	m0218ac	m0218ad	m0218ae	m0218aes
	Adicionales		m0218ba	m0218bb	m0218bc	m0218bd	m0218be	m0218bes
2.19 SR (Sarampión y Rubéola) “Campaña de seguimiento”	Adicionales		m0219aa	m0219ab	m0219ac	m0219ad	m0219ae	m0219aes

2.20 OTRAS VACUNAS (ANOTE TEXTUAL EL NOMBRE)	ANOTE LA DOSIS				ANOTE LA FECHA			INSTITUCIÓN
					Día	Mes	Año	
	m0220ae	m0220af	m0220aa	m0220ab	m0220ac	m0220ad	m0220aes	
	m0220be	m0220bf	m0220ba	m0220bb	m0220bc	m0220bd	m0220bes	
	m0220ce	m0220cf	m0220ca	m0220cb	m0220cc	m0220cd	m0220ces	

Códigos de respuesta para el inciso C	Marina.....06	Cruz Roja11
Seguro Social(IMSS).....01	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	Casa de la entrevistada...12
ISSSTE.....02	IMSS Prospera.....08	Casa de la partera.....13
ISSSTE Estatal.....03	Consultorios dependientes de farmacias...09	Otra 77
Pemex.....04	Médico privado.....10	Especifique
Defensa.....05		No responde..... 88
		No sabe..... 99

2.21. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (NOMBRE) recibió Vitamina A en alguna Semana Nacional de Salud?	<div> <input type="text"/> </div> <div>Veces</div> <div>m0221</div>
	Ninguna..... 0
	No sabe/No responde9

FILTRO NIÑOS DE 0 A 12 MESES CONTINÚE
NIÑOS DE 1 AÑO UN MES A 4 AÑOS 11 MESES PASE A SECCIÓN 3

<p>2.27 ¿A (NOMBRE) le realizaron la prueba del tamiz neonatal?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>SI RESPONDE "SI" Y MOSTRO LA CARTILLA VERIFIQUE EL DATO EN LA CARTILLA Y ANOTE EL CÓDIGO 1</p> <p>SI NO TIENE REGISTRO EN LA CARTILLA Y DICE QUE LE REALIZARON LA PRUEBA ANOTE CÓDIGO 2</p> </div>	<p>Sí, y está registrado en la cartilla..... 1</p> <p>Sí, dice habersele realizado la prueba.....2</p> <p>No le han realizado la prueba..... 3</p> <p>NS/NR..... 9</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0227</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">PASE A 2.29</div>
<p>2.28 ¿Conoce el resultado de la prueba del tamiz neonatal?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0228</div>
<p>2.29 En los primeros 28 días de vida ¿le realizaron la prueba del Tamiz Neonatal Auditivo a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0229</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">PASE A SECCIÓN 3</div>
<p>2.30 ¿Cuál fue el resultado del tamiz neonatal auditivo?</p>	<p>Salió bien.....1</p> <p>Le dijeron que requería otro tipo de estudio.....2</p> <p>NS/NR.....9</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0230</div>

SECCIÓN 3. ENFERMEDADES DIARRÉICAS

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

<p>3.1 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe9</p>	<p style="text-align: right;">[]</p> <p>2=>3.16</p> <p>8=>3.16</p> <p>9=>3.16</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0301</div>
<p>3.2 En total, ¿cuántos días lleva (con/tuvo) diarrea (NOMBRE)?</p>	<p style="text-align: center;">[][] Días</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe99</p>	<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0302</div>
<p>3.3 ¿Durante la diarrea (NOMBRE) ha tenido/tuvo fiebre o calentura?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe9</p>	<p style="text-align: right;">[]</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m0303</div>

SI EL NIÑO (A) TIENE 2 O MÁS AÑOS PASE A 3.5		
3.4 ¿Durante la diarrea que tiene (o tuvo) (NOMBRE)...	Continué 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 pecho5 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> <div>m0304</div>
3.5 Sin considerar la leche, ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea...	continuó 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 Aún no le da otro tipo de alimentos5 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> <div>m0305</div>
3.6 Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda? <div>PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES</div>	A nadie.....01 Comadrona o partera02 Curandero o hierbero.....03 Encargado de la farmacia.....04 Auxiliar o voluntario de salud.....05 Promotor de salud06 Enfermera07 Médico08 Médico homeópata09 Otro77 No responde88 No sabe99	1=>3.10 2=>3.10 3=>3.10 4=>3.10 <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> 77=>3.10 88=>3.10 99=>3.10 <div>m0306a</div> <div>m0306b</div> <div>m0306c</div>
3.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) (MENCIONE AL PERSONAL DE 3.6) que atendió a (NOMBRE)?	Seguro Social (IMSS).....01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 Pemex.....04 Defensa.....05 Marina.....06 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07 IMSS Prospera.....08 Consultorios dependientes de farmacias...09 Médico privado.....10 Otro lugar (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99	<div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>m0307a</div> <div>m0307aesp</div> <div>m0307b</div> <div>m0307besp</div> <div>m0307c</div> <div>m0307cesp</div>
3.8 El personal de salud ¿le recomendó que le diera Vida Suero Oral o soluciones rehidratantes a (NOMBRE)?	Sí..... 1 No2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> 2=>3.10 8=>3.10 9=>3.10 <div>m0308</div>
3.9 El personal de salud ¿le explicó cómo preparar el Vida Suero Oral o las soluciones rehidratantes?	Sí..... 1 No2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> <div>m0309</div>

m0310a

m0310b

m0310c

m0310d

m0310e

m0310f

<p>3.10 ¿Qué (otros) líquidos le ha dado (o dio) a (NOMBRE) durante la diarrea?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<table border="0"> <tr><td>Vida Suero Oral.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>Suero comercial.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>Suero casero.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>Agua sola</td><td>04</td></tr> <tr><td>Agua de frutas</td><td>05</td></tr> <tr><td>Agua de arroz</td><td>06</td></tr> <tr><td>Tés.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>Atoles.....</td><td>08</td></tr> <tr><td>Pozol</td><td>09</td></tr> <tr><td>Leche.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>Leche rebajada.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>Caldos / sopas</td><td>12</td></tr> <tr><td>Refresco.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>Café</td><td>14</td></tr> <tr><td>Otros.....</td><td>77</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td>Ninguno.....</td><td>15</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>88</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>99</td></tr> </table>	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			Ninguno.....	15	No responde.....	88	No sabe	99	<table border="0"> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> </table>	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] []
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																																																					
Ninguno.....	15																																																					
No responde.....	88																																																					
No sabe	99																																																					
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
<p>3.11 ¿Se le dio alguna (OTRA) cosa para tratar la diarrea?</p>	<table border="0"> <tr><td>Sí.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td></tr> </table>	Sí.....	1	No	2	No responde.....	8	No sabe	9	<table border="0"> <tr><td>[]</td></tr> <tr><td>2=>3.13</td></tr> <tr><td>8=>3.13</td></tr> <tr><td>9=>3.13</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> m0311 </div>	[]	2=>3.13	8=>3.13	9=>3.13																																								
Sí.....	1																																																					
No	2																																																					
No responde.....	8																																																					
No sabe	9																																																					
[]																																																						
2=>3.13																																																						
8=>3.13																																																						
9=>3.13																																																						
<p>3.12 ¿Qué otra cosa se le dio para tratar la diarrea?</p> <p>Indague: ¿Algo más?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<table border="0"> <tr><td>Pastillas o jarabe</td><td></td></tr> <tr><td> Antibiótico.....</td><td>1</td></tr> <tr><td> Antiespasmódico.....</td><td>2</td></tr> <tr><td> Otras pastillas o jarabes (no antibióticos, antiespasmódicos o zinc).....</td><td>3</td></tr> <tr><td> No sabe tipo de pastilla o jarabe.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Inyección</td><td></td></tr> <tr><td> Antibiótica.....</td><td>5</td></tr> <tr><td> No antibiótica.....</td><td>6</td></tr> <tr><td> No sabe tipo de inyección.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>Intravenosa.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>Remedio casero/ medicina a base de hierbas.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>Otros (especifique).....</td><td>77</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>88</td></tr> <tr><td>No sabe.....</td><td>99</td></tr> </table>	Pastillas o jarabe		Antibiótico.....	1	Antiespasmódico.....	2	Otras pastillas o jarabes (no antibióticos, antiespasmódicos o zinc).....	3	No sabe tipo de pastilla o jarabe.....	4	Inyección		Antibiótica.....	5	No antibiótica.....	6	No sabe tipo de inyección.....	7	Intravenosa.....	8	Remedio casero/ medicina a base de hierbas.....	9	Otros (especifique).....	77	No responde.....	88	No sabe.....	99	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">m0312a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">m0312b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">m0312c</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">m0312d</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">m0312esp</div> <table border="0"> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> <tr><td>[] []</td></tr> </table>	[] []	[] []	[] []	[] []																				
Pastillas o jarabe																																																						
Antibiótico.....	1																																																					
Antiespasmódico.....	2																																																					
Otras pastillas o jarabes (no antibióticos, antiespasmódicos o zinc).....	3																																																					
No sabe tipo de pastilla o jarabe.....	4																																																					
Inyección																																																						
Antibiótica.....	5																																																					
No antibiótica.....	6																																																					
No sabe tipo de inyección.....	7																																																					
Intravenosa.....	8																																																					
Remedio casero/ medicina a base de hierbas.....	9																																																					
Otros (especifique).....	77																																																					
No responde.....	88																																																					
No sabe.....	99																																																					
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
[] []																																																						
<p>3.13 Durante el episodio de diarrea, ¿Se le dio a (NOMBRE) alguna de estas cosas:</p> <p>a) ¿Tabletas de Zinc?</p> <p>b) ¿Jarabe de Zinc?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> <td>NR</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <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> </table>		Sí	No	NS	NR						Tabletas de Zinc	1	2	8	9	Jarabe de Zinc	1	2	8	9	<table border="0"> <tr><td>[]</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">m0313a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">m0313b</div> <table border="0"> <tr><td>1=>3.14, 2,8 y 9=>3.13b</td></tr> <tr><td>1=>3.14, 2,8 y 9=>3.15</td></tr> </table>	[]	1=>3.14, 2,8 y 9=>3.13b	1=>3.14, 2,8 y 9=>3.15																													
	Sí	No	NS	NR																																																		
Tabletas de Zinc	1	2	8	9																																																		
Jarabe de Zinc	1	2	8	9																																																		
[]																																																						
1=>3.14, 2,8 y 9=>3.13b																																																						
1=>3.14, 2,8 y 9=>3.15																																																						

<p>3.14 ¿Dónde obtuvo usted el Zinc?</p> <p>Entrevistador: Indague para identificar cada tipo de fuente</p> <p>Si no puede determinar si es público o privada, escriba el nombre del lugar</p> <hr/> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno.....01</p> <p>Clínica del gobierno/centro de salud.....02</p> <p>Caravana o puesto móvil de salud.....03</p> <p>Promotor o auxiliar de salud.....04</p> <p>Otro público (especifique).....05</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital/clínica privada.....06</p> <p>Médico privado.....07</p> <p>Farmacia privada.....08</p> <p>Otro médico privado (especifique).....09</p> <p>Otra fuente</p> <p>Pariente/ amigo.....10</p> <p>Tienda.....11</p> <p>Profesional tradicional.....12</p> <p>Ya tenía en su casa.....13</p> <p>Otro (especifique).....77</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p>	<div>[][]</div> <div>m0314</div> <div>m0314esp</div>
<p>FILTRO: SI LA RESPUESTAS EN LA PREGUNTA 3.6 ES CÓDIGO 05, 06, 07, 08 Ó 09 CONTINÚE. OTRO CÓDIGO (01, 02, 03, 04, 77 Y 99) PASE A 3.16</p>		
<p>3.15. El personal de salud ¿le explicó los cuidados que tenía que dar a (NOMBRE) en el hogar durante la diarrea?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe9</p>	<div>[]</div> <div>m0315</div>
<p>3.16 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene diarrea para que usted lo lleve al médico?</p> <div>PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES</div>	<p>Mucha sed..... 01</p> <p>Poca ingesta de líquidos o alimentos 02</p> <p>Estar muy quieto (débil) 03</p> <p>Evacuaciones muy frecuentes..... 04</p> <p>Vómitos 05</p> <p>Fiebre 06</p> <p>Llanto sin lágrimas07</p> <p>Sangre en las heces 08</p> <p>Otra molestia 77</p> <p>Especifique</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe99</p>	<div>[][]</div> <div>[][]</div> <div>[][]</div> <div>[][]</div> <div>[][]</div> <div>m0316a</div> <div>m0316b</div> <div>m0316c</div> <div>m0316d</div> <div>m0316e</div> <div>m0316esp</div>
<p>3.17 ¿Conoce los síntomas de deshidratación?</p>	<p>Sí..... ¿Cuáles son?</p> <p>Mucha sed1</p> <p>Irritabilidad.....2</p> <p>Llanto sin lágrimas3</p> <p>Ojos hundidos.....4</p> <p>Otro síntoma (especifique).....7</p> <p>No conoce ningún síntoma de deshidratación....8</p> <p>NS/NR.....9</p>	<div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>m0317a</div> <div>m0317b</div> <div>m0317c</div> <div>m0317d</div> <div>m0317e</div> <div>m0317esp</div>

SECCIÓN 4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

4.1 ¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos (NOMBRE) en las últimas dos semanas?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	[] 2=>4.12 8=>4.12 9=>4.12 <div>m0401</div>
4.2 Por esta(s) enfermedad(es), ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre o calentura?	Sí.....1 No..... 2	[] <div>m0402</div>
4.3 Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos ¿Respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar o jadeaba?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	[] 2=>4.5 8=>4.5 9=>4.5 <div>m0403</div>
4.4 ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moqueaba?	Problema en el pecho solamente.....1 Nariz tapada o que moqueaba solamente.....2 Ambos.....3 Otros (especifique).....4 No responde.....8 No sabe9	[] <div>m0404</div> <div>m0404esp</div>
4.5 ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos...	comió menos?1 Comió más?2 comió lo mismo?3 No responde.....8 No sabe9	[] <div>m0405</div>
4.6 Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda?	A nadie..... 01 Comadrona o partera02 Curandero o hierbero03 Encargado de la farmacia.....04 Auxiliar o voluntario de salud05 Promotor de salud06 Enfermera07 Médico08 Médico homeópata09 Otro (especifique)..... 77 No responde.....88 No sabe99	01=>4.12 02=>4.12 03=>4.12 04=>4.12 [] [] <div>m0406a</div> <div>m0406b</div> <div>m0406c</div> <div>m0406esp</div> 77=>4.12 88=>4.12 99=>4.12

PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES

<p>4.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) (MENCIONE AL PERSONAL DE 4.6) que atendió a (NOMBRE)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS).....01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 Pemex.....04 Defensa.....05 Marina.....06 Centro de Salud u Hospital de la SSA...07 IMSS Prospera.....08 Consultorios dependientes de farmacias...09 Médico privado.....10 Otro lugar (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0407a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0407aesp</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0407b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0407besp</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0407c</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0407cesp</div> </div> </div>
<p>4.8 ¿Qué le hizo o le dio a (NOMBRE) para la gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos?</p>	<p>Usó remedios caseros1 Usó medicamentos.....2 Nada3 Otra práctica7 No responde.....8 No sabe9</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1=>4.12 2=>4.9 3=>4.12 7=>4.12 8=>4.12 9=>4.12 </div> <div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0408</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40px; height: 20px; margin-top: 20px;"></div> </div> </div>
<p>4.9 ¿Qué medicamento se le dio a (NOMBRE)? Entrevistador: Indague ¿Algún otro medicamento? Entrevistador: Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen. <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">(Nombre)</p> </p>	<p>Antibióticos Pastilla/Jarabe(suspensión).....01 Inyección.....02 Otros medicamentos: Paracetamol/Acetaminofén (Tempra).....03 Aspirina.....04 Ibuprofeno(Motrin/Neomelufen/Advil).....05 Desenfriolito.....06 Neomelubrina.....07 Febrax.....08 Otro (especifique).....77 No responde.....88 No sabe99</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="text"/> </div> <div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409c</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409d</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409e</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409f</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409g</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409h</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409i</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409j</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409k</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0409esp</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; width: fit-content;">m0409ba</div> </div>
<p style="text-align: center;">4.9A Verifique 4.9: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos 01 y 02)?</p> <p style="text-align: center;">Sí=>4.9B No=>4.10</p>		
<p>4.9B ¿Dónde obtuvo usted el medicamento (nombre del medicamento en 4.9)? Entrevistador: Indague para identificar cada tipo de fuente Si no puede determinar si es público o privada, escriba el nombre del lugar <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">(Nombre del lugar)</p> </p>	<p>Sector público Hospital del gobierno.....01 Clínica del gobierno/centro de salud.....02 Caravana o puesto móvil de salud.....03 Promotor o auxiliar de salud.....04 Otro público (especifique).....05 Sector médico privado Hospital/clínica privada.....06 Médico privado.....07 Farmacia privada.....08 Otro médico privado (especifique).....09 Otra fuente Pariente/ amigo.....10 Tienda.....11 Profesional tradicional.....12 Ya lo tenía en su casa.....13 Otro (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="text"/> </div> <div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409bb</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409bbesp</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">m0409bc</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m0409bcesp</div> </div> </div>

FILTRO SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 4.6 ES CÓDIGO 05, 06, 07, 08 Ó 09 Y EN LA PREGUNTA 4.8 LA RESPUESTA ES CÓDIGO 2 CONTINÚE. OTRO CÓDIGO EN 4.6 (01, 02, 03, 04, 77 Y 99) PASE A 4.12		
4.10 Cuando fue a la unidad de salud, el personal que le atendió, ¿le explicó los cuidados que tenía que dar (NOMBRE) en su hogar durante su enfermedad respiratoria?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> <div>m0410</div>
4.11 El personal de salud ¿le explicó cuáles son los síntomas de alarma que debe observar durante la enfermedad respiratoria de (NOMBRE)?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> <div>m0411</div>
4.12 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo lleve inmediatamente al médico? <div> PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES </div>	Respira rápido01 Tiene dificultad para respirar02 No come, ni bebe03 Se pone frío.....04 Se ve más enfermo.....05 Más de tres días con calentura.....06 Le salga pus del oído.....07 Le aparecieron puntos blancos en la garganta08 Otras molestias 77 Especifique No responde.....88 No sabe99	<div>[]</div> <div>m0412a</div> <div>[]</div> <div>m0412b</div> <div>[]</div> <div>m0412c</div> <div>[]</div> <div>m0412d</div> <div>[]</div> <div>m0412e</div> <div>[]</div> <div>m0412esp</div>
4.13 En los últimos tres meses, ¿algún médico le ha diagnosticado neumonía a (NOMBRE)?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> 2=>5.1 8=>5.1 9=>5.1 <div>m0413</div>
4.14 ¿(NOMBRE) estuvo hospitalizado debido a la neumonía que presentó?	Sí..... 1 No..... 2 No responde.....8 No sabe9	<div>[]</div> 2=>5.1 8=>5.1 9=>5.1 <div>m0414</div>
4.15 ¿Cuántos días estuvo hospitalizado (NOMBRE) por la neumonía que presentó?	<div>[][]</div> Días No responde.....98 No sabe99	<div>m0415</div>

SECCIÓN 5. ACCIDENTES

APLICAR A LOS NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

5.1 ¿Sufrió (NOMBRE) algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	<div style="text-align: right;">[]</div> 2=>8.1 8=>8.1 9=>8.1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0501</div>
5.2 ¿Cómo fue que se accidentó (NOMBRE)?	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas..... 01 Choque en motocicleta.....02 Choque o atropellamiento como ciclista.....03 Atropellado como peatón.....04 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05 Caída a nivel de piso.....06 Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07 Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....08 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....09 Exposición a corriente eléctrica, radiación.....10 Exposición a humo o fuego.....11 Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....12 Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....13 Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....14 Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....15 Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....16 Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....17 Exposición accidental a otros factores.....18 NS/NR.....99	01=> 5.02 ^a 02=> 5.02b 03=> 5.02b 04=>5.3 05=>5.02a 06=>5.3 07=>5.3 08=>5.3 09=>5.3 10=>5.3 11=>5.3 <div style="text-align: right;">[]</div> 12=>5.3 13=>5.3 14=>5.3 15=>5.3 16=>5.3 17=>5.3 18=>5.3 99=>8.1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0502</div>
5.02a ¿Llevaba puesto el cinturón o iba en su silla porta infante?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	1=> 5.3 2=> 5.3 <div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0502A</div>
5.02b ¿Llevaba puesto el casco?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	1=> 5.3 2=> 5.3 <div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0502B</div>
5.3 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	Hogar.....01 Escuela.....02 Trabajo.....03 Vía pública.....04 Campo.....05 Antro, bar.....06 Centro recreativo o deportivo.....07 Establecimiento comercial.....08 Otro.....77 No responde.....88 No sabe.....99	<div style="text-align: right;">[] []</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0503</div>
5.4 ¿Qué hizo o quién atendió a (NOMBRE) cuando ocurrió el accidente?	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 Quiropráctico.....06 Psicólogo(a), terapeuta.....07 Médico, consultorio.....08 Clínica.....09 Sanatorio u hospital.....10 Otro (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99	<div style="text-align: right;">[] []</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0504</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0504esp</div>
5.5 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?	Ningún problema1 Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).....2 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....3 Dificultad para oír.....4 Dificultad para hablar.....5 Dificultad para ver o ceguera.....6 Otra limitación física o mental (especifique).....7	<div style="text-align: right;">[]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0505</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">m0505esp</div>

	No responde.....8	
	No sabe.....9	

APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS

Edad del niño/a 2 a 4 años y 11 meses continúe con 8.1

Edad del niño/a de 5 a 9 años y 11 meses continúe con 8.18

SECCIÓN 8. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE 2 A 4 AÑOS y 11 MESES		
8.1 Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener (nombre). ¿(nombre) usa anteojos?	Sí..... 1 No..... 2	[] m0801
8.2 ¿Usa (nombre) alguna prótesis auditiva?	Sí..... 1 No..... 2	m0802 []
8.3 ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	Sí..... 1 No..... 2	m0803 []
<p>En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad</p> <p><i>Entrevistador apóyese en la tarjeta de respuesta con las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</i></p> <p>Recuerde las cuatro posibles respuestas: usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad</p>		
Verifique 8.1: ¿Usas anteojos?	<p>SÍ, 8.1=1 (PREGUNTE 8.4A Y POSTERIORMENTE PASE A FILTRO ANTES DE 8.5A)</p> <p>NO, 8.1=2 (PREGUNTE 8.4B)</p>	
8.4A. Cuando (nombre) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver? 8.4B. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?	<p>NINGUNA DIFICULTAD.....1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD.....2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD.....3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE VER.....4</p>	<p>[]</p> <p>m0804a m0804b</p>
Verifique 8.2: ¿El niño/a usa prótesis auditiva?	<p>SÍ, 8.2=1 (PREGUNTE 8.5A Y POSTERIORMENTE PASE A FILTRO ANTES DE 8.6)</p> <p>NO, 8.2=2 (PREGUNTE 8.5B)</p>	
8.5A. Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música? 8.5B. ¿Tiene (nombre) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	<p>NINGUNA DIFICULTAD.....1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD.....2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD.....3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE OIR.....4</p>	<p>m0805a m0805b</p>
Verifique 8.3: ¿El niño/a usa algún aparato o recibe ayuda para caminar	<p>SÍ, 8.3=1..... (PREGUNTE 8.6)</p> <p>NO, 8.3=2 (PREGUNTE 8.8)</p>	
8.6 Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	<p>CIERTA DIFICULTAD.....2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD.....3</p>	m0806

	LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR.....4	
8.7 Cuando (<i>nombre</i>) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR.....4	1=>8.9 2=>8.9 3=>8.9 4=>8.9 <div>m0807</div>
8.8 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR.....4	<div>m0808</div>
8.9 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para agarrar objetos pequeños con la mano?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE AGARRAR OBJETOS PEQUEÑOS CON LA MANO .4	<div>m0809</div>
8.10 ¿Tiene (<i>nombre</i>) dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDERLE.....4	<div>m0810</div>
8.11 Cuando (<i>nombre</i>) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDERLE.....4	<div>m0811</div>
8.12 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER.....4	<div>m0812</div>
8.13 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para jugar?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE JUGAR.....4	<div>m0813</div>
La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta. 8.14 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿con qué frecuencia (<i>nombre</i>) patea, muerde o golpea a otros niños/as o adultos? ¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más?	NO LO HACE.....1 MENOS.....2 LO MISMO.....3 MÁS.....4 MUCHO MÁS.....5	<div>m0814</div>
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE 5 A 9 AÑOS		
8.18 Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de dificultades que su hijo/a puede tener (<i>nombre</i>).	Sí..... 1 No..... 2	<div></div> <div>m0818</div>

¿(nombre) usa anteojos o lentes de contacto? ¿(nombre) utiliza anteojos o lentes de contacto?		
8.19 ¿Usa (nombre) alguna prótesis auditiva?	Sí..... 1 No..... 2	[] m0819
8.20 ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	Sí..... 1 No..... 2	[] m0820
<p>En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta, diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad.</p> <p><i>Entrevistador apóyese en la tarjeta de respuesta con las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</i></p> <p>Recuerde las cuatro posibles respuestas: dirías que tienes: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad.</p>		
Verifique 8.18: ¿El niño/a usa anteojos o lentes de contacto?	SÍ, 8.18=1 (PREGUNTE 8.21A Y POSTERIORMENTE PASE A FILTRO ANTES DE 8.22A) NO, 8.18=2 (PREGUNTE 8.21B)	
8.21A. Cuando (nombre) usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER.....4	[] m0821a m0821b
8.21B. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?		
Verifique 8.19 ¿El niño/a usa alguna prótesis auditiva?	SÍ, 8.19=1(PREGUNTE 8.22A Y POSTERIORMENTE PASE A FILTRO ANTES DE 8.23) NO, 8.19=2 (PREGUNTE 8.22B)	
8.22 A Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE OIR.....4	[] m0822a m0822b
8.22 B ¿Tienes (nombre) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?		
Verifique 8.20 ¿Usa (NOMBRE) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ, 8.20=1..... 1 (PREGUNTE 8.23) NO, 8.20=2 2 (PREGUNTE 8.26A)	
8.23 Cuando (NOMBRE) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tienes dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? <i>Explique: Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol. Tenga en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.</i>	CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100M.....4	[] 3=>8.25 4=>8.25 m0823

<i>Tenga en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar</i>		
8.24 Cuando (NOMBRE) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol. <i>Tenga en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.</i> <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol. <i>Tenga en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.</i>	CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500M.....4	<div>[]</div> <div>m0824</div>
8.25 Cuando (NOMBRE) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100M.....4	<div>[]</div> <div>3=>8.27 4=>8.27</div> <div>m0825</div>
8.26 Cuando (NOMBRE) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500M.....4	<div>[]</div> <div>1=>8.27 2=>8.27 3=>8.27 4=>8.27</div> <div>m0826</div>
8.26A. En comparación con niños/as de la misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100M.....4	<div>[]</div> <div>3=>8.27 4=>8.27</div> <div>m0826a</div>
8.26B. En comparación con niños/as de su misma edad, ¿tiene (NOMBRE) dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? <i>Explique:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500M.....4	<div>[]</div> <div>m0826b</div>
8.27. ¿Tiene (NOMBRE) dificultad para el cuidado propio, por ejemplo para comer o vestirse solo/a?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO.....4	<div>[]</div> <div>m0827</div>
8.28. Cuando (NOMBRE) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido/a por personas dentro de este hogar?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2	<div>[]</div> <div>m0828</div>

	MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO4	
8.28A Cuando (<i>NOMBRE</i>) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido/a por personas ajenas a este hogar?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO4	[____] <div>m0828a</div>
8.28B. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>NOMBRE</i>) dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER.....4	[____] <div>m0828b</div>
8.29 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>NOMBRE</i>) dificultad para recordar cosas?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR.....4	[____] <div>m0829</div>
8.30 ¿Tiene (<i>NOMBRE</i>) dificultad para concentrarte en las actividades que le gustan?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONCENTRARSE.....4	[____] <div>m0830</div>
8.30A. ¿Tienes (<i>NOMBRE</i>) dificultad para aceptar cambios en su rutina?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA.....4	[____] <div>m0830a</div>
8.30B. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>NOMBRE</i>) dificultad para controlar su comportamiento?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO.....4	[____] <div>m0830b</div>
8.31 ¿Tiene (<i>NOMBRE</i>) dificultad para hacer amigos?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE HACER AMIGOS.....4	[____] <div>m0831</div>
Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuestas. Le leeré las opciones después de cada pregunta.		
8.31A. Me gustaría saber con qué frecuencia se muestra (<i>nombre</i>) muy ansioso/a, nervioso/a o preocupado/a. ¿Diría que: diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?	DIARIAMENTE1 SEMANALMENTE.....2 MENSUALMENTE.....3 VARIAS VECES AL AÑO.....4 NUNCA.....5	[____] <div>m0831a</div>
8.31B. Me gustaría saber con qué frecuencia se muestra (<i>nombre</i>) muy triste o deprimido/a.	DIARIAMENTE1 SEMANALMENTE.....2 MENSUALMENTE.....3 VARIAS VECES AL AÑO.....4	[____] <div>m0831b</div>

¿Diría que: diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?	NUNCA.....5	
---	-------------	--

SECCIÓN 9. VIOLENCIA

APLICAR A NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS 11 MESES																																																		
<p>9.1 Los adultos utilizan diversas maneras de enseñar a comportarse a los niños/as o de responder a un problema de comportamiento. Le voy a leer varias maneras que se utilizan y me gustaría que me dijera si usted o alguien más del hogar ha utilizado alguna de estas maneras con (NOMBRE) en el último mes.</p> <p>[A] Le quitaron permisos, le prohibieron algo que a (NOMBRE) le gusta o no lo/la dejaron salir de la casa.</p> <p>[B] Le explicaron a (NOMBRE) por qué su comportamiento estuvo mal.</p> <p>[C] Lo/la zarandearon o sacudieron.</p> <p>[D] Le gritaron.</p> <p>[E] Le dieron otra cosa que hacer.</p> <p>[F] Le dieron nalgadas o le pegaron en el trasero sólo con la mano.</p> <p>[G] Le pegaron en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.</p> <p>[H] Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.</p> <p>[I] Le pegaron con la mano en la cara, en la cabeza o en las orejas.</p> <p>[J] Le pegaron con la mano en el brazo, en la pierna o en la mano.</p> <p>[K] Le dieron una paliza, es decir, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Le quitaron algún privilegio.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le explicaron el comportamiento erróneo...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lo/la zarandearon o sacudieron1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le gritaron1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le dieron otra cosa.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Le quitaron algún privilegio.....1	2	8		Le explicaron el comportamiento erróneo...1	2	8		Lo/la zarandearon o sacudieron1	2	8		Le gritaron1	2	8		Le dieron otra cosa.....1	2	8		Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	8		Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro1	2	8		Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	8		Le pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	8		Le pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	8		Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	8		<div> <div>m0901a</div> <div>m0901b</div> <div>m0901c</div> <div>m0901d</div> <div>m0901e</div> <div>m0901f</div> <div>m0901g</div> <div>m0901h</div> <div>m0901i</div> <div>m0901j</div> <div>m0901k</div> </div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div>
	Sí	No	NR																																															
Le quitaron algún privilegio.....1	2	8																																																
Le explicaron el comportamiento erróneo...1	2	8																																																
Lo/la zarandearon o sacudieron1	2	8																																																
Le gritaron1	2	8																																																
Le dieron otra cosa.....1	2	8																																																
Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	8																																																
Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro1	2	8																																																
Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	8																																																
Le pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	8																																																
Le pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	8																																																
Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	8																																																
<p>9.2 ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o una niña, él o ella debe ser castigado/a físicamente?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde.....8</p>	<div>[]</div> <div>m0902</div>																																																

	No sabe/No opina9	
--	-------------------------	--

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar”.

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero de la Ley de Información Estadística y Geografía, en vigor; “Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas”.

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En referencia directa el Artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor; enuncia “Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registro administrativo o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él.”

OBSERVACIONES