

CUESTIONARIO PARA MADRES CON HIJOS DE 24 A 59 MESES DE
EDAD

FOLIO - [Folio]
Estado Consecutivo

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMANTE			
ESTADO[Edo]: 08. CHIHUAHUA 20. OAXACA 30. VERACRUZ			
Municipio[Mpio] <input type="text"/>		Localidad[Locali] <input type="text"/>	
AGEB [Ageb] <input type="text"/>		Manzana [Mz] <input type="text"/>	
Domicilio de la vivienda <input type="text"/> (Calle, avenida, callejón, carretera, camino o descripción de la vivienda) [calle] Número exterior [num_ext] <input type="text"/>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número interior [num_int]		Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional [colonia] Código Postal [cp] <input type="text"/>	
Nombre [nom_ccs] y clave de la unidad de salud a la que pertenece [cve_ccs]: <input type="text"/>			
Observaciones (DESCRIPCION DE LA FACHADA Y OTRAS RELEVANTES) [obs] <input type="text"/>			
VISITAS DEL ENCUESTADOR [vis_enc]	1	2	3
NOMBRE DEL ENCUESTADOR [nom_enc]			
CLAVE DEL ENCUESTADOR [cve_enc]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA [Fec_#]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año
HORA DE VISITA AL HOGAR [Hor_vh#]	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos
CÓDIGO DE RESULTADO [res]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENTREVISTADOR: <ul style="list-style-type: none"> LOS CÓDIGOS 01 A 08 REGISTRAN EL RESULTADO DEL HOGAR LOS CÓDIGOS 10 A 16 IDENTIFICAN EL RESULTADO DE LA BENEFICIARIA SELECCIONADA 			
Código de Resultado:	HOGAR: 01. Nadie en casa 02. Se negó a dar información 03. Ausentes temporales 04. Todo el hogar migró 05. Informante inadecuado 06. Habitantes temporales en la localidad 07. No es vivienda 08. Otro (Especifique en observaciones)	BENEFICIARIA: 10. Entrevista completa 11. Entrevista incompleta (se negó a continuar con la entrevista) 12. Entrevista aplazada a petición de la beneficiaria 13. La seleccionada se negó a contestar/ rechazo 14. Ausente en el momento de la visita 15. Ausente temporal (por vacaciones, trabajo, etc.) 16. Informante adecuado no disponible 17. Otro (Especifique en observaciones) 18. No cuenta con comprobante PROSPERA 19. La beneficiaria falleció 20. Embarazo de alto riesgo 21. Ya no vive ahí 22. Tutor no disponible para firmar consentimiento	
ENCUESTADOR: ¿REQUIRIÓ LA AYUDA DE UN TRADUCTOR? [trad] 1. SI 2. NO			
Supervisado 1. Sí 2. No			
Nombre y Clave [cve_sup] del Supervisor [cve_sup] <input type="text"/>			
Fecha de la Supervisión [fec_sup] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año		Tipo de Supervisión [tipo_sup]: 1. Directa 2. Posterior	
Folio de supervisión: <input type="text"/>			
Observaciones[obs]: <input type="text"/>			

PRESENTACIÓN

Buenos días/ tardes, mi nombre es _____, y trabajo en **Berumen** una empresa que se dedica a medir la opinión de los mexicanos sobre diversos temas. En este momento estamos realizando una entrevista en materia de Salud a la población beneficiaria de PROSPERA. Le comento que su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y confidencial. Como en todos los estudios que realizamos, los datos que usted nos proporcione sólo se usarán para fines estadísticos y serán utilizados con estricta confidencialidad en apego a lo que señala la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Le reitero que su participación en el estudio es anónima ya que sus respuestas no estarán en ningún momento asociadas a su nombre por lo que nadie podrá conocer la información que usted proporcione.

Le reitero que su participación en el estudio es anónima ya que sus respuestas no estarán en ningún momento asociadas a su nombre por lo que nadie podrá conocer la información que usted proporcione.

ENCUESTADOR:

1. ¿LA BENEFICIARIA FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD? [P01]

1. SI → CONTINÚE 2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

2. ¿Actualmente tiene un hijo de 24 a 59 meses de edad? [P02]

1. SI → CONTINÚE 2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

3. ¿Me puede mostrar un recibo o documento de su afiliación a Prospera, antes Oportunidades? [P03]

1. SI (ANOTE EN EL RECUADRO DE ABAJO FOLIO PROSPERA Y FAMILIA ID)

FOLIO DE PROSPERA: | | | | | | | | | | | | | | | | [P03_folio]

FAMILIA ID: | | | | | | | | | | [P03_famid]

- ## 2. NO→FIN DE LA ENTREVISTA

4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE [P04]

— APELLIDO PATERNO [P04_apat] — APELLIDO MATERNO [P04_amat] — NOMBRE(S) [P04_nom]

5. Fecha de nacimiento [P5]: - -
Día Mes Año

6. EDAD [P6]:
Años

7. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MENOR ENTRE 24 Y 59 MESES DE EDAD [P07]

— APELLIDO PATERNO [P07_apat] — APELLIDO MATERNO P07_amat] — NOMBRE(S) [P07_nom]

8. Fecha de nacimiento[P08]: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|
Día Mes Año

9. SEXO [P09]: 1. MASCULINO 2. FEMENINO **10. EDAD [P10]:** |__|_|_|
Meses

11. Generalmente ¿quién acude con (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) a sus consultas a la clínica de salud? [P11]

ENCUESTADOR: REGISTRE LA RESPUESTA DE LA INFORMANTE EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN QUE ESA PERSONA SOSTIENE CON EL NIÑO. EJEMPLO: MAMÁ, ABUELA, ETC.

- | | | |
|--------------|---------------|-----------------------|
| 1. MADRE | 4. TÍA(O) | 7. OTRO (Especifique) |
| 2. PADRE | 5. HERMANA(O) | _____ |
| 3. ABUELA(O) | 6. SOBRINA(O) | |

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gracias, comenzaré haciéndole algunas preguntas generales sobre usted y su familia.

1.1) ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar, es decir, aquellas que viven juntas y comparten un mismo gasto, contando a los niños y niñas pequeñas, a los ancianos y a usted misma? [P01_01]

| | NÚMERO DE PERSONAS 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.2) En total, ¿cuántos niños y niñas menores de 5 años viven en su hogar, contando a bebés y recién nacidos? [P01_02]

| | NÚMERO DE PERSONAS 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.3) ¿Actualmente usted... [P01_03]

ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6

- | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Es soltera? | 4. Es viuda? | 6. Está divorciada? |
| 2. Es casada? | 5. Está separada? | 99. NO SABE/ NO RESPONDE |
| 3. Vive en unión libre? | | |

1.4) ¿Actualmente usted asiste a la escuela? [P01_04]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.5) ¿Cuál fue el último año y grado que usted aprobó en la escuela? [P01_05]

ENCUESTADOR: ANOTE AÑO Y GRADO

AÑO [P01_05_año]	GRADO [P01_05_grado]	AÑO [P01_05_año]	GRADO [P01_05_grado]
	1. NUNCA HA IDO A LA ESCUELA		6. NORMAL
	2. PREESCOLAR O KÍNDER		7. CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL
	3. PRIMARIA		8. PROFESIONAL O SUPERIOR
	4. SECUNDARIA		9. MAESTRÍA O DOCTORADO
	5. PREPARATORIA O BACHILLERATO		99. NO SABE/ NO RESPONDE

1.6) ¿La semana pasada usted trabajó o realizó alguna actividad por la que le pagaron? [P01_06]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.7) ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena? [P01_07]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

II. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 24 A 59 MESES

ENCUESTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE APLICAN A LA MADRE DEL NIÑO

A continuación le haré algunas preguntas acerca de la alimentación de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)

2.1) ¿Usted sabe qué comió (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) el día de ayer? [P02_01]

1. Sí 2. No → PASE A SECCIÓN III 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A SECCIÓN III

Le voy a pedir que hablemos de los alimentos que consumió (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) el día de ayer. Desde que se levantó hasta que se durmió. [P02_02]

ENCUESTADOR: LEA TODOS LOS ALIMENTOS Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

PRODUCTOS LÁCTEOS	SI	NO	NO SABE/NR
2.2 Fórmula infantil [P02_2]	1	2	99
2.3 Leche LICONSA [P2_3]	1	2	99
2.4 Otra leche (cualquiera, incluyendo leche en polvo. No incluye Liconsa ni Nutrisano) [P2_4]	1	2	99
2.5 Leche fermentada tipo Yakult o Danonino [P2_5]	1	2	99
2.6 Yogurt [P2_6]	1	2	99
2.7 Queso [P2_7]	1	2	99
2.8. Azúcar, miel o chocolate agregado a su leche o fórmula [P2_8]	1	2	99

LÍQUIDOS	SI	NO	NO SABE/NR
2.9. Agua simple/sola/natural [P2_9]	1	2	99
2.10 Té o café simple (sin azúcar o miel) [P2_10]	1	2	99
2.11 Agua, té o café con azúcar o miel [P2_11]	1	2	99
2.12 Jugos naturales o frescos [P2_12]	1	2	99
2.13 Jugos o néctares enlatados o en caja [P2_13]	1	2	99
2.14 Refresco normal [P2_14]	1	2	99
2.15 Refresco de dieta [P2_15]	1	2	99
2.16 Caldo de frijol, pollo, res o pescado [P2_16]	1	2	99
CEREALES Y TUBÉRCULOS	SI	NO	NO SABE/NR
2.17 Sopa de pasta [P2_17]	1	2	99
2.18 Arroz [P2_18]	1	2	99
2.19 Pan de caja, bolillo o telera [P2_19]	1	2	99
2.20 Pan dulce [P2_20]	1	2	99
2.21 Galletas [P2_21]	1	2	99
2.22 Avena [P2_22]	1	2	99
2.23 Tortillas de harina de trigo [P2_23]	1	2	99
2.24 Tortillas de maíz [P2_24]	1	2	99
2.25 Cereal de caja [P2_25] (especificar _____) [P2_25_txt]	1	2	99
2.26 Papas [P2_26]	1	2	99
2.27 Sopas instantáneas [P2_27]	1	2	99
LEGUMINOSAS	SI	NO	NO SABE/NR
2.28 Frijoles [P2_28]	1	2	99
2.29 Lentejas, garbanzo, habas o alubias [P2_29]	1	2	99
FRUTAS	SI	NO	NO SABE/NR
2.30 Plátano [P2_30]	1	2	99
2.31 Jícama [P2_30]	1	2	99
2.32 Naranja o mandarina [P2_32]	1	2	99
2.33 Manzana o pera [P2_33]	1	2	99
2.34 Melón o sandía [P2_34]	1	2	99
2.35 Guayaba [P2_35]	1	2	99
2.36 Mango [P2_36]	1	2	99
2.37 Papaya [P2_37]	1	2	99
2.38 Piña [P2_38]	1	2	99
2.39 Toronja [P2_39]	1	2	99
2.40 Fresa [P2_40]	1	2	99
2.41 Uvas [P2_41]	1	2	99
2.42 Durazno o melocotón [P2_42]	1	2	99
2.43 Frutas en almíbar [P2_43]	1	2	99

VERDURAS	SI	NO	NO SABE/NR
2.44 Jitomate [P2_44]	1	2	99
2.45 Verduras de hoja verde oscura (acelgas, espinacas, quelites) [P2_45]	1	2	99
2.46 Chayote [P2_46]	1	2	99
2.47 Zanahoria [P2_47]	1	2	99
2.48 Calabacita [P2_48]	1	2	99
2.49 Brócoli o coliflor [P2_49]	1	2	99
2.50 Elote [P2_50]	1	2	99
2.51 Nopales [P2_51]	1	2	99
2.52 Aguacate [P2_52]	1	2	99
2.53 Ejotes [P2_53]	1	2	99
2.54 Sopa de verduras [P2_54]	1	2	99
PROTEÍNAS ANIMALES	SI	NO	NO SABE/NR
2.55 Carne de res, puerco, cordero, borrego, pollo, pato u otra [P2_55]	1	2	99
2.56 Pescado o mariscos frescos, secos o enlatados [P2_56]	1	2	99
2.57 Vísceras como hígado, riñones, corazón, mollejas [P2_57]	1	2	99
2.58 Embutidos (salchicha, jamón o mortadela) [P2_58]	1	2	99
2.59 Huevo (entero, yema, clara) [P2_59]	1	2	99
2.60 Longaniza o chorizo [P2_60]	1	2	99
PRODUCTOS DE MAÍZ	SI	NO	NO SABE/NR
2.61 Antojitos como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas [P2_61]	1	2	99
2.62 Pozole [P2_62]	1	2	99
2.63 Tamal [P2_63]	1	2	99
2.64 Atole [P2_64]	1	2	99
BOTANAS, DULCES Y POSTRES	SI	NO	NO SABE/NR
2.65 Dulces [P2_65]	1	2	99
2.66 Gelatina o flan [P2_66]	1	2	99
2.67 Helados, nieves o paletas heladas [P2_67]	1	2	99
2.68 Pastelillos industrializados [P2_68]	1	2	99
2.69 Frituras o papas fritas [P2_69]	1	2	99
2.70 Pastel [P2_70]	1	2	99
2.71 Barras de cereal [P2_71]	1	2	99

III. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL MENOR			
<p>Ahora le voy a leer algunas cosas que piensa la gente acerca de la alimentación de los niños entre 2 y 5 años. Me gustaría que usted me dijera si está de acuerdo o no está de acuerdo con cada una de estas ideas.</p> <p>¿Está usted de acuerdo con que... [P03_01]</p>			
ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No sabe/NR
3.1 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) debe tomar mucha leche de vaca? [P3_1]	1	2	99
3.2 Los frijoles y lentejas (leguminosas) tienen mucho hierro? [P3_2]	1	2	99
3.3 Las carnes, las aves y los pescados tienen mucho hierro? [P3_3]	1	2	99
3.4 Los niños y las niñas <u>no</u> deben comer huevo? [P3_4]	1	2	99
3.5 Es bueno combinar alimentos como la naranja, limón, jitomate (con vitamina C) con alimentos como frijoles y lentejas (con hierro)? [P3_5]	1	2	99
3.6 Se debe disminuir el consumo de pastelitos, donas conchas o frituras por parte de sus hijos o hijas? [P3_6]	1	2	99
3.7 Los refrescos ayudan a los niños y niñas a crecer sanos y fuertes? [P3_7]	1	2	99
3.8 Tomar agua de frutas es mejor que tomar agua simple (natural, sola, potable)? [P3_8]	1	2	99
3.9 Freír la comida es mejor que asarla? [P3_9]	1	2	99
3.10 La mala alimentación puede generar diabetes y obesidad? [P3_10]	1	2	99
3.11 Hacer ejercicio diario es importante para que los niños de la edad de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) tengan mejor salud? [P3_11]	1	2	99
3.12 Si un niño de la edad de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) come mal, tendrá problemas para aprender en la escuela? [P3_12]	1	2	99
3.13 Es malo que un niño pase más de una hora sentado o sin moverse? [P3_13]	1	2	99
IV. PROVISIÓN DEL SERVICIO: ALIMENTACIÓN DEL MENOR			
<p>A continuación le haré algunas preguntas sobre recomendaciones o consejos que pudieron haberle dado en las visitas o consultas médicas en la unidad de salud.</p> <p>ENCUESTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE APLICAN A LA MADRE DEL NIÑO</p>			
<p>4.1) ¿(MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ha acudido a alguna consulta o revisión médica? [P04_01]</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A SECCIÓN VI 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A SECCIÓN VI</p>			
<p>4.2) ¿Quién revisó a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) la última vez que acudió a consulta? [P04_02]</p> <p>1. Médico 2. Enfermera 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			
<p>4.3) ¿En dónde han revisado a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) la mayoría de las veces? [P04_03]</p> <p>1. Clínica IMSS-Prospera 3. Unidad móvil 5. Consultorio, clínica privada, hospital privado</p> <p>2. Centro de salud SSA 4. Otras instituciones de gobierno 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			
<p>4.4) ¿Durante las visitas a la clínica, ¿le dieron información sobre cómo mejorar la alimentación de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P04_04]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			
<p>4.5) ¿Le explicaron qué es el plato del buen comer? [P04_05]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			
<p>4.6) Durante las visitas a la clínica, ¿le explicaron las consecuencias de que los niños de la edad de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) tengan obesidad o sobrepeso? [P04_06]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			
<p>4.7) ¿Le explicaron que los niños con obesidad pueden tener más enfermedades cuando sean adultos? [P04_07]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>			

4.8) ¿Le explicaron los beneficios de que (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) haga ejercicio? [P04_08] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE				
4.9) ¿Le comentaron cuánto tiempo al día debe de ejercitarse (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P04_09] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE				
4.10) Durante las visitas a la clínica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿le han recomendado... [P04_10] ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN				
		SI	NO	NO SABE/NR
1. Disminuir el consumo de refrescos, bebidas azucaradas, golosinas y comida chatarra? [P04_10_1]		1	2	99
2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada? [P04_10_2]		1	2	99
3. Usar frutas o verduras de estación para que sean más económicas? [P04_10_3]		1	2	99
4. Comer más frutas y verduras? [P04_10_4]		1	2	99
5. Preparar los alimentos asados en lugar de fritos? [P04_10_5]		1	2	99
6. Que (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) haga por lo menos 1 hora al día de actividad física como jugar, correr o hacer deporte? [P04_10_6]		1	2	99
7. Disminuir el tiempo que (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) pasa frente a la televisión? [P04_10_11]		1	2	99
V. PROVISIÓN DEL SERVICIO				
Ahora le haré algunas preguntas sobre la última revisión médica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) en la clínica ENCUESTADOR: LEA ROTANDO TODAS LAS OPCIONES, MARQUE DONDE INICIE LA LECTURA Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN				
ROTAR		SI	NO	NO SABE/NR
___ 5.1	¿Pesaron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_01]	1	2	99
___ 5.2	¿Midieron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_02]	1	2	99
___ 5.3	¿Recibió consejos sobre qué darle de comer a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_03]	1	2	99
___ 5.4	¿Le revisaron el color de labios a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_04]	1	2	99
___ 5.5	¿Le revisaron el color de encías a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_05]	1	2	99
___ 5.6	¿Le revisaron las palmas de la mano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_06]	1	2	99
___ 5.7	¿Le revisaron el color de la cara a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_07]	1	2	99
___ 5.8	¿Le hicieron o mandaron a hacer pruebas de sangre a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_08]	1	2	99
___ 5.9	¿Le explicaron cuál es el peso y estatura ideal para (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_09]	1	2	99
___ 5.10	¿Le explicaron por qué les da anemia a los niños? [P05_10]	1	2	99
___ 5.11	¿Le explicaron cómo puede prevenirse la anemia? [P05_11]	1	2	99
5.12) ¿Le han diagnosticado anemia a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_12] 1. Sí 2. No → PASE A SECCIÓN VI 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A SECCIÓN VI				
5.13) ¿Le diagnosticaron anemia severa o moderada a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_13] 1. Moderada 2. Severa 99. NO SABE/NO RESPONDE				

5.14) ¿Qué tratamiento le aconsejaron seguir para la anemia de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_14] 1. Vita Niño 2. 60 mg de hierro diario 99. NO SABE/NO RESPONDE						
VI. SUPLEMENTACIÓN						
A continuación le haré algunas preguntas sobre algunos suplementos que pueden haberle entregado a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) durante alguna de las visitas o consultas a la unidad de salud.						
A. VITA NIÑO						
6.1) ¿Alguna vez le han dado sobres de Vita Niño para (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) en la clínica o centro de salud? [P06_01] 1. Sí 2. No → FIN DE LA ENTREVISTA 99. NO SABE/NO RESPONDE → FIN DE LA ENTREVISTA						
6.2) Actualmente usted le da Vita Niño a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P06_02] 1. Sí → PASE A 6.4 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE						
6.3) ¿Por qué no le da Vita Niño? [P06_03] ENCUESTADOR: NO LEER OPCIONES, ESPERE RESPUESTA Y CLASIFIQUE <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo 2. No le dieron el suplemento 3. No le dijeron cómo debía dárselo 4. No entendió las indicaciones 5. No le(s) gusta el suplemento 6. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 7. El sobre o suplemento estaba en mal estado 8. Había caducado (fecha no estaba vigente) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 9. Se olvida de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. Algún personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 13. No le gusta dar a sus hijos pastillas o suplementos (de ningún tipo) 14. Otro (Especifique) [P06_03_14_txt] _____ 99. NO SABE/NO RESPONDE </td> </tr> </table>			1. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo 2. No le dieron el suplemento 3. No le dijeron cómo debía dárselo 4. No entendió las indicaciones 5. No le(s) gusta el suplemento 6. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 7. El sobre o suplemento estaba en mal estado 8. Había caducado (fecha no estaba vigente)	9. Se olvida de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. Algún personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 13. No le gusta dar a sus hijos pastillas o suplementos (de ningún tipo) 14. Otro (Especifique) [P06_03_14_txt] _____ 99. NO SABE/NO RESPONDE		
1. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo 2. No le dieron el suplemento 3. No le dijeron cómo debía dárselo 4. No entendió las indicaciones 5. No le(s) gusta el suplemento 6. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 7. El sobre o suplemento estaba en mal estado 8. Había caducado (fecha no estaba vigente)	9. Se olvida de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. Algún personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 13. No le gusta dar a sus hijos pastillas o suplementos (de ningún tipo) 14. Otro (Especifique) [P06_03_14_txt] _____ 99. NO SABE/NO RESPONDE					
6.4) En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo preparar el Vita Niño? [P06_04] 1. Sí 2. No → PASE A 6.6 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 6.6						
6.5) ¿Cómo debe tomarse el Vita Niño? [P06_05] ENCUESTADOR: LEA OPCIONES DE 1 A 3 1. Mezclado en un vaso de agua o jugo 3. Directamente del sobre 2. Mezclado con papilla, guisado o alimentos molidos 99. NO SABE/NO RESPONDE						
6.6) En la clínica o centro de salud le dijeron cada cuánto tiempo debe darle Vita Niño a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P06_06] 1. Sí 2. No → PASE A 6.8 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 6.8						
6.7) ¿Cada cuánto tiempo le dijeron debe darle Vita Niño a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P06_07] ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO DÍA, SEMANA O MES DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 1. Al día → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_1#] </td> <td style="width: 50%;"> 3. Al mes → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_3#] </td> </tr> <tr> <td> 2. A la semana → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_2#] </td> <td> 99. NO SABE/NO RESPONDE </td> </tr> </table>			1. Al día → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_1#]	3. Al mes → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_3#]	2. A la semana → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_2#]	99. NO SABE/NO RESPONDE
1. Al día → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_1#]	3. Al mes → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_3#]					
2. A la semana → ¿Cuántas veces? ____ ____ [P06_07_2#]	99. NO SABE/NO RESPONDE					
6.8) En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle Vita Niño a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P06_08] 1. Sí 2. No → PASE A 6.10 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 6.10						
6.9) ¿Hasta qué edad le dijeron que (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) debe tomar Vita Niño? [P06_09] ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ ____ MESES [P06_09_mes] 2. ____ ____ AÑOS [P06_09_año] 99. NO SABE/NO RESPONDE						
6.10) ¿Regularmente comparte el Vita Niño con algún otro niño o integrante del hogar? [P06_10] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE						
HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA [Hor_T#] ____ ____: ____ ____ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> Horas Minutos </div>		Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que son muy valiosas para poder mejorar el servicio.				